

**La Thérapie orientée vers les solutions
Manuel de traitement pour la thérapie individuelle
2^e version * ©**

***Solution Focused Brief Therapy Association*
1^{er} juillet 2013**

Collaborateurs

Janet Bavelas
Peter De Jong
Cynthia Franklin
Adam Froerer
Wallace Gingerich
Johnny Kim
Harry Korman
Stephen Langer
Mo Yee Lee
Eric E. McCollum
Sara Smock Jordan
Terry S. Trepper

Traduction

Isabelle Prince
Brigitte Lavoie
Sharon Casey

LA VUE D'ENSEMBLE, LA DESCRIPTION ET LE RATIONNEL

Le but de ce *Manuel de traitement préliminaire* est d'offrir un aperçu de la structure générale de la *Thérapie brève orientée vers les solutions* (TBOS). Ce manuel standardisé comprend chacun des éléments recommandés par Carroll et Nuro (1997). Les sections suivantes sont incluses : a) la vue d'ensemble, la description et le rationnel de la TBOS; b) les objectifs et l'établissement d'objectifs en TBOS; c) comment la TBOS se distingue des autres traitements; d) les ingrédients actifs spécifiques et les comportements du thérapeute en TBOS; e) la nature de la relation client-thérapeute dans la TBOS; f) le format; g) le format de la session et le contenu; h) la compatibilité avec les autres thérapies; i) la population cible; j) la réponse aux besoins des populations spécifiques; k) les caractéristiques et les exigences du thérapeute; l) la formation du thérapeute; et m) la supervision.

La *Thérapie brève orientée vers les solutions* est basée sur plus de 25 ans de développement théorique, de pratique clinique et de recherche empirique (par exemple, de Shazer et al., 1986; Berg & Miller, 1992; Berg, 1994; De Jong & Berg 2008 ; de Shazer et al., 2007). La *Thérapie brève orientée vers les solutions* est différente à bien des égards des approches traditionnelles de traitement. Étant un modèle centré sur les compétences et les ressources, la TBOS minimise l'accent sur les lacunes et les problèmes passés et se concentre plutôt sur les forces des clients, leurs réussites passées et futures. L'accent est mis sur ce que le client comprend de sa préoccupation/situation et ce qu'il ou elle souhaiterait voir comme changement. Les principes de base de la *Thérapie brève orientée vers les solutions* sont les suivants :

- La TBOS repose sur la construction de solutions plutôt que la résolution de problème.
- L'accent thérapeutique devrait être mis sur l'avenir souhaité par le client plutôt que sur les problèmes passés ou les conflits actuels.
- Les clients sont encouragés à augmenter la fréquence des comportements actuels utiles.
- Aucun problème n'arrive tout le temps. Il y a des exceptions (c'est-à-dire des moments où le problème aurait pu se produire, mais ne s'est pas produit) qui peuvent être utilisées par le client et le thérapeute afin de coconstruire des solutions.
- Les thérapeutes aident les clients à trouver des alternatives à leurs modèles actuels de comportements, de cognition et d'interaction indésirables. Ces alternatives se trouvent dans le répertoire des clients ou peuvent être coconstruites par les thérapeutes et les clients.

* Ce document sera continuellement révisé pour tenir compte des mises à jour dans la pratique clinique et dans la recherche concernant la thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS).
Tous droits réservés. © SFBTA 2013.

- A la différence des interventions visant le développement des compétences et de la thérapie comportementale, le modèle suppose que les comportements de solutions existent déjà chez les clients.
- Il est affirmé que de petits changements graduels conduisent à de grands changements.
- Les solutions des clients ne sont pas nécessairement *directement* liées à un problème identifié par le client ou le thérapeute.
- Les compétences conversationnelles requises du thérapeute pour inviter le client à construire des solutions sont différentes de celles nécessaires pour diagnostiquer et traiter les problèmes des clients.

LES DONNÉES PROBANTES RELIÉES À LA THÉRAPIE BRÈVE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS

En plus des études sur les résultats (essais contrôlés randomisés) qui appuient l'efficacité de la pratique de la TBOS (par exemple, Kim, Smock, Trepper, McCollum, & Franklin, 2010), il y a à la fois un soutien théorique et empirique au processus de la TBOS. La théorie constructiviste, qui est fondamentale au processus thérapeutique de la TBOS, provient d'une tradition théorique qui couvre plusieurs disciplines dont la sociologie, la psychologie et les études en communication (par exemple, Berger & Luckmann, 1966; de Shazer, 1994; Gergen, 2009; McNamee & Gergen, 1992). L'utilisation du langage et le processus de coconstruction font partie intégrante du processus de changement de la TBOS et seront décrits plus en détail ci-dessous. Les détails empiriques de la TBOS quant à l'utilisation du langage dans le dialogue ont une base expérimentale solide en recherche psycholinguistique contemporaine (par exemple, revue de littérature de Bavelas, 2012). Enfin, il y a des recherches originales récentes et en cours sur les processus spécifiques du dialogue par lesquels la coconstruction se produit aussi bien en TBOS que dans les autres thérapies (par exemple, Phillips, 1998, 1999; McGee, 1999; McGee, Del Vento, & Bavelas, 2005; Tomori, 2004; Tomori & Bavelas, 2007; Korman, Bavelas, & De Jong, sous presse; Smock Jordan, Froerer, & Bavelas, sous presse; Froerer & Smock Jordan, sous presse). En outre, il y a d'autres recherches qui démontrent que les techniques thérapeutiques utilisées dans la TBOS peuvent avoir des effets bénéfiques sur la transformation du client. Par exemple, les processus thérapeutiques tels que les questions présession, la «discussion de solution» et les interventions génératrices d'espoir et d'attentes positives chez le client à propos du changement ont favorisé l'atteinte des objectifs du client. Il a également été démontré que des techniques telles que la question d'échelle et la question miracle ont permis d'atteindre leurs objectifs pendant les séances de

thérapie (McKeel, 2012). Voir l'annexe II pour un bilan de la recherche qui montre comment la coconstruction fonctionne dans le processus de la TBOS.

LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE ORIENTÉ VERS LES SOLUTIONS

Le processus psychothérapeutique correspond à :

Ce qui se produit au sein du client et entre celui-ci et le psychothérapeute au cours de la psychothérapie. Cela inclut les expériences, les attitudes, les émotions et le comportement du client et du thérapeute, ainsi que la dynamique ou l'interaction entre eux (Vandebos, 2007, p. 757).

En ce qui concerne le processus thérapeutique, l'approche de la TBOS est unique d'au moins trois façons. Tout d'abord, d'autres approches au processus mettent l'accent principalement sur ce qui se passe au sein du client. Par exemple, lors de la définition des «mécanismes de changement» en psychothérapie, Nock (2007, p. 85) incluait seulement les processus psychologiques ou biologiques et excluait explicitement la communication entre le thérapeute et le client. Dans la TBOS, le processus thérapeutique équivaut au *dialogue thérapeutique*, c'est-à-dire, ce qui se passe entre le thérapeute et le client (par exemple, McKergow et Korman, 2009). Le processus de changement dans la TBOS est la *coconstruction par le thérapeute et le client de ce qui est important pour ce dernier : ses objectifs, ses succès reliés et ses ressources*. La formation et la pratique de la TBOS se concentre sur les détails de la façon dont ce processus conversationnel se produit en portant attention aux échanges, moment par moment, entre le thérapeute et le client (par exemple, De Jong & Berg, 2013; de Shazer et al., 2007).

Deuxièmement, l'approche de la TBOS considère le dialogue comme étant le processus thérapeutique principal. Elle se concentre sur ce qui est *observable* dans la communication et les interactions entre le client et le thérapeute. Comme illustré ci-après, les échanges spécifiques et le processus de coconstruction sont observables contrairement aux inférences globales et aux interprétations qui sont faites dans d'autres communications ou relations thérapeutiques. Ainsi, le processus de la TBOS se compose de ce que dit et fait le thérapeute plutôt que sur ses intentions. Cet engagement à l'observation systématique comme fondement de ce qui est ou non utile en TBOS remonte à ses origines au *Brief Family Therapy Center (BFTC)* à Milwaukee, fondé par de Shazer, Berg et leurs collègues. La première recherche au BFTC était exploratoire et qualitative. Elle impliquait une observation intensive des séances de thérapie à travers un miroir sans tain par une équipe de praticiens chevronnés, de professeurs cliniques et d'étudiants des cycles supérieurs, ainsi que l'examen ultérieur des enregistrements vidéo. Ils recherchaient les moments où les clients faisaient des progrès (tels que définis par ceux-ci) et ils

examinaient ce que les praticiens faisaient qui contribuait à ce progrès. Grâce à une discussion ouverte et animée de plusieurs années, l'équipe a inventé et expérimenté plusieurs nouvelles techniques qui sont finalement devenues des éléments fondamentaux de la TBOS, y compris les questions sur le changement pré-session, les exceptions, la question miracle ainsi que la formulation de suggestions (de Shazer 1985, p. 119-136). Alors que chaque technique devenait une partie de la pratique de la TBOS, d'autres observations et recherches sur le processus ont documenté son utilité. Cette façon d'observer, d'inventer quelque chose de nouveau et de collecter des données pour tester l'utilité des pratiques spécifiques est décrite dans plusieurs sources (Adams, Piercy, & Jurich, 1991; De Jong & Berg, 2013; Lipchik, Derks, LaCourt, & Nunnally, 2012; Weiner-Davis, de Shazer, & Gingerich, 1987, Miller, 2004).

Troisièmement, la TBOS a été développée à partir des données empiriques de l'utilisation du langage dans le dialogue, celles-ci ayant une base expérimentale solide dans la recherche psycholinguistique contemporaine (par exemple, revue de littérature dans Bavelas, 2012). Ainsi, les données probantes de la TBOS sont fondées sur une base solide de recherche fondamentale et de développements théoriques. Ils ont été ensuite transférés à la pratique dans une clinique de thérapie familiale où ces processus de communication ont été davantage raffinés dans le processus de psychothérapie brève.

LE PROCESSUS DE LA TBOS : ÉCOUTER, SÉLECTIONNER ET CONSTRUIRE

En TBOS, les thérapeutes et les clients se livrent à un processus de coconstruction qui amène ces derniers à parler d'eux-mêmes et des situations qu'ils vivent de manière nouvelle et différente. La coconstruction est un processus collaboratif de communication où l'émetteur et le récepteur collaborent pour produire ensemble de l'information. Cette information produite conjointement agit à son tour pour modifier le sens de l'expérience et les interactions sociales. Les principes de ce processus conversationnel entre le thérapeute et le client demeurent les mêmes quelle que soit la préoccupation exprimée par le client en thérapie. La conversation se concentre toujours sur les changements que les clients veulent dans leur présent et leur avenir et sur la façon de s'y prendre pour y arriver. La TBOS n'est pas une approche ayant une longue phase d'évaluation destinée à poser un diagnostic. En revanche, dès le début de la thérapie, les thérapeutes de la TBOS utilisent un langage de changement qui facilite l'établissement des objectifs et la création de solutions propres au client. Les questions et les réponses typiques des thérapeutes orientés vers les solutions sont destinées à amorcer un processus de coconstruction que De Jong et Berg (2013), suivant l'exemple de de Shazer (1991; 1994; de Shazer et al., 2007), ont appelé : *écouter, sélectionner et construire*.

Dans ce processus, le thérapeute de la TBOS écoute et sélectionne les mots et les phrases du client qui sont des indications (initialement, souvent de petits indices) de certains éléments d'une solution, comme : l'articulation de ce qui est important pour le client, de ce qu'il ou elle pourrait vouloir, des succès reliés (par exemple, des exceptions) ou de ses compétences et ses ressources. Après avoir fait la sélection, le thérapeute crée une question subséquente ou une autre intervention (par exemple, une reformulation ou un résumé) en lien avec le langage utilisé par le client et invite ce dernier à construire une version plus claire et plus détaillée de certains aspects d'une solution. Alors que le client répond à partir de son propre cadre de référence, le thérapeute continue d'écouter, de sélectionner et d'élaborer la prochaine question ou intervention orientée vers les solutions, celle-ci étant construite à partir de ce que le client a dit. C'est par ce processus continu d'écoute, de sélection et de construction à partir du langage du client que les thérapeutes et les clients coconstruisent un nouveau sens et de nouvelles possibilités de solutions. Les thérapeutes de la TBOS s'efforcent également de ne pas faire d'hypothèses au sujet de toute prétendue «signification réelle ou sous-jacente» des propos des clients. Au lieu de lire entre les lignes, les thérapeutes de la TBOS se disciplinent pour écouter et travailler avec le discours du client en restant près des mots qu'il utilise.

