

Les familles en difficulté Guide à l'intention du psychothérapeute orienté vers la solution

Notions de base

Evelyne josse

2006

evelynejosse@yahoo.fr

<http://www.psycho-ressources.com/evelyne-josse.html>

14 avenue Fond du Diable, 1310 La Hulpe, Belgique

Psychologue clinicienne (hypnose éricksonnienne, EMDR, thérapie brève), psychothérapeute en consultation privée, psychologue du programme ASAB, expert en hypnose judiciaire, consultante en psychologie humanitaire

Table de matières

Avertissement au lecteur

Avant-propos

Introduction

1. Concepts de base de la thérapie familiale
2. Concepts de base de la thérapie orientée vers la solution
 - 2.1. Les tentatives de solutions
 - 2.2. L'orientation vers les solutions
 - 2.3. Les objectifs
3. Principes de base de la thérapie orientée vers la solution dans les problèmes parents - jeune

La grille de la thérapie brève

1. Le client
 - 1.1. Définition
 - 1.2. Type de relations client - thérapeute
 - 1.3. Les jeunes (enfants et adolescents) sont-ils clients ?
 - 1.4. Les clients dans les problèmes parents - jeune
 - 1.5. Y a-t-il un ou plusieurs clients dans les problèmes parents - jeune ?
 - 1.5.1. Avec toute la famille
 - 1.5.2. Avec le jeune seul
 - 1.5.3. Avec les parents ou le jeune
2. Le problème
 - 2.1. Quel est le problème ?
 - 2.2. Deux définitions du problème dans les problèmes parents - jeune
 - 2.3. Co-construction d'un problème
 - 2.4. Le pire du pire
 - 2.5. Quels sont les inconvénients possiblement inhérents au changement ?
 - 2.6. Pourquoi le patient/la famille consulte-t-il/elle maintenant ?
3. Les exceptions et les succès antérieurs
 - 3.1. Les exceptions
 - 3.2. Les succès antérieurs
4. Les tentatives de solution : Quelles solutions ont déjà été tentées ?
 - 4.1. Comment se construisent les problèmes ?
 - 4.1.1. Les problèmes sont des difficultés ordinaires interprétées d'une manière particulière
 - 4.1.2. Les problèmes persistent à cause d'interactions qui les entretiennent
 - 4.1.3. Les problèmes apparaissent en dramatisant
 - 4.1.4. Les problèmes apparaissent en minimisant
 - 4.2. Les tentatives de solution
 - 4.2.1. Les tentatives de solution des parents
 - 4.2.2. Les tentatives de solution des jeunes
5. L'objectif général
 - 5.1. L'objectif
 - 5.2. L'objectif de qui ?
 - 5.2.1. L'objectif des parents
 - 5.2.2. L'objectif du jeune
 - 5.3. La question miracle
 - 5.3.1. Du côté du jeune
 - 5.3.2. Du côté des parents
6. L'objectif minimal
7. La position du client
 - 7.1. La position par rapport au problème
 - 7.2. Les croyances et les valeurs personnelles
 - 7.3. La position par rapport à la thérapie
8. Résumé : La grille

Bibliographie

L'auteur

*Aux mères rwandaises, rescapées du
génocide, aux prises avec leurs enfants
traumatisés devenus adolescents*

Avertissement au lecteur

Ce guide a pour but d'initier le lecteur aux notions de base de la thérapie brève. Les techniques spécifiques telles que le recadrage, les tâches thérapeutiques, les évaluations de la situation, les injonctions paradoxales, les félicitations, etc. ne seront pas développées dans le présent.

Avant-propos

Nous recommandons vivement la lecture de trois ouvrages de référence essentiels :

- ❑ Séron C., Wittezaele, J.-J., "Aide au contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte", De Boeck et Larvier S. A., Bruxelles, 1991
- ❑ Berg, I. K., "Services axés sur la famille, une approche centrée sur la solution", EDISEM INC, Canada, 1996
- ❑ Durrant M., "Stratégies pratiques en milieu scolaire", Editions Satas, Collection le Germe, Bruxelles, 1997

Le présent guide est une version adaptée d'une formation destinée initialement aux conseillères en trauma du Rwanda.