Un exemple du processus thérapeutique de la TBOS

La pratique de l'écoute, la sélection et la construction est illustrée dans le dialogue suivant entre un thérapeute orienté vers les solutions (Harry Korman) et une jeune mère traversant un divorce difficile et commençant une nouvelle vie avec son fils de 19 mois (De Jong, Bavelas, & Korman, sous presse). Cet extrait a eu lieu au début de la session (juste après l'introduction) et a initié la coconstruction de ce que la cliente voulait obtenir de la rencontre avec le thérapeute.

| | | |
|----|-----------|--|
| 1. | Korman : | Alors, hum... Est-ce que ça fonctionne si nous commençons comme ceci, euh [pause]. Qu'est-ce qui devra se produire comme résultat au fait d'être [geste vers elle] venue ici aujourd'hui (cet après-midi, demain et après-demain) pour que vous sentiez que cela a été utile de, d'être ici? |
| 2. | Cliente : | Hum. |
| 3. | Korman : | [Demeure silencieux et s'installe en posture d'écoute, une main soutenant son menton, regardant directement la cliente.] |
| 4. | Cliente : | Je ne crois pas que je... [rires, ensuite geste vers le thérapeute avec un léger haussement d'épaules] |
| 5. | Korman : | [Hoche la tête] C'est une question difficile. [Mouvements et retour à la posture d'écoute] |
| 6. | Cliente : | [En même temps] ... regarde si loin [baisse les yeux] Hum. [Longue pause] |
| 7. | Korman : | [Demeure en posture d'écoute et silencieux] |

| | | |
|-----|-----------|--|
| 8. | Cliente : | Peut-être juste [pause] de démêler tout ce que je... |
| 9. | Korman : | [En même temps : incline sa tête du côté droit comme s'il était davantage intéressé, met ensuite son stylo en position pour écrire] |
| 10. | Cliente : | ...Je ressens. Je ne sais pas exactement ce que c'est encore. |
| 11. | Korman : | [En même temps : hoche la tête lentement, baisse les yeux, écrit brièvement et regarde ensuite la cliente en laissant le stylo sur sa tablette] |
| 12. | Cliente : | Je ne sais pas... [gestes avec sa main gauche vers le thérapeute] |
| 13. | Korman : | [En même temps : hoche la tête] |
| 14. | Cliente : | Je ne sais pas exactement ce qui me dérange moi, comme... je veux dire... je... |
| 15. | Korman : | [En même temps : hoche la tête en continu] |
| 16. | Cliente : | Je suis en train de traverser un divorce, alors... |
| 17. | Korman : | [En même temps : regarde sa feuille et écrit brièvement. Un peu en même temps que la conclusion de la cliente : fait un vigoureux hochement de tête] |
| 18. | Cliente : | Je suis certaine que c'est [gestes vers lui avec les deux mains et les met ensuite sur ses cuisses] la majeure partie. |
| 19. | Korman : | [En même temps qu'elle dépose ses mains (ceci fait un petit bruit) : lève les yeux vers elle, puis :] Mm, mm [tout en hochant la tête]. |
| 20. | Cliente : | J'ai eu de la difficulté à bien dormir récemment et... [pause] |
| 21. | Korman : | [En même temps : baisse les yeux, écrit et hoche la tête] |
| 22. | Cliente : | J'ai alors pensé que ceci pourrait... [pause] m'aider à démêler... ce que j'ai besoin de faire ... [alors qu'elle parle, gestes entre elle et lui] |
| 23. | Korman : | [En même temps : la regarde alors qu'elle dit « pourrait », regarde ensuite ses notes. Hoche la tête et dit :] D'accord. |
| 24. | Cliente : | ... pour reprendre ma vie [courte pause] en main. [sourire et petit rire] |
| 25. | Korman : | [Baissant les yeux et écrivant alors qu'il parle :] Vous aider à démêler les choses pour reprendre votre vie en main. [Hoche ensuite la tête et la regarde; courte pause; pose alors la question suivante alors qu'il fait fréquemment des mouvements vers elle :] Alors, quel serait un sentiment, ah, une pensée, une action, quelque chose que vous feriez, penseriez ou ressentiriez qui vous ferait dire que vous reprenez votre vie en main... [continue de la regarder] |
| 26. | Cliente : | Hum... [pause] |

| | | |
|-----|-----------|--|
| 27. | Korman : | ... cet après-midi ou demain? [baisse les yeux et tient son stylo de façon à commencer à écrire; lève les yeux et incline sa tête dès qu'elle commence à parler.] |
| 28. | Cliente : | Je suppose... seulement relaxer peut-être [geste vers lui]. |
| 29. | Korman : | [Avec un grand hochement de tête, baissant les yeux et écrivant :] Relaxer. |

Le thérapeute a commencé au n° 1 en posant la question à propos de ce que la cliente pourrait vouloir en « venant ici aujourd'hui ». Plutôt que de répondre immédiatement, la cliente répond au n° 2 avec « Hum. » Cette sorte de pause et de réponse minimale par la cliente à la question posée au n° 1 est commune dans les entrevues de la TBOS (en raison des questions inhabituelles), comme la réponse du thérapeute de la TBOS au n° 3. Plutôt que de dire quelque chose, le thérapeute s'est installé en posture d'écoute et a regardé directement la cliente, attendant qu'elle en dise davantage à propos de certains éléments d'une solution (c'est-à-dire de ce qu'elle veut, de ses ressources ou de ses compétences). À ce stade, il prêtait l'oreille à sa construction initiale de ce qu'elle voudrait d'une rencontre avec un thérapeute. Au n° 4, la cliente n'a pas donné une réponse directe, disant plutôt, avec un haussement d'épaules : « Je ne crois pas que je... » Au n° 5, le thérapeute a reconnu qu'il devait lui avoir posé une « question difficile » et a repris sa posture d'écoute. Au n° 6, la cliente a en même temps terminé sa réponse avec « ...regarde si loin. » Cette réponse, qui concernait l'avenir, démontrait qu'elle avait compris sa question initiale à propos de ce qu'elle aimerait voir se produire. Il s'est donc à nouveau installé pour en savoir plus. Aux n°s 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 et 22, la cliente construisait petit à petit de ce qu'elle aimerait obtenir de leurs rencontres. Pendant ses interventions, le thérapeute s'exprimait peu, mais démontrait régulièrement son intérêt et sa compréhension de ses paroles par des comportements non-verbaux tels qu'incliner sa tête de côté, tenir son stylo de façon à pouvoir écrire, baisser les yeux et écrire brièvement, lever les yeux vers elle et hocher la tête. Aux n°s 19 et 23, il a utilisé des expressions verbales minimales, « Mm, mm » et « D'accord. ».

Ce n'est qu'au n° 25 qu'il a dit quoi que ce soit au-delà d'une réponse verbale minimale. Les paroles du thérapeute au n° 25 sont un exemple clair de la sélection et de la construction qui définissent la TBOS. Tout d'abord, il a sélectionné « vous aider à démêler les choses pour reprendre votre vie en main ». En sélectionnant ces mots parmi tout ce qu'elle avait dit, le thérapeute a supposé que ces mots particuliers constituaient la partie importante de la réponse à sa question originale au n° 1. Sa sélection signifiait aussi qu'il avait choisi d'ignorer qu'elle « ne regarde pas si loin », qu'elle ne « savait pas ce qui la dérange », qu'elle « traversait un divorce », qu'elle n'était pas sûre que le divorce soit la « majeure partie », et qu'elle « a eu de la difficulté à bien dormir récemment ».

Au n° 25, le thérapeute a commencé le processus de construction en intégrant la construction initiale de la cliente à propos de ce qu'elle voulait (« pour reprendre ma vie en main ») dans sa prochaine question : « Alors, quel serait un sentiment, ah, une pensée, une action, quelque chose que vous feriez, penseriez ou ressentiriez qui vous ferait dire que vous *reprenez votre vie en main*... cet après-midi ou demain? » Son choix de mots était non seulement étroitement lié à ce qu'elle avait dit aux n°s 22 et 24, mais il intégrait également une nouvelle orientation en demandant plus de précisions concrètes qui lui indiqueraient qu'elle « reprend sa vie en main ». Au n° 28, la cliente a répondu avec une précision : « Je suppose... seulement relaxer peut-être ». Au n° 29, le thérapeute a de nouveau fait une sélection orientée vers les solutions typique en répétant seulement « Relaxer », mettant l'accent sur un indicateur possiblement important de « reprendre sa vie en main ». Il a choisi d'ignorer les autres mots (« Je suppose », « peut-être ») qui indiquent de l'incertitude. Le thérapeute pouvait ensuite continuer à construire en posant une autre question reliée à « relaxer ».

LES ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DE LA THÉRAPIE BRÈVE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS

La plupart des psychothérapies, incluant la TBOS, se composent de *conversations*. En TBOS, il y a trois éléments principaux relatifs à celles-ci.

Tout d'abord, il y a des sujets généraux. Les conversations de la TBOS sont centrées sur : les préoccupations du client; les personnes et les éléments qui sont importants pour lui; une vision d'un avenir préféré; les exceptions, les forces et les ressources des clients en lien avec la vision; l'évaluation du niveau de motivation et de confiance du client à trouver des solutions; et l'évaluation continue du progrès des clients quant à l'atteinte de l'avenir préféré.

Deuxièmement, tel qu'indiqué dans la section précédente, les conversations de la TBOS impliquent un processus thérapeutique de coconstruction qui modifie le sens de l'expérience ou en crée de nouveaux avec les clients. Ce processus est enclenché en grande partie par les thérapeutes posant des questions orientées vers les solutions sur le contenu du paragraphe précédent. Ceci permet de relier et de construire un nouveau sens à partir de ce qui est exprimé par les clients.

Troisièmement, les thérapeutes utilisent un certain nombre de techniques spécifiques de réponse et de questionnement qui invitent le client à coconstruire une vision d'un avenir préféré et à tirer parti de leurs succès passés, de leurs forces et de leurs ressources pour concrétiser cette vision.

L'ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS ET LA THÉRAPIE SUBSÉQUENTE

L'établissement d'objectifs spécifiques, concrets et réalistes est une composante importante de la TBOS. Les objectifs¹ sont formulés et amplifiés par la conversation orientée vers les solutions au sujet des différences que les clients souhaitent voir dans l'avenir. Par conséquent, dans la TBOS, les clients établissent les objectifs. Les objectifs utiles en TBOS : 1) sont saillants et personnellement significatifs, 2) indiquent positivement ce que les clients feront plutôt que ce qu'ils ne feront pas, 3) sont formulés en termes comportementaux et en tant que premier petit pas, 4) sont sous le contrôle du client, 5) représentent quelque chose de nouveau et différent, et 6) correspondent à des comportements que le client peut pratiquer régulièrement (Lee, Sebold, & Uken, 2003; Lee, Uken, & Sebold 2007). Une fois que la formulation initiale a été réalisée, la thérapie se concentre sur les exceptions liées aux objectifs, l'évaluation régulière du degré avec lequel les clients se rapprochent de leurs objectifs ou d'une solution et la coconstruction des prochaines étapes qui leur permettront d'atteindre leur futur préféré.

LA COMPARAISON DE LA TBOS AUX AUTRES TRAITEMENTS

La TBOS est très similaire aux modèles basés sur la compétence ou orientés sur la résilience, tels que l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1994), la perspective axée sur les forces et la psychologie positive. Il y a également des similitudes entre la TBOS et la thérapie cognitivo-comportementale, cependant cette dernière implique que les thérapeutes assignent des changements et des tâches alors que ceux utilisant la TBOS encouragent les clients à faire davantage leurs comportements passés d'exception ou de tester les comportements qui font partie de la description des objectifs du client. L'accent de la TBOS sur le comportement, la description et le contexte social présente également des similitudes avec la troisième vague des thérapies comportementales, mais la TBOS ne repose pas exclusivement sur les mêmes théories et techniques de changement. La TBOS présente également des similitudes avec la *Thérapie Narrative* (par exemple, Freedman & Combs, 1996), en ce que les deux prennent une position non-pathologisante, sont axées sur le client et visent à créer de nouvelles réalités dans le cadre de leur approche. Les approches desquelles la TBOS diffère le plus en termes de philosophie et d'hypothèses sous-jacentes

¹ Les objectifs de la TBOS concernent les émotions, les cognitions, les comportements et les interactions souhaités dans divers contextes (domaines de la vie du client).

sont celles qui requièrent d'« approfondir » ou de se centrer intensivement sur le problème pour le résoudre, ou celles qui sont principalement axées sur le passé plutôt que sur le présent ou le futur.

Une autre caractéristique qui distingue la TBOS des autres modèles de traitement est son point de vue sur l'évaluation. Contrairement aux modèles de traitement qui considèrent les professionnels comme possédant une expertise du diagnostic et des clients comme sujets d'évaluation, l'évaluation orientée vers les solutions met l'accent sur le client comme « évaluateur ». Celui-ci évalue lui-même constamment ce qu'il veut, ce qui pourrait représenter des solutions réalisables pour se rapprocher de l'avenir qu'il souhaite, ses objectifs de traitement, les forces et les ressources qu'il ou elle possède qui peuvent être utilisées pour atteindre l'avenir souhaité, ce qui pourrait être aidant dans le processus de changement, jusqu'à quel point il ou elle est motivé à faire du changement une réalité, et à quelle rapidité il ou elle veut procéder avec le changement, etc. (Lee et al., 2003; Lee, 2013). En même temps, les thérapeutes TBOS sont des experts de la « conversation du changement » : ils maintiennent les dialogues à la recherche d'une description d'une réalité alternative bénéfique (de Shazer, 1994).

LES PARTICULARITÉS DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE EN TBOS

Dans la section sur le processus thérapeutique, nous avons souligné les trois caractéristiques uniques de la TBOS. Elle définit le processus thérapeutique (et le mécanisme de changement) comme le dialogue entre le thérapeute et le client. Elle se concentre sur ce qui est observable dans ce dialogue plutôt que sur des inférences sur la signification sous-jacente. Elle est également fondée sur les résultats de recherche des disciplines étudiant le processus linguistique. En conséquence, les thérapeutes de la TBOS se concentrent intensément sur la façon dont ils utilisent le langage en thérapie. En TBOS, les thérapeutes écoutent attentivement le langage du client pour identifier ce qui est important pour lui, ce qu'il pourrait vouloir, les preuves de ses compétences et de ses succès en lien avec ce qu'il pourrait vouloir et pour voir ses ressources internes ou externes. Le but est de construire une version plus détaillée de ce que les clients souhaitent voir différent et comment y arriver, en utilisant leurs propres ressources et d'autres ressources disponibles.

LES INGRÉDIENTS ACTIFS SPÉCIFIQUES

Certains des principaux ingrédients actifs de la TBOS comprennent : a) le développement d'une alliance thérapeutique coopérative avec le client; b) la création d'une orientation vers les solutions plutôt que le problème; c) la fixation d'objectifs mesurables et réalisables; d) l'accent sur l'avenir par le biais de questions et de discussions orientées vers l'avenir; e) l'évaluation continue de l'atteinte des objectifs pour obtenir celle du client quant au progrès réalisé et f) l'accent de la conversation sur les exceptions aux problèmes des clients, notamment celles qui sont liées à ce qu'ils veulent modifier, et les encouragements à faire plus de ce qu'ils faisaient pour que les exceptions se produisent.

LA NATURE DE LA RELATION THÉRAPEUTE-CLIENT

En TBOS, le thérapeute est considéré comme un collaborateur et un consultant dont le rôle est d'aider les clients à atteindre leurs objectifs. Ce sont les clients qui parlent davantage et les sujets qu'ils abordent sont considérés comme la pierre angulaire de la résolution de leurs plaintes. Habituellement, les thérapeutes de la TBOS utilisent des méthodes plus indirectes telles que le questionnement approfondi à propos de solutions et d'exceptions passées. En TBOS, le client est l'expert et le praticien, adoptant une posture de curiosité, « guide d'un pas en arrière » par son questionnement et ses interventions orientées vers les solutions.

LE FORMAT ET LA STRUCTURE DE LA SÉANCE

Les principales interventions sont tirées de Shazer et al. (2007).

Une position positive, collégiale, axée sur les solutions

Un des aspects les plus importants de la TBOS est la posture et l'attitude générale prise par le thérapeute. Celle-ci est positive, respectueuse et encourageante. Il existe un postulat que les gens sont fortement résilients et utilisent continuellement cette caractéristique pour faire des changements. En outre, il y a une forte conviction que la plupart des gens ont la force, la sagesse

et l'expérience nécessaires pour mettre en place le changement. Ce que d'autres modèles considèrent comme de la « résistance » est généralement perçu par la TBOS comme : a) des mécanismes naturels de protection ou le désir réaliste d'être prudent et d'avancer lentement, ou b) une erreur du thérapeute, c'est-à-dire, une intervention qui ne correspond pas au contexte des clients. Tout cela contribue à des séances collégiales plutôt que hiérarchiques (même si, tel qu'indiqué plus haut, les thérapeutes de la TBOS « guident d'un pas en arrière ») et coopératives plutôt que dans la confrontation.

Rechercher des solutions passées

Les thérapeutes de la TBOS ont appris que la plupart des gens ont déjà résolu beaucoup, beaucoup de problèmes. Cela peut avoir été à un autre moment, à un autre endroit ou dans une autre situation. Le problème peut aussi être revenu. L'essentiel est que la personne ait résolu son problème, même pendant une courte période.

Rechercher les exceptions

Même si un client n'a pas de solution passée pouvant être répétée, la plupart des gens ont des exemples récents d'exceptions à leur problème. Une exception est considérée comme un moment où un problème aurait pu se produire, mais ne s'est pas produit. La différence entre une solution passée et une exception est faible, mais significative. Une solution passée est quelque chose que la famille a essayé de son propre chef qui a fonctionné, mais pour une raison quelconque, n'a pas continué d'utiliser et a probablement oublié. Une exception est quelque chose qui arrive au lieu du problème, de façon intentionnelle ou non et compréhensible ou non pour le client.

Les questions vs les directives ou les interprétations

Les questions sont un élément important de la communication de tous les modèles de thérapie. Les thérapeutes les utilisent pour recueillir l'historique de la problématique, prendre le pouls au début de la séance ou s'informer de la façon dont un exercice s'est passé. Cependant, les thérapeutes de la TBOS font du questionnement leur outil principal de communication et d'intervention. Ils n'ont pas tendance à faire d'interprétation ni à remettre en question ou confronter directement un client.

Les questions orientées vers le présent et l'avenir vs l'orientation vers le passé

Les questions posées par les thérapeutes de la TBOS sont presque toujours centrées sur le présent ou l'avenir et l'accent est mis presque exclusivement sur ce que le client veut voir se produire dans sa vie ou ce sur ce qui est déjà le cas. Lorsque des questions sont posées à propos du passé, elles concernent typiquement la façon dont le client a surmonté une difficulté similaire ou les forces ou les ressources du passé qu'il peut utiliser pour atteindre son avenir préféré. Cela reflète la croyance fondamentale que les problèmes sont

mieux résolus en se concentrant sur ce qui fonctionne déjà et sur ce que les clients souhaiteraient que leur vie soit, plutôt que sur le passé et l'origine des problèmes.

Les compliments

Les compliments sont un autre élément essentiel de la TBOS. C'est en validant que les clients se débrouillent déjà bien compte tenu de leurs difficultés qu'ils se sentiront encouragés. Ceci pourra les motiver à changer tout en transmettant le message que le thérapeute les écoute (c'est-à-dire qu'il comprend) et se soucie d'eux (Berg & Dolan, 2001). Les compliments en thérapie peuvent aider à ponctuer ce que le client fait qui fonctionne.

Une invitation à faire plus de ce qui fonctionne

Une fois que les thérapeutes de la TBOS ont créé un cadre positif par l'intermédiaire des compliments et la découverte de certaines solutions passées ou exceptions au problème, ils poussent gentiment le client à faire plus de ce qui a fonctionné préalablement ou à essayer les changements dont ils ont parlé. Ceci est appelé souvent « une expérience ». Il est rare pour un thérapeute de la TBOS de faire une suggestion ou de proposer un exercice qui ne repose pas sur des solutions passées ou des exceptions du client. Il est toujours préférable que les idées de changement et les exercices émanent du client (même indirectement durant la conversation) plutôt que du thérapeute, car ces comportements leurs sont familiers.

Les interventions spécifiques :

Le changement présession

Au début ou rapidement durant la première séance de thérapie, les thérapeutes de la TBOS peuvent demander : « Quels changements avez-vous remarqués depuis que vous avez pris le rendez-vous pour cette session? » Cette question a trois réponses possibles. D'abord, les clients peuvent dire que rien ne s'est produit. Dans ce cas, le thérapeute continue simplement et commence la session en demandant quelque chose comme : « Comment puis-je vous être utile aujourd'hui? » ou « Que devrait-il se passer aujourd'hui pour rendre cette séance vraiment utile? » ou « Qu'est-ce que votre meilleur ami remarquerait si cette session était utile pour vous? » ou « Qu'est-ce qui doit être différent dans votre vie après cette séance pour que vous soyez capable de dire que c'était une bonne idée de venir et de discuter avec moi? »

La deuxième réponse possible est que les choses ont commencé à changer ou à s'améliorer. Dans ce cas, le thérapeute pose plusieurs questions à propos des changements en cours et demande beaucoup de détails. Cela commence par le processus de « discussion de solution » qui met d'emblée l'emphase sur les forces et la résilience du client et permet au thérapeute de demander : « Alors, si ces changements se poursuivaient dans cette direction,

est-ce que cela correspondrait à ce que vous voulez? », offrant ainsi le début d'un objectif concret et positif.

La troisième réponse possible est que les choses sont à peu près les mêmes. Le thérapeute pourrait demander quelque chose comme : « Est-ce inhabituel que les choses ne se soient pas empirées? » ou « Comment avez-vous tous réussi à faire en sorte que les choses ne s'empirent pas? » Ces questions peuvent mener de l'information à propos de solutions et d'exceptions passées et à un mode « discussion de solution ».

Les objectifs orientés vers les solutions

Comme de nombreux modèles de psychothérapie, établir des objectifs personnels saillants, clairs, spécifiques et atteignables est une composante importante de la TBOS. Chaque fois que possible, le thérapeute tente de faire émerger des objectifs réalisables plutôt que des objectifs ambitieux. Plus important encore, les clients sont encouragés à formuler leurs objectifs comme la présence d'une solution plutôt que l'absence d'un problème. Par exemple, il est préférable d'avoir comme objectif : « Nous voulons que notre fils nous parle plus gentiment », ce qui nécessiterait d'être décrit plus en détails, plutôt que « Nous aimerions que notre enfant ne nous maudissent pas ». En outre, l'objectif est défini comme quelque chose que le client peut pratiquer régulièrement par lui-même ou elle-même et ne dépend pas de l'initiative de quelqu'un d'autre. De plus, si un objectif est décrit en termes de solutions, il peut être évalué plus facilement (voir ci-bas)².

La question miracle

Certains clients ont des difficultés à articuler un objectif, encore moins un objectif orienté vers les solutions. La question miracle est une façon de susciter l'objectif du client d'une manière qui communique le respect de l'ampleur du problème et, en même temps, amène le client à générer des parties plus simples, plus faciles à gérer de l'objectif. C'est aussi un moyen pour de nombreux clients de faire une « répétition virtuelle » de leur avenir préféré.

² Les objectifs relient l'émotion, la cognition, le comportement et l'interaction. Donc, si le client dit : « Je ne veux pas me sentir déprimé », le thérapeute commencera à préciser des objectifs en demandant au client comment il remarquera que les choses s'améliorent. Puis celui-ci pourrait répondre : « Je me sentirais mieux. Je serais plus calme et détendu ». Le thérapeute pourrait alors demander dans quel domaine de la vie du client il va commencer à remarquer qu'il s'est senti plus calme et détendu et le client pourrait répondre : « lorsqu'il prépare les enfants pour l'école ». On demandera ensuite au client ce que les enfants remarqueront à propos de lui qui signifie qu'il est plus calme et détendu et la façon différente dont les enfants se comporteront quand ils le remarqueront. La conversation peut alors passer à quelles différences cela fera dans d'autres domaines de la vie des clients comme la relation avec le partenaire ou au travail. Le thérapeute essaiera de créer des descriptions des cognitions, des émotions, des comportements et des interactions dans divers contextes (domaines de la vie du client) et des personnes dans ces contextes. Ceci est une partie importante de la TBOS : relier les descriptions des cognitions, des émotions, du comportement et des interactions désirées et indésirables les unes aux autres dans des contextes où elles ont un sens.

Le langage précis de l'intervention peut varier, mais la formulation de base est : « Je vais vous demander une question assez étrange [pause]. Cette question étrange est la suivante : [pause] Après notre conversation, vous retournez au travail (maison, école) et vous faites ce que vous devez faire pour le reste de la journée, comme prendre soin des enfants, préparer le souper, regarder la télévision, donner le bain aux enfants et ainsi de suite. Il vient le temps d'aller se coucher. Tout le monde dans votre maisonnée est calme et vous dormez en paix. Au milieu de la nuit, un miracle se produit et le problème qui vous a incité à me parler aujourd'hui est résolu! Mais parce que cela se produit alors que vous dormez, vous n'avez aucun moyen de savoir qu'il y a eu un miracle du jour au lendemain qui a résolu le problème. [Pause] Donc, quand vous vous réveillerez demain matin, que serait un petit changement qui vous ferait dire à vous-même : « Wow, quelque chose a dû se passer : le problème est parti! » (Berg & Dolan, 2001, p. 7).

Les clients ont un certain nombre de réactions à la question. Ils peuvent sembler perplexes. Ils peuvent dire qu'ils ne comprennent pas la question ou qu'il « ne savent pas ». Ils peuvent sourire. Habituellement, cependant, si on leur donne suffisamment de temps pour y réfléchir et avec de la persistance de la part du thérapeute, ils commencent à concevoir des choses qui seraient différentes si leur problème était résolu. Voici un exemple de la façon dont un couple (deux anciens trafiquants de drogue qui, ayant rencontré des thérapeutes et des travailleurs sociaux pendant plusieurs années, voulaient « les services sociaux hors de leurs vies ») a commencé à répondre à la question miracle. Insoo Kim Berg est l'interviewer. En plus d'être un bon exemple de la façon dont les clients commencent à répondre à la question miracle, ces extraits illustrent la coconstruction de la TBOS impliquant le thérapeute et les clients. Au cours de cette coconstruction, le sens de l'expérience est modifié ou nouvellement construit et le thérapeute formule ses prochaines questions et ses interventions en fonction des réponses et des mots des clients, ici à propos de ce qui sera différent lorsque le miracle se produit :

| | |
|---------------|--|
| Berg : | (Terminant la question miracle avec...) Alors, quand vous vous réveillerez demain matin, quel sera le premier indice pour vous... « Holà, quelque chose est différent! »? |
| Père : | Vous voulez dire que tout est parti : les enfants... tout? |
| Mère : | Non, non. |
| Berg : | Le problème a disparu. |
| Père : | Il n'a jamais eu lieu? |
| Mère : | Le problème est arrivé, mais ça va. |
| Berg : | Tout est réglé maintenant. |
| Mère : | Pour vous dire la vérité, je ne sais probablement pas comment... Nous attendons. Je veux dire, nous attendons ce jour-là. Nous attendons ce jour où il n'y a juste personne. |
| Berg : | Personne. Pas de service social dans votre vie. |
| Mère : | Ouais. |

| | |
|-----------------------|--|
| Berg : | Comment saurez-vous, lorsque vous vous réveillez le matin, et que vous regardez autour et observez, qu'est-ce qui vous permettra de savoir... « Wow, aujourd'hui, c'est différent. C'est un autre jour aujourd'hui. Quelque chose est différent, quelque chose s'est passé. » |
| Père : | L'intuition. Le sentiment intérieur. Le poids de moins sur mes épaules pour ainsi dire. |
| Berg : | D'accord. |
| Père : | Quand j'ai eu un problème de drogue... je suppose que c'est souvent le même sentiment. Quand j'ai eu un problème de drogue, je cherchais toujours, et juste toujours quelque chose. Je ne me sentais jamais bien à propos de ça. Vous savez. |
| Berg : | (Faisant le lien avec les mots et les significations du client, ignorant les « plaintes » et choisissant une partie du message du client qui est reliée avec ce qu'il veut ressentir autrement :) Donc, après ce miracle ce soir, lorsque le miracle se sera produit et que les problèmes seront résolus, qu'est-ce qui serait différent dans votre sentiment intérieur? |
| Père : | Peut-être que je me sentirais un peu plus léger, ce serait un peu plus facile de me déplacer... ne pas avoir à, ah, répondre de chacun de mes mouvements. |
| Mère : | Uh huh. Être en mesure de prendre des décisions comme mari et femme, en tant que parents, sans avoir à se demander : « Avons-nous pris la bonne décision ou allons-nous être jugés pour cette décision? » |
| Berg : | Oh. |
| Mère : | Je veux dire, voilà ce que nous pensons être le meilleur, mais quand nous avons à répondre de notre décision à quelqu'un d'autre... |
| Père : | Ouais, je veux dire « essayez de cette façon » ou « essayez de cette manière », eh bien, je veux dire, c'est naturel d'apprendre beaucoup de ces choses par soi-même, je veux dire... Je veux dire : vous échouez, vous vous relevez et vous essayez d'une autre façon. |
| Berg : | Donc, vous voulez prendre la décision juste vous deux, vous diriez : « hum, c'est logique, faisons-le de cette façon » sans vous inquiéter : « Est-ce que quelqu'un va nous surveiller? » |
| Mère et père : | Oui. |
| Mère : | Puis si nous sommes d'accord ou si nous sommes en désaccord, avoir quelqu'un, avoir quelqu'un qui prend parti, vous savez : quel est son avis, quel est mon avis, puis essayer de nous expliquer, eh bien... |
| Père : | (Se référant aux services sociaux) C'était toujours d'avoir un médiateur, je veux dire... |
| Mère : | Ouais, il y a toujours quelqu'un pour servir de médiateur. |
| Berg : | Donc, le médiateur aura disparu. Il sera sorti de votre vie. |

| | |
|-----------------------|---|
| Mère et père : | Oui. |
| Berg : | (Faisant encore le lien avec les mots/significations des clients; accepter et construire) OK. D'accord. D'accord. Alors, supposons, supposons que tous ces médiateurs sont hors de votre vie, y compris moi. Qu'est-ce qui serait différent entre vous deux? (Silence) |
| Père : | (Soupirs) |
| Mère : | Tout. Comme je l'ai dit, être capable de se regarder l'un l'autre comme mari et femme et savoir que si nous avons, si nous sommes d'accord sur quelque chose, c'est <i>notre</i> décision et c'est comme ça que ça va être. Si nous sommes en désaccord sur quelque chose, c'est une décision qui, je veux dire, c'est quelque chose que nous devons régler entre nous et nous n'avons pas à nous soucier de ce que l'opinion de cette troisième personne va être. Puis je n'ai pas à entendre une troisième personne dire : « Oui, eh bien, je suis d'accord, ce que Keith a décidé est correct. » Ce qui me fait sentir encore plus humiliée. |
| Berg : | D'accord. Donc, vous deux prendrez les décisions concernant votre famille : quoi faire au sujet des enfants, ce qu'il faut faire avec l'argent, ce que vous allez faire, c'est ça? |
| Mère : | Oui. |
| Berg : | Supposons que vous étiez en mesure de faire cela sans se remettre en question. Qu'est-ce qui serait différent entre vous deux... qui vous permettrait de savoir : « Wow! C'est différent! Nous prenons nos propres décisions. » |
| Mère : | Beaucoup de tension serait disparue, je pense... |

Et ainsi de suite.