Introduction

1. Concepts de base de la thérapie familiale

2. **Le comportement d'un individu survient dans le contexte d'un environnement. L'environnement influence le comportement de l'individu et l'environnement est lui-même influencé par le comportement de cet individu.**

Cette observation élargit la notion de problème : un problème n'est pas exclusivement ce qu'une personne présente, c'est également « quelque chose » qui fait partie de son système d'interactions.

- ❑ Une modification dans l'interaction des membres d'une famille peut permettre à l'un d'entre eux de changer. Lorsqu'une personne change, le reste de la famille en sera affecté. En effet, l'environnement doit se modifier pour s'adapter au changement individuel d'une personne. Chaque participant a donc une influence sur le mode d'interaction en cours et simultanément, il dépend également des autres pour faire fonctionner le système.
- ❑ Un petit changement effectué par une personne peut être suivi par des modifications importantes au sein de sa cellule familiale.
- ❑ La famille est l'unité où le problème est apparu. Par conséquent, elle est également l'unité de la solution.
- ❑ Trouver des solutions dans le contexte des interactions nécessite qu'au moins l'une des personnes engagées dans le système se comporte différemment et renonce, au moins partiellement, à ses comportements prévisibles.
- ❑ La famille est un système régi par des règles.

Exemple : Une mère se comporte d'une certaine manière avec son fils (le critiquer). Le fils réagit (passer plus de temps avec ses amis pour être hors de la maison). La mère le critique de plus en plus parce qu'il participe de moins en moins à la vie familiale. Avec le temps, ce mode d'interaction devient un système répétitif gouverné par des règles prévisibles.

Néanmoins que les systèmes humains ne sont pas figés ; ils évoluent et changent au cours du temps.

2. Concepts de base de la thérapie orientée vers la solution

2.1. Les tentatives de solutions

Les efforts (si bien intentionnés soient-ils) déployés pour résoudre le problème ne font que l'aggraver. Dès lors, les tentatives de solutions entretiennent le problème !

Par exemple, une femme reproche à son mari de ne pas lui prêter suffisamment attention et de ne se préoccuper que de son travail. L'époux, agacé par ces sempiternels reproches, passe de plus en plus de temps sur son lieu de travail et rentre de plus en plus tard chez lui. Au fil des mois, les reproches de la conjointe sont de plus en plus acerbes et le repli du mari de plus en plus prononcé.

En thérapie brève, la devise est : « **Si cela ne marche pas, ne le faites plus, faites quelque chose de différent !** »

2.2. L'orientation vers les solutions

Retenons aussi la devise suivante : « **Il faut se centrer sur les solutions et non sur le problème ! Il faut arroser les fleurs, pas les mauvaises herbes !** »

❑ Il est plus aisé et avantageux de construire une solution plutôt que de tenter de faire disparaître un problème.

❑ Il est plus facile de répéter des comportements qui réussissent déjà que d'essayer de stopper ou de changer un comportement - problème.

Exemple : Amener le patient à reproduire ce qui réussit dans la façon d'éduquer son enfant est plus facile que de lui enseigner de nouvelles méthodes qui lui sont étrangères.

❑ Les exceptions au problème présentent des pistes et des clés permettant de résoudre les problèmes.

Attention ! Les patients ne pensent pas que ces exceptions doivent être signalées car elles apparaissent insignifiantes en regard des énormes problèmes qu'ils ont à affronter.

Une autre devise de la thérapie brève : « **Une fois que vous savez ce qui marche, faites en davantage !** »

2.3. Les objectifs

Il est important de fixer des objectifs thérapeutiques car **quand on ne sait pas où on va, on arrive en général ailleurs !**

❑ Les objectifs doivent être **précis, concrets, clairs** et **exprimés en terme de comportements** de façon à devenir les indicateurs externes des changements internes qui se produisent.

❑ On prévoit des **étapes minimales**, mais réalistes, sur le chemin de la réalité désirée.

❑ Lorsqu'il n'existe pas de réussites antérieures ou d'exceptions au problème, on peut aider le patient à forger un avenir différent en imaginant un miracle.

❑ **La « question miracle »** est une technique qui permet d'établir un objectif et de trouver une solution. Elle aide le patient à préciser en quoi les choses seront différentes lorsque le problème sera résolu.

« Supposez qu'un miracle se produise cette nuit et que le problème qui vous amène ici soit solutionné. Vous ignorez que le problème a miraculeusement été résolu puisque vous dormez lorsqu'il se produit. A votre avis, que remarquerez-vous de différent, le lendemain matin, qui vous permettra de savoir qu'un miracle s'est produit pendant la nuit ? »

La question miracle aide à comprendre où le patient veut aller. Elle permet également de suggérer les étapes à franchir pour obtenir les changements désirés.