Ce que les clients sont capables de coconstruire avec le thérapeute en réponse à la question miracle peut généralement être considéré comme les objectifs de la thérapie. Avec une description détaillée de la façon dont ils aimeraient que leur vie soit, les clients peuvent plus facilement se tourner vers la construction de sens plus élaboré à propos des exceptions et des comportements de résolution de problème passés qui peuvent être utiles dans la réalisation de leurs futurs préférés.

Dans la thérapie avec les couples, les familles ou les groupes de travail, la question miracle peut être posée aux individus ou au groupe dans son ensemble. Si posée à des membres individuels, chacun donnerait son ou sa réponse à la question miracle et les autres pourraient y réagir. Si la question est posée à la famille, au groupe de travail ou au couple dans son ensemble, les membres peuvent « travailler » la question miracle ensemble. Le thérapeute de la TBOS, en essayant de maintenir une approche collaborative entre les membres de la famille, ponctue les mêmes objectifs et les messages de soutien entre les membres de la famille.

Les questions d'échelle

Que le client transmette les objectifs spécifiques directement ou par la question miracle, une prochaine intervention importante en TBOS est que le client évalue son propre état actuel. Un certain nombre de questions d'échelle sont possibles et utiles. Dans la première séance, demander, de 0 à 10, à quel point le client est disposé à *faire* concrètement quelque chose pour se rapprocher de son avenir préféré est aidant dans l'évaluation de la motivation au changement. On peut demander aux clients leur niveau de confiance dans l'atteinte de leur objectif sur une échelle de 0 à 10. Le thérapeute peut poser la question miracle en utilisant une échelle : de 0 à 10, où 0 correspond au moment où la rencontre initiale a été organisée et 10 correspond au jour après le miracle, où sont les choses actuellement? Par exemple, pour un couple dont l'objectif est une meilleure communication :

| | |
|---------------------|---|
| Thérapeute : | Ce que je veux faire maintenant, c'est d'évaluer l'ampleur du problème et définir l'objectif. Disons qu'un 0 correspond à la pire situation liée au problème : vous ne parlez jamais et vous ne faites que vous battre et vous évitez tout le temps. Puis disons que 10 correspond au fait que vous parlez tout le temps, avec une communication parfaite, sans jamais vous battre. |
| Mari : | C'est assez irréaliste. |
| Thérapeute : | Ce serait l'idéal. Donc, où diriez-vous que c'était pour vous dans le pire cas? Peut-être directement avant que vous ne veniez me voir. |
| Femme : | C'était assez mauvais... Je ne sais pas... Je dirais un 2 ou un 3. |
| Mari : | Ouais, je dirais 2. |
| Thérapeute : | Ok (en écrivant)... un 2-3 pour vous et un 2 pour vous. Maintenant, dites-moi ce avec quoi vous seriez satisfaits à la fin de la thérapie et lorsqu'elle sera réussie? |
| Femme : | Je serais heureuse avec un 8. |
| Mari : | Bon, bien sûr, je voudrais un 10, mais c'est irréaliste. Ouais, je suis d'accord, un 8 serait bien. |
| Thérapeute : | Que diriez-vous que c'est en ce moment? |
| Femme : | Je dirais que c'est un peu mieux, parce qu'il vient ici avec moi et je vois qu'il essaie... Je dirais peut-être un 4? |
| Mari : | Eh bien, c'est agréable à entendre. Je n'aurais pas cru qu'elle aurait mis si élevé. Je dirais que c'est un 5. |
| Thérapeute : | Ok, un 4 pour vous, un 5 pour vous. Puis vous voulez les deux que ce soit 8 pour que la thérapie soit réussie, n'est-ce pas? |

Il y a trois composantes principales dans cette intervention. Tout d'abord, c'est un dispositif d'évaluation. Autrement dit, lorsqu'elle est utilisée à chaque session, le thérapeute et les clients ont une mesure continue du progrès réalisé. Deuxièmement, il est clair que l'évaluation du client est plus importante que celle du thérapeute. Troisièmement, c'est une intervention puissante en soi parce qu'elle concentre le dialogue sur les solutions et les exceptions passées et ponctue les nouveaux changements à mesure qu'ils se produisent. Comme les changements apportés avant la première séance, voici trois choses qui peuvent se produire entre chaque session : a) les choses qui peuvent aller mieux, b) les choses qui peuvent rester les mêmes, c) les choses qui peuvent empirer.

Si l'évaluation est plus élevée, le thérapeute recueille de longues descriptions et des détails sur ce qui est différent et meilleur et la façon dont ils ont été capables d'apporter les changements. Le thérapeute peut féliciter le client durant la séance pour le progrès réalisé ou peut commenter sur les changements durant le résumé de la session. Cela soutient et solidifie les changements en plus de mener à la direction évidente de « faire plus de la même chose ». Si les choses « demeurent les mêmes », encore, les clients peuvent être complimentés sur leur façon de maintenir leurs changements ou pour ne pas avoir laissé les choses s'empirer. Le thérapeute peut demander : « Comment avez-vous pu empêcher que ça empire? » Il est intéressant de voir comment souvent cela conduit à une description des changements qu'ils ont faits. Dans ce cas, encore une fois, le thérapeute peut complimenter, soutenir et encourager le client à faire encore plus de ce changement.

| | |
|---------------------|---|
| Thérapeute : | Mary, la semaine dernière, vous étiez à 4 sur l'échelle des bonnes communications. Je me demande où vous en êtes cette semaine? |
| Femme : | [Pause] Je dirais 5. |
| Thérapeute : | Un 5! Wow! Vraiment, en seulement une semaine. |
| Femme : | Oui, je pense que nous avons mieux communiqué cette semaine. |
| Thérapeute : | Comment avez-vous mieux communiqué cette semaine? |
| Femme : | Eh bien, je pense que c'était Rich. Il semblait essayer de m'écouter davantage cette semaine. |
| Thérapeute : | C'est génial. Pouvez-vous me donner un exemple où il vous a écoutée davantage? |
| Femme : | Eh bien, oui, hier par exemple. Il m'appelle habituellement une fois par jour au travail et... |
| Thérapeute : | Désolée de vous interrompre, mais avez-vous dit qu'il vous appelle une fois par jour? Au travail? |
| Femme : | Oui. |
| Thérapeute : | Je suis juste un peu surprise, parce que ce ne sont pas tous les maris qui appellent leurs femmes à chaque jour. |
| Femme : | Il a toujours fait ça. |

| | |
|---------------------|--|
| Thérapeute : | Est-ce quelque chose que vous aimez? Que vous ne voudriez pas qu'il change? |
| Femme : | Oui, bien sûr. |
| Thérapeute : | Je m'excuse, poursuivez, vous me parliez d'hier quand il vous a appelée. |
| Femme : | Eh bien, en général, c'est en quelque sorte un appel rapide. Mais je lui ai parlé de quelques problèmes que j'avais et il a écouté longtemps, semblait s'en préoccuper et m'a donné quelques bonnes idées. C'était bien. |
| Thérapeute : | Voilà donc un exemple de la façon dont vous voudriez que ce soit, où vous pouvez parler de quelque chose et il écoute et vous donne de bonnes idées? Du soutien? |
| Femme : | Oui. |
| Thérapeute : | Rich, saviez-vous que Mary aimait que vous l'appeliez et l'écoutez? Que cela vous permettait à vous deux de vous déplacer vers le haut sur l'échelle, pour elle? |
| Mari : | Ouais, je suppose. J'ai vraiment essayé cette semaine. |
| Thérapeute : | C'est génial. Qu'avez-vous fait d'autre pour améliorer la communication cette semaine? |

Cet exemple démontre comment revenir sur l'échelle avec le couple a servi de véhicule pour trouver le progrès réalisé par les clients. Le thérapeute a recueilli de plus en plus d'information à propos des petits changements que les clients ont faits par eux-mêmes en utilisant les différences sur l'échelle pour générer des questions. Ceci a naturellement mené à ce que le thérapeute suggère que le couple continue de faire les choses qui fonctionnent, dans ce cas, que le mari continue d'appeler sa femme et continue à s'engager dans l'écoute active qu'elle trouvait si utile.

La construction des solutions et les exceptions

Le thérapeute de la TBOS passe la majeure partie de la session à écouter attentivement pour des discussions au sujet de solutions passées, d'exceptions et d'objectifs. Lorsque ceux-ci sont exprimés, le thérapeute les ponctue par son enthousiasme et son soutien. Le thérapeute travaille ensuite à garder au premier plan la conversation orientée sur les solutions. Ceci, bien sûr, nécessite toute une gamme de compétences différentes de celles utilisées dans les thérapies traditionnelles centrées sur les problèmes. Alors que le thérapeute centré sur le problème est préoccupé par les signes manquants de ce qui a causé ou de ce qui maintient un problème, le thérapeute de la TBOS est préoccupé par les signes manquants de progrès et de solutions.

| | |
|---------------------|---|
| Mère : | Elle m'ignore toujours, agit comme si je n'étais pas là, reviens de l'école et court à sa chambre. Qui sait ce qu'elle fait là-dedans. |
| Fille : | Vous dites que nous nous battons tout le temps, donc je vais juste dans ma chambre et nous ne nous battons pas. |
| Mère : | Vous voyez? Elle admet qu'elle essaye juste de m'éviter. Je ne sais pas pourquoi elle ne peut pas simplement revenir à la maison et me parler un peu de l'école ou quelque chose, comme elle le faisait. |
| Thérapeute : | Attendez une seconde, quand le faisait-elle ? Anita, quand avais-tu l'habitude de revenir à la maison et de parler à ta mère de l'école? |
| Fille : | Je l'ai fait beaucoup. Je l'ai fait le semestre dernier. |
| Thérapeute : | Peux-tu me donner un exemple de la dernière fois où tu as fait cela? |
| Mère : | Je peux vous dire, c'était la semaine dernière en fait. Elle était toute excitée à propos du fait que son projet de science avait été choisi. |
| Thérapeute : | Dites m'en plus, quel jour était-ce que? |
| Mère : | Mercredi dernier, je pense. |
| Thérapeute : | Et elle est revenue à la maison... |
| Mère : | Elle est revenue à la maison toute excitée. |
| Thérapeute : | Que faisiez-vous? |
| Mère : | Comme d'habitude, je pense : je préparais le souper. Puis elle est arrivée toute excitée et je lui ai demandé ce qui se passait, et elle m'a dit que son projet de science avait été choisi pour la présentation à l'école. |
| Thérapeute : | Wow, c'est tout un honneur. |
| Mère : | En effet. |
| Thérapeute : | Alors, qu'est-il arrivé? |
| Mère : | Eh bien, nous en avons parlé, elle m'a tout dit à propos de cela. |
| Thérapeute : | Anita, vous rappelez-vous de cela? |
| Fille : | Bien sûr, c'était seulement la semaine dernière. J'étais très heureuse. |
| Thérapeute : | Puis dirais-tu que c'était une conversation agréable, une conversation agréable entre vous deux? |
| Fille: | Bien sûr. C'est ce que je veux dire : je ne vais pas toujours dans ma chambre. |
| Thérapeute: | Y avait-il quelque chose de différent à ce moment, la semaine dernière, qui facilitait votre discussion? |
| Mère : | Eh bien, elle était excitée. |
| Fille : | Ma mère écoutait, ne faisait rien d'autre. |

| | |
|---------------------|---|
| Thérapeute : | Wow, c'est un excellent exemple. Je vous remercie. Permettez-moi de vous poser cette question : si c'était comme ça plus souvent, où Anita vous parlerait de choses qui sont intéressantes et importantes pour elle, et où, Maman, vous l'écouteriez pleinement sans faire d'autres choses, est-ce que c'est ce que vous voulez dire par une meilleure communication? |
| Fille : | Ouais, exactement. |
| Mère : | Oui. |

Dans cet exemple, la thérapeute a fait un certain nombre de choses. D'abord, elle a écouté attentivement pour trouver une exception au problème, un moment où le problème aurait pu se produire, mais ne s'est pas produit. Deuxièmement, elle a ponctué cette exception en la répétant, en insistant sur elle, en obtenant plus de détails à ce sujet et en les félicitant pour cela. Troisièmement, elle a relié l'exception à leur objectif (ou miracle) en posant la question : « Si cette exception se produisait plus souvent, votre objectif serait-il atteint? »

Les questions de résilience (« coping »)

Si un client rapporte que le problème ne s'améliore pas, le thérapeute peut parfois poser des questions de résilience (« coping ») telles que : « Comment avez-vous réussi à éviter que la situation se détériore? » ou « Cela semble difficile, comment avez-vous réussi à être à ce niveau-là dans les circonstances? »

Faire une pause et conclure

De nombreux modèles de thérapie familiale ont encouragé les thérapeutes à prendre une pause vers la fin de la séance. Habituellement, cela implique une conversation entre le thérapeute et une équipe de collègues ou de superviseurs qui ont regardé la session et qui donnent de la rétroaction et des suggestions au thérapeute. En TBOS, les thérapeutes sont également encouragés à prendre une pause à la fin de la séance. S'il y a une équipe, elle donne de la rétroaction au thérapeute, une liste des compliments pour la famille et quelques suggestions d'interventions fondées sur les forces des clients, les solutions passées ou les exceptions. S'il n'y a pas d'équipe disponible, le ou la thérapeute va souvent tout de même prendre une pause pour recueillir ses pensées et proposer ensuite des compliments et des idées d'expérimentations possibles. Lorsque le ou la thérapeute retourne à la session, il ou elle peut donner des compliments à la famille.

Thérapeute : Je voulais juste vous dire que l'équipe a vraiment été impressionnée par vous deux cette semaine. Maman, les membres voulaient que je vous dise que vous sembliez vous préoccuper beaucoup de votre fille. Il est vraiment difficile d'être une mère et vous sembliez très engagée et claire au sujet de votre amour pour elle et votre désir de l'aider. Ils ont été impressionnés

que vous veniez à la séance d'aujourd'hui, en dépit du travail et d'un enfant malade à la maison. Anita, l'équipe voulait aussi te féliciter pour ton engagement à améliorer le fonctionnement de la famille. Ils voulaient que je te dire à quel point ils pensent que tu es brillante et articulée et quelle bonne « scientifique » tu es! Oui, que tu semblais vraiment au courant des petites, petites choses qui se produisent dans ta famille qui pourraient une différence... C'est ce que font les scientifiques : ils observent les choses qui semblent provoquer un changement, aussi minime soient-elles. Quoi qu'il en soit, ils ont beaucoup été impressionnés par vous deux!

Fille : [Semblant heureuse] Wow, merci!