Remarque : **La thérapie centrée sur la solution se base sur les objectifs du patient et non sur les vôtres !**

3. Principes de base de la thérapie orientée vers la solution dans les problèmes parents - jeune

- ❑ Le traitement doit être adapté à chaque famille.
- ❑ Le but de la thérapie est de fournir une aide à la famille en tant que cellule collective. Vous devez viser le renforcement des liens parents - enfants, c'est à dire de l'unité familiale existante, et aider les parents à aider l'enfant. Votre fonction est d'offrir des services qui préservent et améliorent le fonctionnement familial.
- ❑ Rappelez-vous que lorsqu'une famille entreprend une démarche thérapeutique, le système familial est fragilisé par les problèmes auxquels il est confronté. Il ne faut pas menacer sa survie en soulignant ce que les gens ne font pas correctement ou en demandant qu'ils changent leur façon de voir, leurs valeurs ou leur style de vie.
- ❑ En aucun cas, vous ne devez imposer des attitudes, des comportements ou des actions aux parents. Cela serait non seulement insultant et blessant mais risquerait d'engendrer une relation d'opposition, d'hostilité ou de résistance.
- ❑ **Tous les parents sont sur la défensive lorsqu'il s'agit d'évoquer la manière dont ils élèvent et gèrent leurs enfants.** Ils expliquent généralement leurs difficultés familiales par un comportement inadapté de leur enfant. Ce dernier est tenu pour seul responsable de la genèse et de la persistance du problème tandis que leur propre implication est gommée.

Rappelez-vous que les parents croient généralement « bien faire » ou « agir pour le bien » de leurs enfants ! Le plus souvent, leurs intentions sont bonnes même si leurs comportements sont inadéquats. L'enfer est souvent pavé de bonnes intentions...

- ❑ Supposez donc que la façon d'agir des parents vise leur bien-être personnel, celui de leur enfant et celui de la famille dans son ensemble. Recadrez positivement la motivation qui sous-tend leur comportement et faites des remarques à ce sujet (félicitations). Lorsque vous reconnaissez qu'ils ont le mérite d'avoir œuvré et de lutter pour le bien de leurs enfants, cela augmente la probabilité qu'ils vous accordent leur confiance et suivent vos suggestions. Ne prenez ni le parti des parents ni celui des enfants mais soutenez ce que les parents tentent d'accomplir. Lorsque les parents se sentent compétents et capables de réussir, cela profite en fin de compte aux enfants.

La meilleure façon d'aider un enfant consiste à renforcer les ressources et les capacités de sa famille !

- ❑ Puisque les parents sont souvent plus perturbés par le comportement de leur enfant que ne l'est ce dernier, les parents ont plus de motif (et donc de chance) que leur enfant de devenir des « collaborateurs » pour le changement.
- ❑ Vous saurez que les parents sont prêts à vous entendre lorsqu'ils solliciteront votre opinion pour avoir de meilleures idées ou des façons différentes de résoudre les problèmes.

□ La plupart des parents reconnaîtront qu'ils sont fatigués, surmenés et que pour s'occuper de leur enfant, ils dépensent plus d'énergie qu'ils ne peuvent se le permettre. Beaucoup reconnaîtront que leurs efforts ont été inefficaces et sans résultat. L'attitude logique des parents qui se sentent dépassés, c'est de renforcer les punitions, les restrictions et les réprimandes, créant ainsi le cycle répétitif familial où plus les parents essaient de

contrôler, plus le jeune se révolte, se replie ou fuit et moins les parents se sentent réussir. La frustration et l'escalade du comportement vers la violence sont la conséquence naturelle d'avoir tenté l'impossible à plusieurs reprises. Cela aura pour résultat que parents et enfants n'auront plus de bons moments relationnels. La solution ne sera pas d'essayer « plus de la même chose » mais bien de tenter quelque chose de différent. Notez que même si les parents croient avoir « tout essayé », ils n'ont le plus souvent expérimenté que quelques variations d'un thème unique (par exemple, les punitions). Le thérapeute devra considérer des moyens alternatifs possibles qui n'ont même pas été imaginés et encore moins essayés et envisager la manière dont les parents pourraient être persuadés qu'il est utile de tenter quelque chose de nouveau.