Les expérimentations et les tâches à réaliser entre les sessions

Alors que de nombreux modèles de psychothérapie utilisent les exercices intersession pour solidifier les changements initiés en cours de traitement, la plupart du temps, ils sont assignés par le thérapeute. En TBOS, les thérapeutes terminent souvent la séance en suggérant une expérimentation possible à essayer par le client entre les sessions, s'il le désire. Ces expérimentations sont basées sur quelque chose que le client fait déjà (exceptions), pense, ressent, etc. qui l'amène en direction de ses objectifs. Les exercices sont parfois conçus par le client. Les deux respectent la philosophie de base que ce qui émane du client est meilleur que ce qui est suggéré par le thérapeute. Ceci est vrai pour un certain nombre de raisons. Tout d'abord, ce qui est habituellement proposé par le client, directement ou indirectement, lui est familier. L'une des principales raisons pour lesquelles l'exercice n'est pas accompli dans d'autres modèles est qu'il est étranger à la famille, donc demande plus de réflexion et de travail à accomplir (habituellement considéré comme une « résistance »). Deuxièmement, les clients choisissent plus souvent de répéter ce qui a déjà fonctionné pour eux (une solution passée) ou quelque chose qu'ils veulent vraiment faire. Dans les deux cas, la tâche sera davantage relié à leurs propres objectifs et solutions. Troisièmement, lorsqu'un client ou une cliente identifie lui-même ou elle-même son exercice, cela réduit la tendance naturelle des clients à « résister » à une intervention externe, bien que celle-ci soit inspirée d'une bonne intention. La TBOS ne se concentrant pas sur la résistance (en fait, elle voit ce phénomène comme étant un processus naturel de protection que les gens utilisent pour avancer lentement et prudemment dans le changement plutôt qu'une preuve de psychopathologie), lorsque le client initie ses propres tâches, il y a une plus grande probabilité de succès.

| | |
|---------------------|--|
| Thérapeute : | Avant de terminer aujourd'hui, j'aimerais que vous deux pensiez à un exercice. Si vous deviez vous donner un exercice cette semaine, quel serait-il? |
| Fille : | Peut-être que nous parlions plus? |
| Thérapeute : | Pouvez-vous m'en dire davantage? |
| Fille : | Eh bien, que j'essaie de lui parler davantage lorsque je rentre de l'école et qu'elle arrête ce qu'elle fait et écoute. |

| | |
|---------------------|---|
| Thérapeute : | J'aime cela. Vous savez pourquoi? Parce que c'est ce que vous avez toutes les deux commencé à faire la semaine dernière. Maman, qu'en pensez-vous? Est-ce un bon exercice? |
| Mère : | Ouais, c'est bon. |
| Thérapeute : | Donc, précisons. Anita va essayer de vous parler davantage lorsqu'elle rentre de l'école. Puis vous arrêterez ce que vous faites, si vous le pouvez, l'écoutez et discuterez avec elle de ce dont elle vous parle. Rien d'autre? Quelque chose à ajouter? |
| Mère : | Non, c'est bon. J'ai juste besoin d'arrêter ce que je fais. Je crois qu'il est important de l'écouter. |
| Thérapeute : | Eh bien, cela a semblé bien fonctionner pour vous deux la semaine dernière. OK, donc c'est l'exercice. Nous allons voir comment ça s'est passé la prochaine fois. |

Quelques points devraient être soulignés ici : d'abord, la mère et la fille ont été invitées à faire leur propre exercice plutôt que d'en avoir un qui leur soit imposé par la thérapeute. Deuxièmement, ce qu'elles se sont assigné découlait naturellement de leurs solutions et leurs exceptions de la semaine précédente. Ceci est très commun et est encouragé par les thérapeutes de la TBOS. Cependant, même si le client suggère un exercice qui n'était pas basé sur des solutions ou exceptions au problème, le thérapeute l'appuierait fort probablement. Ce qui est primordial, c'est que les exercices proviennent du client.

Dans les cas où le client n'a pas été capable de créer un objectif clair, le thérapeute peut proposer qu'il pense à la façon dont il veut que les choses soient, par exemple, en formulant la tâche de la première session (FTPS); de Shazer, 1992, 1994).

Les idées du thérapeute quant à ce qui pourrait être utile pour le client d'observer peuvent être (et seront souvent) transmises au cours de la conclusion de la session. Elles auront quelque chose à voir avec ce que le client a décrit dans le miracle. La forme générique de la FTPS est la suivante : « Jusqu'à notre prochaine rencontre, remarquez ce qui se passe dans votre vie qui se rapproche de ce que vous souhaitez ».

Donc, qu'est-ce qui s'est amélioré, même un petit peu, depuis notre dernière rencontre?

Au début de chaque séance suivant la première, le thérapeute s'informe habituellement du progrès, de ce qui s'est amélioré durant l'intervalle. De nombreux clients signaleront qu'il y a eu des améliorations notables. Le thérapeute demandera au client de décrire ces changements de manière aussi détaillée que possible. Certains clients rapporteront les choses qui sont

demeurées stables ou se sont empirées. Cela amènera le thérapeute à explorer la façon dont le client a maintenu les choses telles quelles sans qu'elles se détériorent ; ou, s'il y a eu détérioration, ce que le client a fait pour empêcher que les choses soient bien pire. Peu importe ce que le client ait fait pour empêcher que les choses ne s'aggravent peut devenir l'objet et la source de compliments. Ce qu'il a fait peut aussi devenir le prochain exercice puisqu'il devrait continuer de faire ce qui marche. Au cours de la séance, habituellement après qu'il y ait eu beaucoup de discussion à propos de ce qui s'est amélioré, le thérapeute demandera au client comment il s'évaluerait maintenant sur l'échelle de progrès (vers une solution). Bien sûr, lorsque l'évaluation est plus élevée que la session précédente, le thérapeute complimentera le progrès et aidera le client à trouver comment il maintiendra l'amélioration.

À un certain moment au cours de la séance, peut-être au début ou plus tard au cours de la session, le thérapeute vérifiera, fréquemment indirectement, comment a été l'exercice. Si le client a fait l'exercice et qu'il a « fonctionné », c'est-à-dire, qu'il les a aidés à se rapprocher de son avenir préféré, le thérapeute va complimenter le client. S'il n'a pas fait son exercice, le thérapeute laisse tomber ou demande ce que le client a fait plutôt que ce qui s'est amélioré.

Une différence entre la TBOS et d'autres modèles utilisant des exercices, tels que la thérapie cognitivo-comportementale, est que l'exercice lui-même n'est pas requis pour un changement en soi. Alors, lorsqu'il n'a pas été fait, on n'en discute pas. Si le client n'a pas fait un exercice, on suppose qu'il y avait une bonne raison telle que : *a)* quelque chose de réaliste a interféré avec son achèvement, comme le travail ou la maladie; *b)* le client n'a pas considéré l'exercice utile ou *c)* ce n'était pas fondamentalement pertinent durant l'intervalle entre les sessions. De toute façon, il n'y a pas de faute attribuée. Si le client a fait l'exercice, mais que les choses ne se sont pas améliorées ou se sont empirées, le thérapeute gère cela de la même manière qu'il ou elle le ferait lorsque les problèmes restent les mêmes ou ont empiré en général.

LA COMPATIBILITÉ AVEC LES AUTRES TYPES DE THÉRAPIES

Les questions et les interventions de la TBOS peuvent être facilement utilisées en complément à d'autres thérapies. L'un des principes originaux et centraux de la TBOS, « Si quelque chose fonctionne, faites-le davantage », suggère que les thérapeutes devraient encourager leurs clients à continuer avec d'autres thérapies et approches qui leur sont utiles. Par exemple, les clients sont encouragés à *a)* continuer de prendre les médicaments prescrits utiles, *b)* *demeurer* dans des groupes d'entraide si cela les aide à atteindre leurs objectifs ou *c)* commencer ou continuer la thérapie familiale. Enfin, c'est une fausse idée que la TBOS est philosophiquement opposée aux traitements

traditionnels de toxicomanie. Tout le contraire est vrai. Si le client suit un traitement traditionnel ou qu'il en a suivi un dans le passé et que cela l'a aidé, il est encouragé à continuer de faire ce qui fonctionne. Ainsi, la TBOS pourrait être utilisée comme un ajout ou comme une composante d'un programme de traitement complet.

LES POPULATIONS CIBLÉES

Il a été découvert que la TBOS est cliniquement utile dans les programmes de traitement pour les adolescents et les adultes en clinique externe aux États-Unis (Pichot & Dolan, 2003) et en tant que complément au traitement plus intensif en milieu hospitalier en Europe. La TBOS est utilisée pour traiter l'ensemble de l'étendue des troubles cliniques et est également utilisée dans les milieux éducatifs et professionnels. Une méta-analyse et des revues systématiques des études expérimentales et quasi-expérimentales indiquent que la TBOS est une intervention prometteuse pour les jeunes et les adultes souffrant de troubles internalisés et de problèmes de comportementaux. La TBOS a également été fréquemment utilisée avec les problèmes scolaires et académiques, démontrant des tailles d'effet moyennes à élevées (Gingerich & Peterson, 2013; Kim, 2013; Kim & Frankin, 2008).

RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Bien que la TBOS soit utile en tant que mode de traitement de première ou deuxième ligne pour les individus en suivi externe, ceux ayant de graves problèmes psychiatriques, des problèmes médicaux sévères ou des situations de vie instables auront fort probablement besoin de services médicaux, psychologiques et sociaux supplémentaires. Dans ces situations, la TBOS peut faire partie d'un programme plus élaboré de traitement. L'analyse de modération de la méta-analyse de Stam et al. (2006) a révélé que la TBOS avait un effet statistiquement significatif lorsque comparée aux clients qui n'avaient pas reçu de traitement ($d = 0,57$, $p < 0,01$) bien que cet effet n'ait pas été plus grand que celui de ceux qui ont reçu le traitement habituel. Les clients résidant dans les institutions, y compris les délinquants et les patients atteints de schizophrénie, ont bénéficié davantage de la TBOS ($d = 0,60$) que les clients non-résidents tels que les familles/les couples ($d = 0,40$) et les étudiants ($d = 0,21$). Deux revues de la littérature suggèrent que la TBOS est efficace avec les troubles internalisés tels que la dépression (Kim, 2008; Gingerich, 2013).

La TBOS est utilisée dans les milieux cliniques et non-cliniques dans le monde entier. Cependant, la recherche est limitée quant à l'efficacité de la TBOS avec les minorités ethniques, en particulier aux États-Unis. Cependant, il est intéressant de noter qu'il y a une quantité importante de recherches internationales portant sur l'efficacité de la TBOS avec la population d'Europe, de la Chine continentale, de Taiwan, d'Hong Kong et du Japon (Franklin & Montgomery, 2013). Kim (2013) a édité un livre de pratique clinique sur l'application de la thérapie brève orientée vers les solutions avec des clients appartenant à une minorité ethnique et l'article de Corcoran (2000) fournit un cadre conceptuel pour aider à comprendre comment la TBOS peut être efficace avec les clients des minorités ethniques. En ce qui concerne l'examen des populations de groupe de minorité ethnique qui ont été exposées à la TBOS, Franklin et Montgomery (2013) fournissent une analyse des caractéristiques démographiques des groupes ethniques des différentes études d'efficacité. Les résultats démontrent que la plupart des gens qui ont reçu la TBOS étaient caucasiens (71,7%), suivi par les Afro-américains (12,3%) et les Hispaniques (12,3%). Il est intéressant de noter que ces pourcentages sont semblables aux proportions observées dans la population des États-Unis (É.-U.), qui est importante puisque la plupart des études examinées ont été menées aux États-Unis.

LES EXIGENCES ET LES CARACTÉRISTIQUES DU THÉRAPEUTE

Les thérapeutes doivent posséder la formation requise et la certification d'une discipline de la santé mentale ainsi qu'une formation spécialisée en TBOS. Le thérapeute idéal de la TBOS posséderait : *a)* un minimum d'un diplôme de maîtrise dans une discipline de conseil telle que le counseling, le travail social, la thérapie conjugale ou familiale, la psychologie ou la psychiatrie; *b)* la formation et la supervision formelles en thérapie brève orientée vers les solutions, que ce soit par des cours universitaires ou une série d'ateliers et d'expériences de formation ainsi que de la supervision en milieu de travail. Les thérapeutes qui semblent adopter et exceller en tant que thérapeutes orientés vers les solutions possèdent ces caractéristiques : ils sont : *a)* chaleureux et aimables; *b)* naturellement positifs et soutenant (on leur a souvent dit qu'ils « voient le bon côté des gens »); *c)* ouverts d'esprit et flexibles par rapport aux nouvelles idées; *d)* d'excellents écoutants, en particulier, ils ont la capacité d'entendre les solutions passées des clients empêtrés dans la « discussion de problème » et *e)* tenaces et patients.

LA FORMATION DU THÉRAPEUTE

Les thérapeutes qui répondent aux exigences ci-dessus devraient recevoir une formation et une supervision formelles en TBOS. Un bref aperçu d'un tel programme de formation comprendrait :

- 1) L'histoire et la philosophie de la TBOS ;
- 2) Les principes de base de la TBOS ;
- 3) Le format et la structure d'une session de TBOS ;
- 4) Des exemples de vidéos de « Maîtres » de la TBOS ;
- 5) Le format de la TBOS ;
- 6) Des exemples de vidéo de la TBOS ;
- 7) Des jeux de rôles ;
- 8) De la pratique filmée avec rétroaction ;
- 9) De la formation filmée avec rétroaction.

On peut considérer que les thérapeutes sont formés quand ils obtiennent 85% à l'évaluation normalisée des compétences. Il devrait également y avoir des évaluations subjectives par les formateurs quant à la capacité globale des thérapeutes de travailler de façon compétente et fidèle de thérapie orientée vers les solutions.

LA SUPERVISION

Les thérapeutes de la TBOS devraient être supervisés en direct chaque fois que possible. L'un des problèmes les plus courants est que le thérapeute retombe dans la « discussion du problème ». Il est beaucoup mieux pour le thérapeute en formation de recevoir une rétroaction simultanée, par un appel téléphonique par exemple, de sorte que cela puisse être corrigé immédiatement. La « discussion de solution » est beaucoup plus susceptible de devenir naturelle et d'être intégrée par les thérapeutes lorsqu'ils reçoivent de la rétroaction immédiate, surtout au début de la formation. L'autre avantage de vivre la supervision en direct, bien sûr, est qu'il y a une deuxième série de « regards cliniques » qui profitera également aux clients, notamment avec les cas plus difficiles. Lorsque la supervision en direct n'est pas possible, alors la supervision à l'aide de la bande vidéo est la meilleure alternative, car le mouvement et le langage corporel du groupe sont pertinents pour la rétroaction que le superviseur voudra donner au thérapeute. Les échelles d'adhésion et de compétence devraient être utilisées en complément à la supervision, qui devrait être

consacrée à équilibrer la quantité (adhésion) et la qualité (compétence) des interventions et à permettre une correction plus rapide.

LES COLLABORATEURS

Janet Bavelas

Peter De Jong

Cynthia Franklin

Adam Froerer

Wallace Gingerich

Johnny Kim

Harry Korman

Stephen Langer

Mo Yee Lee

Eric E. McCollum

Sara Smock Jordan

Terry S. Trepper

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, J. F., Piercy, F. P., & Jurich, J. A. (1991). Effects of solution-focused therapy's "formula first session task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 277-290.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). London: Sage.
- Bavelas, J. B. (2012). Connecting the lab to the therapy room: Microanalysis, co-construction, and solution focused brief therapy. In C. Franklin, T. Trepper, W. Gingerich, & E. McCollum (Eds.), *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (pp. 144-162). New York: Oxford University Press.
- Bavelas, J. B., De Jong, P., Korman, H., & Smock Jordan, S. (2012). Beyond back- channels: A three-step model of grounding in face-to-face dialogue. Proceedings of the Interdisciplinary Workshop on Feedback Behaviors in Dialog, International Speech Communication Association. (<http://www.cs.utep.edu/feedback/proceedings/full-proceedings.pdf>).
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B. & Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, 11, 47-66.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I. K., & Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: Norton.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-oriented approach*. New York: Norton.
- Berger, P. L. and T. Luckmann (1966), *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (1997). The use and development of treatment manuals. In K. M. Carroll (Ed.), *Improving compliance with alcoholism treatment* (pp. 53-72). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Clark, H. H., & Fox Tree, J. E. (2002). Using uh and um in spontaneous speaking. *Cognition*, 84, 73-111.
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1987). Collaborating on contributions to conversations. *Language and Cognitive Processes*, 2, 19-41.
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1989). Contributing to discourse. *Cognitive Science*, 3, 259-294.
- Cockburn, J.T., Thomas, F.N., & Cockburn, O.J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 97-106.

- Corcoran, J. (2000). Solution-focused family therapy with ethnic minority clients. *Crisis Intervention, 6*, 5-12.
- Corcoran, J. (2006). A comparison group study of solution-focused therapy versus "treatment-as-usual" for behavior problems in children. *Journal of Social Service Research, 33*, 69-81.
- De Jong, P., Bavelas, J. B., and Korman, H. (sous presse). Using microanalysis to observe co-construction in psychotherapy.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2008). *Interviewing for solutions* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for solutions* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W.W. Norton.
- de Shazer, S. (1992). *Patterns of brief family therapy*. New York: Guilford.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: W. W. Norton.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process, 25* (2), 207-221.
- de Shazer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (2007), *More than miracles: The state of the art of solution focused therapy*. New York: Haworth Press.
- Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H., & Swanson, M. (1997). Family centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. *Journal of Family Therapy, 19*, 145-158.
- Epston, D., & White, M. (1992). Experience, contradiction, narrative and imagination. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Franklin, C., Streeter, C. L., Kim, J. S., & Tripodi, S. (2007). The effectiveness of solution-focused, public alternative school for dropout prevention and retrieval. *Children & Schools, 29*, 133-144.
- Franklin, C., Moore, K., & Hopson, L. (2008). Effectiveness of solution-focused brief therapy in a school setting. *Children & Schools, 30*, 15-26.
- Franklin, C. Trepper, T.S., Gingerich, W. & McCollum, E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence based practice*. New York: Oxford University Press.
- Franklin, C., & Montgomery, K.L. (2013). Does solution-focused brief therapy work? In J.S. Kim (Ed.), *Solution-focused brief therapy: A multicultural approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fraser, M.W., Richman, J.M., Galinsky, M.J., & Day, S.H. (2009). *Intervention research: Developing social programs*. New York: Oxford University Press.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*, New York: Norton.
- Froerer, A. (2009). *Microanalysis of Solution-Focused Brief Therapy Formulations*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Tech University.
- Froerer, A., & Smock Jordan, S. A. (In press). Microanalysis of the content of solution- focused brief therapy formulations.

- Froeschle, J.G., Smith, R.L., & Ricard, R. (2007). The efficacy of a systematic substance abuse program for adolescent females. *Professional School Counseling, 10*, 498-505.
- Garfinkel, H., & Sacks, H. (1970). On formal structure of practical actions. In J. C. McKinney & E. A. Tiryakian (Eds.), *Theoretical sociology. Perspectives and Developments* (pp. 337-366). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Gergen, Kenneth J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. New York: Oxford University Press.
- Gingerich, W. J. & Peterson, L.T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice, 23*(3) 266-283.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Healing, S., & Bavelas, J. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment. *Journal of Systemic Therapies, 30* (4), 30-47.
- Heritage, J. C., & Watson, D. R. (1979). Formulations as conversational objects. In G. Psathas (Ed.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology* (pp. 123-162). New York: Irvington.
- Ingersoll-Dayton, B., Schroepfer, T. & Pryce, J. (1999). The effectiveness of a solution- focused approach for problem behaviors among nursing home residents. *Journal of Gerontological Social Work, 32*, 49-64.
- Kendon, A. (1970). Movement coordination in social interaction: Some examples described. *Acta Psychologica, 32*, 100-125.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 18* (2), 107-116.
- Kim, J. S. (2013). *Solution-Focused Brief Therapy: A Multicultural Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kim, J. S, & Franklin, C. (2008). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review, 31*(4), 464-470.
- Kim, J. S., Smock, S. A., Trepper, T. S., McCollum, E. E., Franklin, C. (2010). Is solution-focused brief therapy evidence-based? *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Sciences, 91*, 300-306.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Valikoski, M., Virtala, E., ... & the Kelsinki Psychotherapy Study Group. (2008a). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine, 38*, 689-703.
- Korman, H., Bavelas, J., & De Jong, P. (sous presse). Microanalysis of formulations in solution focused brief therapy, cognitive behavioral therapy, and motivational interviewing.
- LaFountain, R.M. & Garner, N.E. (1996). Solution-focused counseling groups: The results are in. *Journal for Specialists in Group Work, 21*, 128-143.
- Lambert, M.J., Okiishi, J.C., Finch, A.E., & Johnson, L.D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(1), 63-70.

- Lee, M. Y. (2013). Solution-focused therapy. In Franklin, C. (Ed), *The 23rd Encyclopedia of Social Work*. New York: Oxford University Press.
- Lee, M. Y., Sebold, J., Uken, A. (2003). *Solution-focused treatment with domestic violence offenders: Accountability for change*. New York: Oxford University Press.
- Lee, M. Y., Uken, A., Sebold, J. (2007). Role of Self-Determined Goals in Predicting Recidivism in Domestic Violence Offenders. *Research on Social Work Practice*, 17, 30-41.
- Lindfors, & L., Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89-103.
- Lipchik, E., Derks, J., LaCourt, M., Nunnally, E. (2012). In C. Franklin, T. Trepper, W. Gingerich, & E. McCollum (Eds.), *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- McGee, D. (1999). Constructive questions. How do therapeutic questions work? Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, University of Victoria, Victoria, B.C., Canada. Available at <http://www.talkworks.ca/CQ.pdf>.
- McGee, D. R., Del Vento, A., & Bavelas, J. B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.
- McKeel, J. (2012). What works in solution-focused brief therapy: A review of change process Research. In C. Franklin, T. Trepper, W.J. Gingerich & E. McCollum (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice* (p.p. 130-143). New York: Oxford University Press.
- McKergow, M. & Korman, H. (2009). Inbetween – neither inside nor outside. *Journal of Systemic Therapies*, 28 (2), 34 – 49.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (Eds.). (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Miller, G. (2004). *Becoming miracle workers: Language and meaning in brief therapy*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1994). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (NIH Publication No. 94-3723). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Newsome, S. (2004). Solution-focused brief therapy (SFBT) groupwork with at-risk junior high school students: Enhancing the bottom-line. *Research on Social Work Practice*, 14, 336-343.
- Phillips, B. (1998). *Formulation and reformulation in mediation and therapy*. Unpublished master's thesis, Department of Psychology, University of Victoria, Victoria B.C., Canada.
- Phillips, B. (1999). Reformulating dispute narratives through active listening. *Mediation Quarterly*, 17, 161-180.

- Pichot, T., & Dolan, Y. (2003). *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*. New York: Haworth.
- Nock, M. K. (2007). Conceptual and design essentials for evaluating mechanisms of clinical change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 4S-12S.
- Schober, M. F., & Clark, H. H. (1989). Understanding by addressees and overhearers. *Cognitive Psychology*, 21, 211-232.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing circularity—and neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 73-85.
- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wechtler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal for Child and Adolescent Social Work*, 17, 431-442.
- Smock Jordan, S. A., Froerer, A., & Bavelas, J. (sous presse). Microanalysis of positive and negative content in SFBT and CBT expert sessions.
- Springer, D.W., Lynch, C., & Rubin, A. (2000). Effects of a solution-focused mutual aid group for Hispanic children of incarcerated parents. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 17, 431-432.
- Stams, G.J.J.M., Dekovic, M., & Buist, K., & De Vries, L. (2006) Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse (Efficacy of solution focused brief therapy: A meta-analysis). *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 39, 81-94.
- Tomori, C. (2004). *A microanalysis of communication in psychotherapy: Lexical choice and therapy direction*. Unpublished honours thesis, Department of Psychology, University of Victoria, Victoria, B.C., Canada.
- Tomori, C. & Bavelas, J. B. (2007). Using microanalysis of communication to compare solution-focused and client-centered therapies. *Journal of Family Psychotherapy*, 18, 25-43.
- Vandebos, G. R. (Ed.). (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington D C: American Psychological Association.
- van Dijk, T. A. (1983). Principles of critical discourse analysis. *Discourse and Society*, 4, 249-283.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S., & Gingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 359-363.
- Zimmerman, T.S., Prest, L.A., & Wetzal, B.E. (1997). Solution-focused couples therapy groups: An empirical study. *Journal of Family Therapy*, 19, 125-144.

ANNEXE I

LES EXEMPLES DE DEVIS DE RECHERCHE EXPÉRIMENTAUX ET QUASI EXPÉRIMENTAUX³

| Auteur | Population | Taille de l'échantillon | Contexte | Instruments de mesure | Résultats |
|---|----------------------------------|-------------------------|------------------------------|---|---|
| Cockburn, et al. (1997) | Patients orthopédiques | 48 | Programme de réadaptation | <i>F-COPES</i> et <i>PAIS-SR</i> | Différence significative entre la thérapie traditionnelle et la TBOS aux deux mesures. |
| Corcoran (2006) | Élèves âgées de 5 à 17 ans | 86 | École | <i>Conners' Parent Rating Scale; Feelings, Attitudes, & Behaviors Scale for Children</i> | Alors que chacun des groupes, expérimental et de contrôle, se sont améliorés au post-test, aucune différence significative n'a été découverte entre les groupes aux deux mesures. |
| Eakes (1997) | Familles | 10 | Clinique de santé mentale | <i>Family environment scale</i> | Différence significative entre les groupes sur quatre des onze dimensions de l'échelle. |
| Franklin, Moore, & Hopson (2008) | Élèves du secondaire (1er cycle) | 59 | École secondaire (1er cycle) | <i>Child Behavior Checklist (CBCL)-Youth Self Report Form-Internalizing & CBCL Externalizing; Teacher's Report Form-Internalizing & Externalizing Score</i> | Les résultats du groupe de la TBOS ont diminué au-dessous du niveau clinique au post-test et sont demeurés stables au suivi tandis que les scores <i>Internalization</i> et <i>Externalization</i> du <i>Teacher Report Form</i> du groupe de contrôle ont peu changé. Aucune différence entre les groupes au score <i>Internalizing</i> du <i>Youth Self-Report Form</i> . |

³ N. D. T. : Pour rester fidèle aux échelles et aux tests utilisés, leurs noms n'ont pas été traduits.

| | | | | | |
|--|-------------------------------|----|------------------------------|---|---|
| Franklin, Streeter, Kim et Tripodi (2007) | Élèves à risque du secondaire | 85 | Écoles secondaires | Crédits obtenus et présence | <p>L'échantillon de la TBOS avait une proportion moyenne de crédits tentés à crédits acquis significativement plus élevée que l'échantillon de contrôle. Une diminution de la présence moyenne par semestre a été observée pour les deux groupes, cependant, le groupe de contrôle a montré une proportion plus élevée de jours de présence à école sur le nombre de jours pour le semestre. Les taux d'obtention du diplôme ont aussi favorisé le groupe de contrôle (90% pour 62%).</p> |
| Froeschle, Smith. & Ricard (2007) | Filles de deuxième secondaire | 65 | École secondaire (1er cycle) | <i>American Drug & Alcohol Survey; Substance Abuse Subtle Screening Inventory Adolescent-2; Knowledge exam on physical symptoms of drug use; Piers-Harris Children's Self-Concept Scale-2; Home & Community Social Behavior Scales; School Social Behavior Scales 2nd ed; Referrals; Grade Point Average</i> | <p>Des différences statistiquement significatives ont été découvertes en faveur du groupe de la TBOS quant à l'utilisation de drogue, l'attitude envers les drogues, la connaissance des symptômes physiques d'utilisation de drogue et les scores de comportements efficaces tel qu'observé tant par les parents que les professeurs. Aucune différence de groupe n'a été trouvée quant à l'estime de soi, les comportements négatifs tels que mesurés par les références au bureau et les moyennes des notes.</p> |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|-----|--------------------------------|---|---|
| Ingersoll-Dayton (1999) | Personnes âgées | 21 | Résidence pour personnes âgées | <i>Modified Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment</i> | Les membres de la famille et les infirmières auxiliaires ont rapporté une diminution des comportements problématiques (l'errance et l'agression parmi les résidents) tant en sévérité qu'en fréquence. Les membres de la famille perçoivent ces comportements comme étant moins problématique que les aides-infirmières. |
| La Fountain (1996) | Enfants de l'école primaire et secondaire | 311 | École primaire et secondaire | <i>Index of Personality Character</i> | Des différences inter-groupe modestes, mais statistiquement significatives ont été découvertes sur trois sous-échelles de l'IPC : <i>Nonacademic</i> , <i>Perception of Self</i> et <i>Acting In</i> . Les différences suggèrent que les étudiants dans le groupe de la TBOS avaient une estime de soi plus élevée dans les domaines non-académiques, des attitudes et des sentiments plus positifs à propos d'eux-mêmes et des façons de faire face aux émotions plus appropriées. |
| Lambert (1998) | Couples adultes | 72 | Pratique privée | <i>Outcome questionnaire</i> | 36% des 22 patients de la TBOS dont le résultat initial au <i>Outcome Questionnaire</i> (OQ-45) était au-dessus de 63 se sont rétablis après deux sessions de TBOS et 46% se sont rétablis après sept sessions. (Le rétablissement était défini comme un changement fiable et |