□ En impliquant la famille dans le processus de prise de décisions et dans l'établissement des objectifs et en utilisant ses ressources, la thérapie s'efforce d'améliorer le sentiment de contrôle que chacun des membres de la famille a sur sa propre vie. Il en résulte qu'ils ressentent un sentiment accru de leurs compétences dans la conduite de leur vie.

□ La thérapie doit s'inscrire dans le réseau formel et informel des ressources à disposition de la famille plutôt que de constituer un tout pour elle.

La grille de la thérapie brève

- **Le client** : Qui se plaint ?
- **Le problème** : Quel est le problème et en quoi est-ce un problème ?
- **Les exceptions et les succès antérieurs** : Quels sont les moments où le problème ne se produit plus ou il y a une époque où les choses allaient bien ?
- **Les tentatives de solutions** : Quelles solutions ont-elles déjà été tentées ?
- **L'objectif** : En quoi les choses seront-elles différentes lorsque le problème sera résolu ?
- **L'objectif minimal** : Quel est le plus petit changement possible qui soit suffisamment petit pour être réalisable et suffisamment différent pour constituer un réel changement ?
- **La position** : Le cadrage (sens donné par la personne), les capacités et les ressources

1. Le client

1.1. Définition

□ On entend par client :

- ⇒ la personne la plus concernée par la situation et qui souhaite qu'elle change.
 - « *Il faut faire quelque chose* »
 - « *Ca ne peut plus continuer comme ça* »
 - « *Je ne sais plus quoi faire* »
- ⇒ la personne qui souffre le plus.
 - Indices non verbaux d'anxiété (postures, mimiques)
 - Expression d'émotions fortes
- ⇒ la personne qui a tenté de nombreuses choses pour changer la situation.
- ⇒ la personne qui considère qu'un thérapeute peut faire quelque chose pour l'aider.
- ⇒ la personne suffisamment préoccupée, ennuyée, bouleversée, mal à l'aise ou indignée pour faire quelque chose afin de résoudre le problème ; celle qui est prête à agir.

Celui « qui porte le symptôme », le « patient désigné », n'est pas toujours convaincu d'avoir un problème ou d'avoir à changer ! C'est le cas, par exemple, des alcooliques, des partenaires violents, des enfants, des adolescents et des psychotiques.

□ Les patients sont-ils tous clients ?

Non, vous serez amené à rencontrer des **clients demandeurs** mais également des **plaignants** et des **visiteurs**.

1.2. Type de relations client - thérapeute

□ Le client demandeur

Le client demandeur a une plainte précise à propos de lui-même ou d'autrui. Il se déclare prêt à agir pour solutionner le problème.

- ⇒ Il reconnaît avoir un problème.
- ⇒ Il a des idées sur l'objectif qu'il poursuit.
- ⇒ Il envisage et explore des moyens pour résoudre le problème.
- ⇒ Il pense qu'il doit y mettre du sien pour que les choses changent.
- ⇒ Il semble prêt à agir.

❑ Le visiteur

Le visiteur ne s'implique pas et se retrouve souvent en thérapie à la suite d'une contrainte, implicite (par exemple, un homme consulte parce qu'il prend conscience que son épouse ne supporte plus ses crises de jalousie injustifiées et qu'elle le quittera s'il ne change pas) ou explicite (par exemple, sur décision de justice) ou pour apaiser les inquiétudes d'une autre personne. Même s'il est évident pour autrui (famille, juge, enseignants, thérapeute, etc.) qu'il présente un problème, il n'est pas prêt, du moins dans un premier temps, de le reconnaître, d'en discuter ou de se faire aider.

- ⇒ Il n'estime pas que la situation soit problématique.
- ⇒ Il n'a ni but, ni attente de changement.
- ⇒ Il n'apporte pas de piste de solution.
- ⇒ Il ne voit pas en quoi il pourrait aider à changer la situation.
- ⇒ C'est « l'autre » qui déclare qu'il a un problème.

❑ Le collaborateur « caché »

Derrière le visiteur, peut se cacher un collaborateur.

Il ne reconnaît pas le problème que les autres lui attribuent mais il est désireux de devenir un collaborateur pour ce qu'il considère important pour lui.

❑ Le plaignant

Le plaignant a une plainte, précise ou vague, à propos de lui-même ou d'autrui dont il est prêt à parler, quelquefois longuement. **Il estime généralement que c'est aux autres de changer, pas à lui.**

- ⇒ Il se perçoit comme un spectateur innocent qui doit supporter les difficultés que lui causent les autres. Il est victime de la situation.
- ⇒ Il ne reconnaît pas être une des causes suscitant le problème.
- ⇒ Toute solution qu'il envisage pour résoudre le problème implique que les autres changent et non pas que lui modifie son attitude ou son comportement.
- ⇒ Il souffre mais n'est pas engagé dans une démarche de changement.

Attention : Ne confondez pas un client à court de solutions et découragé avec quelqu'un qui se plaint sans avoir essayé de résoudre le problème.

La détresse que ressent ou exprime le patient n'est pas une indication suffisante pour penser qu'il est prêt à faire des efforts pour régler ses problèmes !

Assurez-vous que vous n'êtes pas plus motivé à changer le patient qu'il ne l'est lui-même !

Ne soyez pas votre propre client de vos propres services !

Le fait qu'une personne soit cliente dépend aussi de l'interaction que vous entretenez avec elle !

1.3. Les jeunes (enfants et adolescents) sont-ils clients ?

Le plus souvent (mais pas toujours), les enfants et les adolescents adressés aux thérapeutes sont des **visiteurs**. Ils sont dirigés par un parent, par un professeur ou par un juge qui considère qu'ils ont un problème. Les jeunes ne sont généralement pas enclins à solliciter l'aide d'un thérapeute et ne reconnaissent pas les problèmes qu'on leur attribue. Par conséquent, leur manque d'entrain à s'impliquer dans la thérapie est tout à fait compréhensible.

Nous avons tous tendance à faire des efforts pour atteindre des objectifs que nous nous sommes fixés (et qui ont donc de la valeur à nos yeux) et nous sommes moins motivés à poursuivre des objectifs qui nous sont imposés. L'une des attitudes les moins fructueuses sera donc d'essayer de convaincre le jeune qu'il a un problème particulier.

1.4. Les clients dans les problèmes parents - jeune

- ❑ **Les jeunes** sont souvent « **visiteurs** » (et susceptibles de devenir client pour un autre problème que celui défini par leurs parents), rarement plaignant ou demandeur.
- ❑ **Les parents** sont souvent « **demandeurs** » (ils sont prêts à agir pour que cela change) ou « **plaignants** » (ils veulent que leur enfant change et sont persuadés que si cela arrivait, leurs relations seraient excellentes), rarement visiteurs (sauf si la demande de thérapie est initiée par un professeur, par la justice, etc.).

1.5. Y a-t-il un ou plusieurs clients dans les problèmes parents - jeune ?

- ❑ Dans le cadre des problèmes parents - enfants, le client peut être :
 - ⇒ le ou les parents
 - ⇒ le jeune
 - ⇒ le jeune et le(s) parent(s).

On peut travailler :

- ⇒ avec toute la famille
- ⇒ avec le jeune seul
- ⇒ avec les parents ou le jeune

1.5.1. Avec toute la famille

Lorsqu'un ou plusieurs membres d'une famille sollicite l'aide d'un thérapeute, les relations familiales sont généralement très tendues. Dès lors, les membres de la famille peuvent être réticents à se rendre ensemble en consultation (crainte de disputes, impression que « cela ne va servir à rien », etc.).

Si les parties en conflit se disputent durant les séances, vous devrez veiller à ne pas prendre parti, maîtriser le flot de la conversation, contrôler les émotions intenses des participants, etc. Votre marge de manœuvre s'en trouvera diminuée (exemple, un adolescent violent ou refusant de parler). D'autre part, pour des raisons thérapeutiques, vous pouvez désirer prescrire une tâche thérapeutique à l'une des parties à l'insu d'une autre. Si ladite tâche est préparée en séance collective, elle aura un effet différent sur les autres parties en cause.

L'entretien familial aura lieu quand :

- ⇒ **le patient** pense qu'un des membres pose un problème ou parce qu'il représente une ressource pour solutionner un problème.
- ⇒ **vous** pensez qu'un membre de la famille est soit une aide, soit un obstacle à la réalisation des objectifs du patient.