| | | | | | |
|---|--|----|---------------------------------|--|---|
| | | | | | était au-dessus du seuil clinique.) En comparaison, 2% des patients du groupe de contrôle se sont rétablis après deux sessions de traitement éclectique sans limite de temps et 18% après sept sessions. |
| Lindforss & Magnuson (1997) | Population criminelle adulte | 60 | Prisons suédoises | Récidivisme | Au 12 ^e et au 16 ^e mois, on a observé moins de récidive et de crimes graves pour le groupe de la TBOS. |
| Newsome (2004) | Élèves du secondaire (1er cycle) | 52 | École secondaire (1er cycle) | Notes et présence | Des résultats statistiquement significatifs ont été observés : les scores moyens des notes des élèves du groupe de la TBOS ont augmenté alors que les notes du groupe de contrôle ont diminué. Aucune différence quant aux mesures de présence. |
| Springer, Lynch, & Rubin (2000) | Élèves du primaire | 10 | École primaire | <i>Hare Self-Esteem Scale</i> | Une augmentation statistiquement significative au <i>Hare Self-Esteem Scale</i> a été observée pour le groupe de la TBOS; les scores du groupe de contrôle sont demeurés les mêmes du prétest au post-test. Cependant, sur l'échelle d'estime de soi, aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes à la fin de l'étude. |
| Smock, Trepper, Wetchler, McCollum, Ray, & Pierce (2008) | Clients souffrant de toxicomanie du niveau 1 | 38 | Clinique externe de toxicomanie | <i>Beck Depression Inventory; Outcome Questionnaire 45.2</i> | Le groupe de la TBOS a démontré une amélioration statistiquement significative aux deux mesures, avec une |

| | | | | | |
|---|---|------------|---------------------------------------|---|---|
| | | | | | <p>taille d'effet de 0,64 pour le BDI et 0,61 pour la sous-échelle <i>Symptom Distress</i> de l'OO-45. Une tendance positive aux deux mesures a été observée pour le groupe de contrôle Hazelden, mais les changements n'étaient pas significatifs. Le groupe de la TBOS avait des scores plus élevés aux deux mesures au pré-test, mais les scores aux deux tests étaient sensiblement les mêmes au post-test; les différences inter-groupes au post-test n'ont donc pas atteint le seuil de signification statistique. Les deux groupes étaient dans l'étendue normale de l'OO-45 tant au pré-test qu'au post-test.</p> |
| <p>Knekt, Lindfors, Härkänen et al. (2008)</p> | <p>Adultes avec des troubles anxieux et de l'humeur</p> | <p>326</p> | <p>Clinique psychiatrique externe</p> | <p><i>Beck Depression Inventory; Hamilton Depression Rating Scale; Symptom Check List Anxiety Scale; Hamilton Anxiety Rating Scale; Work Ability Index; Sous-échelle du travail du Social Adjustment Scale; Perceived psychological Functioning Scale;</i> prévalence</p> | <p>Une réduction des symptômes statistiquement significative a été observée pour l'ensemble des quatre mesures de santé mentale et la capacité des travailleurs au cours d'une période de trois ans pour les patients des trois groupes de traitement. La TBOS et la SPP ont produit des résultats plus rapidement (c'est-à-dire, pendant la première année) que la LPP, mais la LPP a rattrapé la TBOS et la SPP pendant la deuxième année et les a excédés à la</p> |

| | | | | | |
|--|---------|----|---|--|---|
| | | | | des patients qui travaillent ou étudient; nombre de jours de congé de maladie. | troisième année. Au suivi réalisé après trois ans, aucune différence n'a été observée entre les groupes des trois thérapies quant à la prévalence des individus au travail ou aux études ou quant au nombre de jours de congé de maladie. |
| Zimmerman, Prest et Wetzel (1997) | Couples | 36 | <i>Marriage & Family Therapy Clinic</i> | <i>Marital status inventory and Dyadic Adjustment Scale</i> | Différence significative entre les groupes après le traitement. |

ANNEXE II

La microanalyse des sessions de la TBOS:

Il y a un nombre croissant de recherches récentes sur la microanalyse du dialogue thérapeutique. Ces recherches rendent le processus de co-construction de plus en plus observable. La microanalyse est une méthode de recherche développée pour la recherche expérimentale impliquant « l'examen attentif conversations (psychothérapie réelle), moment après moment, énoncé par énoncé » (Bavelas, McGee, Phillips & Routledge, 2000, p. 47). Cette recherche offre une description claire et détaillée de ce qui se passe lorsque le thérapeute de la TBOS écoute, sélectionne et invite le client à construire une solution. Ceci permet d'illustrer comment le praticien et le client coopèrent pour développer un sens ou une compréhension nouvelle, coconstruit à travers une séquence d'interactions. Dans les sections suivantes, l'écoute, la sélection et la construction de la TBOS seront décrites avec plus de détails et avec plus de précision en utilisant la terminologie et les conclusions des domaines de recherches tels que la psycholinguistique et l'analyse du discours. Tout au long du texte, les différences documentées entre la TBOS et d'autres thérapies seront présentées.

Le choix lexical :

Comme mentionné ci-dessus, les thérapeutes orientés vers les solutions sélectionnent avec soin les mots qu'ils utilisent dans leurs reformulations, leurs résumés et leurs questions. Cette sélection délibérée de mots et d'expressions qui peuvent avoir un effet sur le destinataire est appelée le *choix lexical* (par exemple, van Dijk, 1983). D'une manière générale, toutes les microanalyses des sessions de la TBOS impliquent l'attention aux choix lexicaux des thérapeutes, mais une étude récente de Smock Jordan et al., (sous presse) a fait du choix de mots et des expressions des thérapeutes et des clients l'objet direct de leur intérêt.

S'appuyant sur le travail de Tomori (2004; Tomori et Bavelas, 2007), Smock Jordan et al. (sous presse) ont émis l'hypothèse que les choix lexicaux des thérapeutes de la TBOS et de la TCC différaient quant à l'utilisation du contenu principalement *positif* ou *négatif*. Pour illustrer le contenu positif et négatif, nous pouvons revenir au dialogue entre Korman et la jeune mère présenté aux pages 6 à 8. Au n° 1, le thérapeute demandait : « Qu'est-ce qui devra se produire comme résultat au fait d'être [geste vers elle] venue ici aujourd'hui (cet après-midi, demain et après-demain) pour que vous sentiez que cela a été utile de, d'être ici? » Cette question est un exemple de contenu positif, car elle visait à recueillir de l'information à propos de ce que la cliente voulait voir se produire à l'avenir. D'autres types de contenu positif comprennent les énoncés ou les questions sur :

- Les solutions
- Les ressources
- L'engagement envers le changement
- Les exceptions aux problèmes (par exemple, les succès passés)
- Les événements positifs dans la vie d'une personne (par exemple, le soutien des autres, un bon emploi)
- Parler de la destination (d'où il ou elle veut être)
- Spécifier ce qui sera utile
- La confiance
- L'initiative
- Les points forts ou les capacités
- La démonstration d'optimisme, d'espoir à propos de leur situation
- Noter que quelque chose s'est bien passé
- Détails d'un avenir préféré

Un exemple de contenu négatif est survenu au n° 16 dans le dialogue où la cliente dit : « Je suis en train de traverser un divorce. » Cette phrase est négative parce qu'elle mentionne un processus désagréable. D'autres types de contenu négatif comprennent des énoncés ou des questions sur :

- Des problèmes, des faiblesses ou des plaintes
- Le manque de ressources, financières ou personnelles comprises
- Se sentir hors de contrôle
- Manquer de confiance
- Manquer d'engagement; l'inertie
- L'impuissance
- La généralisation du problème, ne voir aucune exception
- Une mauvaise situation (par exemple, d'autres personnes, manque d'argent)
- L'échec ou la peur de l'échec
- L'incapacité d'entrevoir une solution
- Le pessimisme, le manque d'espoir, le désespoir
- Les émotions négatives (par exemple, la peur, l'anxiété, la dépression et la culpabilité)
- Le degré de difficulté du problème

Smock Jordan et al. (sous presse) ont analysé le contenu positif et négatif des thérapeutes et des clients dans trois sessions de TBOS et trois sessions de TCC menées par des experts dans chaque approche. Des différences significatives ont été observées quant à leurs choix lexicaux. Les thérapeutes de la TBOS étant plus susceptibles d'utiliser le contenu positif et les thérapeutes de la TCC plus susceptibles d'utiliser le contenu négatif. Ils ont également constaté que le choix lexical du thérapeute affectait significativement la réponse subséquente du client, les choix lexicaux positifs des thérapeutes menant à des réponses positives de la part du client et les choix lexicaux négatifs des thérapeutes menant à des réponses négatives de la part du client.

L'établissement du rapport :

Afin de comprendre comment les thérapeutes de la TBOS et leurs clients coopèrent pour créer ou coconstruire de nouvelles compréhensions et possibilités de solution, il est nécessaire de comprendre le processus conversationnel fondamental que les psycholinguistes appellent : *établissement du rapport*. Clark et ses collègues (par exemple, 1996; Clark & Schaefer, 1987, 1989; Schober & Clark, 1989) proposent que « comprendre » n'est pas un processus individuel dans l'esprit des participants. C'est une collaboration entre une personne qui est l'émetteur à un moment particulier et le récepteur (c'est-à-dire la personne à qui on s'adresse). Dans tout dialogue naturel, les émetteurs et leurs récepteurs vont au-delà... des actions autonomes et collaborent l'un avec l'autre, moment après moment, pour tenter de s'assurer que ce qui est dit est aussi ce qui est compris (Schober & Clark, 1989, p. 211).

Notez que le processus d'établissement du rapport n'est pas seulement un résumé ou un accord explicite occasionnel. C'est un micro-processus qu'on retrouve dans chaque séquence moment par moment, les séquences de communication que les participants créent continuellement. En effet, Clark et Schaefer (1987, 1989) ont proposé que cela est le format de base dans lequel les participants contribuent à leur dialogue. Nous proposons qu'avec chaque séquence d'établissement du rapport, les personnes qui participent à une dialogue coconstruisent (et s'alignent sur) une version partagée de tout ce dont ils parlent, que ce soit anodin ou important.

Les chercheurs de la TBOS (Bavelas, De Jong, Korman, & Smock Jordan, 2012; De Jong, Bavelas, & Korman, sous presse) ont modifié le modèle à deux étapes de Clark et Schaefer (1987, 1989) pour préciser une séquence en trois étapes entre l'émetteur et le récepteur :

- 1) *L'émetteur présente quelques informations*. Par exemple, la cliente dit : « Je suis en train de traverser un divorce, alors... »
- 2) *Le récepteur démontre qu'il ou elle a compris ou n'est pas certain*. Par exemple, le thérapeute hoche la tête. (Le thérapeute démontre qu'il a compris.)
- 3) *L'émetteur considère la démonstration de la compréhension du récepteur comme étant correcte ou, dans le cas contraire, indique que c'était ambigu ou incorrect*. Par exemple, la cliente dit : « Je suis certaine que c'est [gestes vers lui avec les deux mains et les met ensuite sur ses cuisses] la majeure partie. » La cliente reconnaît implicitement sa compréhension en réduisant ce qu'elle avait dit à un pronom (« cela ») et en poursuivant sur le sujet.

Chaque séquence d'établissement du rapport achevée met en place une pièce d'information coconstruite (à savoir une compréhension ou un sens) qui devient alors un terrain d'entente. L'implication de ce modèle collaboratif en trois étapes est que chaque participant apporte une preuve de sa compréhension

de l'autre : le destinataire démontre qu'il ou elle comprend et l'émetteur confirme cette compréhension. Petit à petit, ils tissent leur dialogue ensemble.

La micro-nature de l'établissement du rapport peut être observée dans les deux premières séquences du dialogue entre Korman et la jeune mère (dans la transcription ci-dessus). Au n° 1, le thérapeute a posé une question qui est l'étape 1 de la première séquence d'établissement du rapport parce qu'elle introduisait une nouvelle information dans le dialogue : « Alors, hum... Est-ce que ça fonctionne si nous commençons comme ceci, euh [pause]. Qu'est-ce qui devra se produire comme résultat au fait que vous [geste vers elle] venez ici aujourd'hui (cet après-midi, demain et après-demain) pour que vous sentiez que cela a été utile de, d'être ici? » Au n° 2, la cliente a répondu avec hésitation et a dit « Hum » ce qui était l'étape 2 dans cette séquence d'établissement du rapport parce que cela démontrait une compréhension par la cliente qu'on lui avait posé une question. (La recherche par les psycholinguistes Clark et Fox Tree, 2002 a démontré que, en anglais, un « hum » indique un délai dans la parole, dans ce cas, « Je pense à la façon de répondre à votre question. ») Au n° 3 du dialogue, le thérapeute est demeuré silencieux et s'est installé en posture d'écoute, regardant directement la cliente avec une main tenant son menton. Ces gestes du thérapeute *reconnaissaient* la réponse de la cliente au n° 2 comme étant appropriée (ou significative); en s'installant en posture d'écoute, il démontrait aussi qu'il allait attendre la réponse qu'il s'attendait qu'elle construise. C'était ainsi l'étape 3 de la séquence d'établissement du rapport et la complétait. La compréhension ou l'entente que les deux avaient visiblement coconstruite par leur interaction à ce point dans leur dialogue était simplement que le thérapeute avait posé une question à la cliente.

La première étape de la deuxième séquence d'établissement du rapport s'est produite au n° 4 lorsque la cliente *a présenté une nouvelle information* : « Je ne crois pas que je ... » avec un rire, suivi d'un geste vers le thérapeute et d'un léger haussement d'épaules. La deuxième étape était le thérapeute au n° 5 hochant la tête et disant : « C'est une question difficile. », ensuite faisant des gestes et retournant à sa posture d'écoute. Ces mots et ses gestes démontraient sa compréhension qu'elle avait de la difficulté à répondre à la question initiale. La troisième étape de cette deuxième séquence d'établissement du rapport était que la cliente (au n° 6) parlait en même temps que le thérapeute au n° 6 en continuant sa pensée (commencée au n° 4) : « ... ne regarde même pas aussi loin », elle a ensuite baissé les yeux, a dit « Hum » et pris une pause. Ses paroles, ses gestes et sa pause au n° 6 démontraient qu'elle comprenait qu'il avait saisi sa difficulté à lui répondre. Ainsi, l'entente conclue à travers cette deuxième séquence d'établissement du rapport est que la cliente pouvait prendre le temps de répondre à la question posée par le thérapeute.