L'unité d'intervention sera la boucle interactionnelle incluant le problème. Si on travaille avec **cette boucle**, c'est parce qu'elle **fait partie de la solution** et non parce qu'on estime qu'elle fait partie du problème. Aussi, vous pourrez avoir besoin de la collaboration d'autres membres de la famille pour remplir votre mission. Dans ce cas, il est préférable que vous sollicitiez vous-même l'aide du père, d'un frère ou d'une grand-mère.

1.5.2. Avec le jeune seul

La nature interactive des comportements présume que **si un jeune**, pour quelque raison que ce soit, **commence à agir différemment, les autres** (la famille, les professeurs, les camarades de classe, etc.) **réagiront autrement à son égard, ce qui le stimulera à adopter ce nouveau comportement.**

1.5.3. Avec les parents ou le jeune

Vous pouvez choisir de travailler tantôt en séance collective, tantôt avec les parents, tantôt avec le jeune seul. C'est la situation idéale. Cette façon de procéder facilite la construction d'une alliance thérapeutique avec chacune des parties.

Pour que cela change, il faut au moins qu'une des parties soit disposée à faire quelque chose de différent !

Vérifiez que vous n'avez pas à faire uniquement à des plaignants et à des visiteurs !

2. Le problème

2.1. Quel est le problème ?

Contrairement à ce que l'on pense généralement, **découvrir le problème est rarement simple** pour le thérapeute. Tout aussi généralement, les patients considèrent que leur problème est évident et immédiatement compréhensible.

Vous devez vous appliquer à obtenir des informations précises sur le problème en veillant toutefois à ne pas harceler le patient par un questionnement inconvenant. Vous devez avant tout préserver la relation thérapeutique.

- ❑ Le problème doit être exprimé **en termes concrets et actuels** : situations précises, moments précis où le problème apparaît (action, dialogues, etc.).
- ❑ Vous devez obtenir **une description** du problème et non des explications, des abstractions ou des définitions.
- ❑ S'il existe plusieurs problèmes, il est important que vous aidiez le patient à **établir des priorités**.
- ❑ **Le problème doit être défini en terme d'interactions**. Ne cherchez pas de coupables ou de responsables. Ce qui est important pour vous, c'est d'identifier le mécanisme par lequel s'est créé et se perpétue le problème.

Le problème est le problème ! Ce n'est ni le jeune ni le parent qui EST un problème. L'individu n'est pas le problème ! Ce qui pose le problème, c'est le type de relation que parents et jeune entretiennent ensemble.

Remarques : **Rechercher à expliquer le problème mène généralement à une impasse.**

Même dans les cas où il est possible de découvrir l'origine et les causes de celui-ci, il est rarement possible d'y remédier (par exemple, le décès d'un parent). Les difficultés d'un enfant sont souvent expliquées par des caractéristiques ou des événements familiaux et/ou par sa personnalité. Ces explications sont du domaine des hypothèses car, en général, ni les adultes ni les enfants n'ont la moindre idée de la raison pour laquelle ils agissent comme ils le font. L'important n'est d'ailleurs pas de savoir si ces explications sont « vraies » mais d'appréhender de quelle façon elles peuvent vous aider à solutionner le problème. En effet, vous serez le plus souvent impuissant à modifier les antécédents familiaux ou la personnalité de l'enfant. Il s'agit de centrer votre attention sur ce qui marche plutôt que de vous perdre dans ce qui est « vrai ».

Rappelez-vous que sans action, la compréhension du passé ne changera pas le futur. C'est faire quelque chose de différent concernant sa vie qui change la vie !

Le passé ne peut être une excuse pour dire qu'on ne peut pas changer son futur !

Exemple : qu'est-ce qui dérange les patients ?

⇒ « *Je suis déprimée* » è « *Je pleure tous les matins parce que je me sens seule* » ; « *Je n'ai plus envie de voir personne. Je reste seule toute la journée à la maison et j'ai des idées noires* ».

⇒ « *Je n'arrive pas à faire le deuil de mon mari* » è « *Je n'arrive pas à oublier mon mari. Je ne sors plus et je passe beaucoup de temps à penser à lui* » ; « *Toutes les nuits, je fais des cauchemars. A chaque fois, je le vois mourir, je me réveille en sursaut et je ne parviens pas à me rendormir* ».

⇒ « *Mon fils boit* » è « *Je ne supporte pas qu'il dépense tout son argent alors qu'on n'a rien à manger* » ; « *Je ne supporte pas qu'il soit violent quand il a bu* » ; « *Je ne supporte pas qu'il ne travaille pas et qu'il ne fasse rien de sa vie* ».

⇒ « *Ma fille fugue* » è « *Je ne supporte pas qu'elle prenne des risques par rapport au SIDA* » ; « *Je ne supporte pas qu'elle ne m'obéisse pas* ».

⇒ « Mon père est tout le temps derrière moi » è « Mon père craint que je me suicide » ; « Mon père ne me fait pas confiance parce qu'il croit que je lui vole de l'argent » ; « Mon père me surveille tout le temps parce qu'il n'est pas satisfait de mes résultats scolaires ».

Exemple : quel est le problème parmi les différents problèmes ?

« Aidez-moi, s'il vous plaît, à comprendre votre problème. Qu'est-ce qui est le plus important pour vous ? Si votre fils continue à consommer de la drogue mais qu'il reprend ses études, est-ce que ça vous conviendrait ? Ou pouvez-vous accepter qu'il cesse ses études mais à condition qu'il arrête de fumer de l'herbe ? »

□ En quoi est-ce un problème ?

Deux problèmes peuvent sembler identiques et cependant être différents.

Exemples :

Une femme souffre de son célibat :

- parce qu'elle désire être mère et ne conçoit de réaliser son désir qu'en couple.
- parce qu'elle a des difficultés à s'assumer financièrement.
- parce qu'elle souffre de la solitude.

Une mère harcèle son fils pour qu'il cherche du travail :

- parce qu'elle pense que c'est la meilleure manière pour qu'il sorte de sa dépression.
- parce qu'elle le juge paresseux et s'indigne de ce défaut.

2.2. Deux définitions du problème dans les problèmes parents - jeune

Dans un problème parent - enfant, on se trouve devant deux définitions différentes (et complémentaires) du problème.

Le problème défini par les parents qui vous confient le jeune peut être bien différent de la définition qu'en donne le jeune lui-même qui à son tour peut être différente de la vôtre !

Enfant et parents ont des projets différents et c'est pour son projet que chacun a le plus de chance d'être motivé.

□ Les plaintes et les problèmes des jeunes

Exemples :

⇒ **La perception du jeune** :

- Il profite de sa jeunesse comme les amis de son âge.
- ⇒ **Les plaintes du jeune :**
 - Ses parents l'empêchent de sortir et de s'amuser, bref, de « vivre sa vie ».
 - Ils ne lui offrent pas ce qu'il désire.
 - Ils l'obligent à une certaine discipline (ranger sa chambre, faire ses devoirs, chercher du travail).

- ⇒ **Les problèmes :**
 - Il a le sentiment que ses parents ne s'intéressent pas à lui.
 - Son problème, c'est le fait que ses parents pensent qu'il a un problème.
 - Ils le harcèlent.
 - Ils ne lui laissent pas suffisamment d'autonomie et de liberté.
 - Ils le contrôlent, le surveillent.
 - Ils n'ont pas confiance en lui.
 - Les agissements de ses parents (des enseignants, etc.) à son égard sont un problème.

□ **Les plaintes et les problèmes des adultes**

Exemples :

- ⇒ **La perception des parents :**
 - Leur enfant est en train de gâcher sa vie par sa désinvolture.
- ⇒ **Les plaintes :**
 - Leur enfant vole, boit, consomme des drogues, fugue, etc.
 - Il est oisif, rentre à des heures tardives, ne participe pas à la vie de famille.
 - Il réclame continuellement de l'argent.
 - Il a de mauvaises fréquentations.
- ⇒ **Les problèmes :**
 - Ils craignent que l'enfant prenne des risques pour sa santé.
 - Ils craignent qu'il prenne des risques pour son avenir.
 - Ils craignent qu'il devienne un danger pour autrui.

□ Parents et jeune ont chacun leur façon de voir la situation. Dans la logique de chacun, cette perception est probablement très cohérente mais il n'empêche qu'elle est propre à chaque protagoniste.

Exemple :

Le fils se drogue, fugue, rentre tard, est oisif.

Quel est le problème pour le père, pour la mère et pour le fils ? De quoi souffrent-ils dans la situation ?

⇒ **Le père** : Il a délaissé l'éducation des enfants, laissant son épouse s'en occuper. Lorsqu'il a appris que son fils consomme des drogues, il a réagi car il craint le pire. Il dit vouloir prendre les choses en main mais se plaint de ne pas être soutenu par son épouse.