La démonstration du thérapeute de sa compréhension dans la deuxième séquence d'établissement du rapport était une bonne illustration de la façon dont les séquences d'établissement du rapport en viennent rapidement à se produire en même temps, avec une contribution ayant plus d'une fonction. Lorsque le

thérapeute a dit au n° 5 : « C'est une question difficile », ces mots n'ont pas seulement eu la fonction de démontrer sa compréhension dans la deuxième séquence d'établissement du rapport (tel qu'expliqué ci-dessus); ils ont aussi introduit de l'information nouvelle dans le dialogue, ce qui a été une première étape de la séquence d'établissement du rapport suivante (troisième). De Jong, Bavelas et Korman (sous presse) ont fourni une discussion plus détaillée et plus d'exemples de la façon dont l'établissement du rapport implique souvent des séquences qui se chevauchent rapidement et sont hautement efficaces alors que chaque partie d'information nouvelle est elle-même intégrée. (Ils offrent également des exemples de la façon dont les participants dans une conversation échouent l'établissement du rapport et comment ils éclaircissent leurs malentendus et désaccords.)

Le mécanisme fondamental de la coconstruction en thérapie est le processus d'établissement du rapport, en ce que toutes les conversations thérapeutiques reposent implicitement ou explicitement sur ce processus collaboratif pour créer de nouvelles ententes entre les thérapeutes et les clients. Cependant, ce qui varie entre les différentes thérapies est ce qui est mis en place dans le processus d'établissement du rapport. Comme on le verra ci-dessous, cela varie parce que les thérapeutes utilisant différents modèles font différents choix lexicaux, posent des questions avec diverses présuppositions sur différents sujets et formulent (reformulent, résument) différemment ce que le(s) client(s) a dit à propos de lui-même (eux-mêmes) et de sa(leur) situation. Ces différents choix lexicaux, formulations et questions observables sont les expressions manifestes des différentes hypothèses des thérapeutes à propos de la nature et de la situation des clients et de la façon de leur être utile. Nous avons déjà expliqué et illustré les choix lexicaux fait par les thérapeutes de la TBOS et la façon dont ils diffèrent de ceux des thérapeutes utilisant d'autres modèles. Nous passons maintenant aux formulations et aux questions des thérapeutes de la TBOS et la façon dont ils diffèrent de ceux des autres types de thérapeutes.

Les formulations :

Dans la vie courante, une *formulation* se produit chaque fois qu'un des participants à une conversation décrit, résume, explicite ou caractérise ce que l'autre participant a dit (Garfinkel et Sacks, 1970, p. 350). En thérapie, les formulations ont plusieurs noms : *faire écho, répéter, résumer, paraphraser, vérifier la compréhension, refléter, recadrer, renommer, normaliser, etc.* Par le processus d'établissement du rapport, les formulations sont un moyen important par lequel le thérapeute contribue à une version coconstruite avec le client (et la situation du client) telle qu'elle émerge en session de thérapie (Korman, Bavelas et De Jong, sous presse).

La raison pour laquelle les formulations du thérapeute influencent la version et la situation du client dans une session de thérapie est que les formulations ne sont pas purement réflexives ou neutres comme cela a été enseigné aux praticiens débutants. Comme Heritage et Watson (1979) l'ont fait remarquer, lorsqu'un participant dans une conversation répond en formulant ce

que l'autre a dit, la formulation transforme inévitablement l'énoncé d'origine. Korman et al. (sous presse) ont démontré que certains des mots de l'énoncé d'origine peuvent être omis, d'autres peuvent être préservés tels quels et certains peuvent être conservés sous une forme modifiée avec des synonymes ou condensés en des pronoms démonstratifs. Certains des mots dans la formulation peuvent même être des ajouts qui viennent du cadre de référence du récepteur plutôt que de celui du client.

Les formulations sont fréquentes dans les thérapies fondées sur la conversation (Korman et al., sous presse). Par exemple, dans la première partie du n° 23 du dialogue thérapeutique présenté plus tôt, le thérapeute a offert une formulation de ce que la cliente avait dit, petit à petit, aux n°s 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 et 24. Ses mots regroupés et sa formulation sont les suivants :

N° 4 au n° 24. Cliente : Hum. Je ne crois pas que je... regarde si loin. Hum. Peut-être juste **démêler tout** ce que je... Je ne sais pas exactement ce qui me dérange moi, comme... je veux dire... je... Je suis en train de traverser un divorce. Je suis certaine que c'est la majeure partie de cela. J'ai eu de la difficulté à bien dormir récemment et... J'ai alors pensé que cela pourrait... **m'aider à démêler...** ce que j'ai besoin de faire... pour **reprendre ma vie en main**. [rire nerveux]

N° 25. Thérapeute : ***Vous aider à démêler les choses pour reprendre votre vie en main.***

Le thérapeute a conservé les 23 mots⁴ en gras et en italique de la cliente dans sa formulation et omis 80 de ses 103 mots. Sa formulation reflète clairement le processus thérapeutique de la TBOS en raison des mots qu'il a choisis de préserver et d'omettre. Les mots qu'il a conservé étaient des constructions initiales de ce que la cliente voulait obtenir de la thérapie et ils décrivaient des objectifs positifs (« m'aider à démêler » et « reprendre ma vie... en main »). Les mots qu'il a choisis d'ignorer étaient soit des descriptions de problèmes (le divorce, ne pas être capable de dormir) soit des expressions d'incertitude (« Je ne sais pas », « Je suppose », etc.) Il est typique pour un thérapeute de la TBOS de se concentrer sur ce que le client veut obtenir de la thérapie plutôt que sur les problèmes ou l'incertitude.

Les formulations sont un des principaux outils de coconstruction parce que chaque formulation est une compréhension modifiée de ce que le client a exprimé, ce qui introduit de l'information nouvelle dans le dialogue. Dans la séquence d'établissement du rapport qui suit, la cliente démontre souvent sa compréhension et son acceptation de la formulation et le thérapeute reconnaît la compréhension correcte de la cliente de sa formulation. Ainsi, la formulation

⁴ N.D.T. : Le nombre de mots a été ajusté dans la version française.

devient une partie d'un terrain d'entente qui a été mis en place entre eux et est alors disponible à la coconstruction pour le thérapeute et la cliente. Par exemple, le thérapeute peut prendre la formulation et l'incorporer dans une question qui invite la cliente à construire les détails cohérents avec la formulation, comme cela s'est produit dans la deuxième partie du n° 25 de notre exemple (« Alors, quel serait un sentiment, ah, une pensée, une action, quelque chose que vous feriez, penseriez ou ressentiriez qui vous ferait dire que **vous reprenez votre vie en main...** ») Lorsque la cliente a accepté et répondu à la question (au n° 26), la cliente et le thérapeute ont pu continuer à coconstruire une version particulière de la cliente et de sa vie, ce qui a commencé ici au début d'une session typique de la TBOS.

Korman et al. (sous presse) ont effectué une analyse comparative des formulations faites par les thérapeutes experts en TBOS, en TCC et en entrevue motivationnelle (EM). Ils ont découvert des différences significatives dans la façon dont les divers thérapeutes transformaient ce que leurs clients disaient. Les formulations des thérapeutes de la TBOS préservaient une proportion significativement plus élevée de mots exacts du client et ajoutaient de façon significative beaucoup moins de leurs propres mots et interprétations que les thérapeutes de formation de TCC et d'EM. Des recherches supplémentaires par Froerer et Smock Jordan (2012; voir aussi Froerer, 2009) contribuent également à la compréhension de la façon dont les thérapeutes de la TBOS composent les *formulations de construction de solution*. Dans une analyse des formulations de trois maîtres thérapeutes en TBOS, ces chercheurs ont constaté que les formulations des trois étaient plus susceptibles d'être positifs que négatifs et qu'ils conservaient plus souvent le langage du client dans leurs formulations positives que négatives.

Les questions :

Les thérapeutes de la TBOS utilisent également des questions pour construire avec leurs clients un échange centrée sur les solutions. Les questions distinctives des thérapeutes de la TBOS correspondent à l'aspect qui a fait couler le plus d'encre et qui est le plus largement connu du modèle de la TBOS. Une grande partie du reste de ce manuel de traitement est consacré à la discussion et à l'illustration de ces questions. Sachant que les questions distinctives de la TBOS sont importantes pour l'orientation vers les solutions avec les clients, il est aussi important de comprendre comment les questions fonctionnent dans tout dialogue thérapeutique. Les questions sont un outil qui peut inviter les clients à construire des orientations centrées sur les solutions ou les mener dans d'autres directions, telles que celles plus axées sur le problème. Comprendre comment fonctionnent les questions dans un dialogue peut aider les thérapeutes à créer leurs questions de façon plus éclairée et soigneuse de sorte qu'elles reflètent de façon plus juste leurs hypothèses à propos de la nature des clients et de leur changement.

L'analyse qui suit se concentre sur ce qu'Anderson et Goolishian (1992) appelaient les questions « visant à savoir », qui sont des questions au sujet de

quelque chose que l'intervenant ne connaît pas et qui invitent l'autre personne à fournir de l'information. Par exemple, au n° 1 dans notre exemple de dialogue, le thérapeute demandait à la cliente :

« Qu'est-ce qui devra se produire comme résultat au fait d'être [geste vers elle] venue ici aujourd'hui (cet après-midi, demain et après-demain) pour que vous sentiez que cela a été utile de, d'être ici? »

Parce que le thérapeute ne pouvait pas savoir quels étaient les objectifs de la cliente, cette question en était clairement une question « visant à savoir ».

Pour la plupart de son histoire, la psychothérapie a traité ses questions comme si elles étaient simplement des outils de collecte d'information (Freedman & Combs, 1996). Plus récemment, les auteurs de diverses approches thérapeutiques ont attiré l'attention sur l'utilité des questions comme dispositif thérapeutique (de Shazer et al., 1986; Epston et White, 1992; Haley, 1976; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Plus récemment encore, McGee (1999; McGee et al., 2005) a proposé que les questions thérapeutiques sont coconstructives parce qu'elles initient une séquence dans laquelle le client fournit des réponses correspondant aux contraintes de l'approche du thérapeute. La recherche expérimentale récente suggèrerait que de répondre aux différents types de questions peut mener à un comportement ultérieur différent (Healing & Bavelas, 2011).

Tel qu'indiqué dans McGee (1999; McGee et al., 2005), l'influence d'une question commence avec ses *présuppositions inhérentes*, qui sont des hypothèses tacites qui définissent toute question. Par exemple, la question citée ci-dessus (n° 1 dans l'exemple de dialogue) présupposait que *a)* quelque chose pourrait se produire dans les prochains jours à la suite de cette séance thérapie, que *b)* cette chose pourrait faire en sorte que la cliente perçoive que cela lui a été utile de venir ; que *c)* la cliente était capable d'imaginer ce que cette chose pourrait être ; et que *d)* la cliente pouvait traduire cette chose en des mots que le thérapeute puisse comprendre.

Dans le modèle de McGee, une fois la question posée, le client est implicitement tenu de fournir une réponse. Afin d'être en mesure de répondre, cependant, le client doit comprendre la question et ses présuppositions puis, ensuite trouver une façon de construire une réponse qui leur corresponde. Ce faisant, le client se base effectivement sur les présuppositions de la question et s'engage dans la coconstruction d'une version de sa vie qui inclut ces présuppositions. Dans sa microanalyse d'une grande variété des thérapies fondées sur la conversation, McGee a fait remarquer que même si les présuppositions des questions thérapeutiques contraignent la direction dans laquelle les clients peuvent répondre, les clients commentent ou remettent rarement en question les présuppositions. Si le client commente ou conteste une question et ses présuppositions, le thérapeute peut rapidement revenir en arrière et modifier la question d'une manière plus acceptable pour le client mais toujours conforme à l'approche du thérapeute (McGee et al., 2005, p. 380). Cependant,

habituellement, les clients travaillent fort pour répondre aux questions du thérapeute et ainsi s'impliquer eux-mêmes « dans le processus de création de sens » avec le thérapeute (McGee et al., 2005, 377).

Le dialogue thérapeutique entre Korman et la jeune mère peut à nouveau être utilisé pour illustrer ces points sur la façon dont fonctionnent les questions dans un dialogue en face-à-face. Après que le thérapeute ait posé sa question (au n° 1), la cliente devait chercher une réponse qui corresponde à la question et ses présuppositions, décrites ci-dessus. Au début (n° 2), la cliente a hésité et a seulement dit : « Hum ». Au n° 3, le thérapeute a répondu à son « Hum » en s'installant en posture d'écoute (Kendon, 1970). Au n° 4, la cliente a commencé à répondre par « Je ne crois pas que je... » et s'est interrompue avec un haussement d'épaules. Au n° 5, le thérapeute a répondu à son délai de réponse par la formulation d'une raison (« C'est une question difficile ») et a repris sa posture d'écoute. Dans leurs échanges du n° 6 au n° 24, la cliente a construit sa réponse, petit à petit, avec le thérapeute participant à des séquences d'établissement du rapport observables en démontrant sa compréhension par des hochements de tête non-interruptifs, d'autres gestes et d'occasionnelles réponses non-verbales minimales telles que « Mm. Mm. » et « D'accord. » Enfin, lorsque la cliente a construit sa réponse, le thérapeute a offert sa formulation de celle-ci au n° 25 (« Vous aider à démêler les choses pour reprendre votre vie en main »), qui démontrait sa compréhension de sa réponse. Tout au long de cette section (n° 2 au n° 24), les réponses de la cliente étaient cohérentes avec le modèle de McGee à propos de la façon dont les questions fonctionnent dans un dialogue en face-à-face : elle a coopéré avec le thérapeute en travaillant fort pour répondre à sa question et ses présuppositions et en fournissant une réponse cohérente avec les présuppositions sans les commenter ou les remettre en question. Ce faisant, elle a participé à coconstruire le début d'une définition de la façon dont elle et le thérapeute sauraient si oui ou non la session lui serait utile ou non.

Il est facile d'imaginer que, si le thérapeute avait commencé le dialogue avec une autre question, la coconstruction aurait pris une direction différente. Par exemple, supposons que le thérapeute ait demandé : « Alors, au sujet de quel problème puis-je vous aider aujourd'hui ? » Ici, les présuppositions auraient été que : a) la cliente est venue pour obtenir de l'aide, que b) il y avait un problème par rapport auquel la cliente avait besoin d'aide, que c) la cliente était capable de parler du problème à propos duquel elle avait besoin d'aide au thérapeute, et que d) le thérapeute était celui qui pouvait offrir cet aide. La cliente serait susceptible de comprendre la question et ses présuppositions, contraindre sa pensée à un problème qui l'avait amenée là, puis ensuite construire une réponse qui correspondrait, tel que décrire son problème en détail. Comme McGee et al. (2005, p. 381) ont résumé, « [le client] découvre et présente l'information cohérente avec les présuppositions inhérentes. Donc, le client peut découvrir des capacités et des qualités positives ou il peut découvrir des handicaps et une pathologie. Dans les deux cas, les deux personnes présentes (le thérapeute et la

cliente) ont été intimement impliqués dans la coconstruction de ce nouveau terrain d'entente