Le père se projette dans l'avenir et s'imagine contraint de vendre la maison familiale pour rembourser les frais occasionnés par les délits de son fils.

Il multiplie les contrôles vis-à-vis de son fils mais ne parvient pas à s'opposer fermement à lui.

⇒ **La mère** craint que son fils ne quitte la maison.

⇒ **Le fils** se plaint :

- de l'hyper contrôle qu'exerce son père à son égard.
- du fait que son père n'a pas confiance en lui.
- du fait que son père a une image négative de lui.

Exemple :

⇒ **La plainte du parent** : Son fils fume de la drogue.

⇒ **Le problème du parent** : Son fils compromet son avenir.

⇒ **La perception du jeune** : Il se divertit avec ses copains. Il fume « comme tous les jeunes de son âge ». Il estime que fumer des drogues douces n'est pas plus mauvais que boire du vin comme le font ses parents.

⇒ **La plainte du jeune** : Ses parents le harcèlent continuellement sans motif valable.

⇒ **Le problème du jeune** : Son père et sa mère ne le comprennent pas.

Exemple :

⇒ **La plainte des parents** : Leur fille adolescente fréquente intimement un homme adulte.

⇒ **Le problème des parents** : Leur enfant prend des risques par rapport au SIDA. Elle risque de se lancer dans une vie de couple de façon prématurée, d'arrêter ses études et de gâcher sa vie.

⇒ **La perception du jeune** : Elle préfère s'amuser avec un ami plus mature que les copains de son âge.

⇒ **La plainte du jeune** : Ses parents ne l'autorisent plus à sortir.

⇒ **Le problème du jeune** : Ses parents ne lui font pas confiance et la contrôlent.

Pour les parents comme pour le jeune, il est souvent difficile d'accepter que vous remettiez en question leur manière de percevoir la situation en ne la considérant que comme une lecture possible parmi d'autres de la réalité.

Il s'agit donc :

- ⇒ d'une part, que vous acceptiez ce que disent parents et jeune et de parler le langage de chacun.
- ⇒ d'autre part, que vous ne limitiez pas votre liberté de manœuvre en vous faisant l'allié de l'un des membres de la famille dont vous partagez la vision.

2.3. Co-construction d'un problème

Il est important de co-construire un problème sur lequel on va pouvoir travailler.

On va donc aider parents et jeunes à percevoir le problème de sorte qu'ils puissent sentir qu'ils ont un certain contrôle de la situation.

Par exemple, attribuer le problème aux « mauvaises fréquentations » de l'adolescent ne solutionne rien puisque les parents ont peu d'emprise sur le choix de ses amis. Par contre, ils peuvent encourager leur adolescent à utiliser son jugement et à prendre des décisions appropriées.

Il est important que chaque personne définisse le problème par rapport à elle : « *Je ne supporte pas...* », « *Je crains que...* ».

En vous efforçant d'atteindre l'inaccessible, vous rendez impossible ce qui serait réalisable !

Il s'agit de co-crée des problèmes possibles à résoudre !

2.4. Le pire du pire

- ⇒ « *Si ça continue comme ça (si aucune solution n'est trouvée), que va-t-il se passer ? (comment la situation va-t-elle évoluer ?)* »
- ⇒ « *Qu'est ce qui va arriver de plus grave si tu continues comme ça ?* »
- ⇒ « *Comment pensez-vous que cela risque de se terminer si ça continue comme ça ?* »
- ⇒ « *Que va-t-il se passer de pire qu'aujourd'hui ?* ». A la réponse du patient à cette question, on enchaîne avec : « *Et qu'est-ce qui sera encore pire que le pire, une fois que le pire sera arrivé et que la situation perdurera ?* »

2.5. Quels sont les inconvénients possiblement inhérents au changement ?

Si la médaille a un revers, le revers a aussi sa médaille !

Exemple : une femme obèse désire maigrir. En perdant du poids, elle espère redevenir désirable. Or, son problème de boulimie a débuté après qu'elle ait été violée.

Dans les problèmes parents - enfant, vous devez vous poser les questions : « **Qu'est ce que les parents risquent de perdre ? Et le jeune ? A quoi chacun va-t-il devoir renoncer ?** ».

Exemples :

- ⇒ Le fils commence à travailler → Il n'est plus à la maison pour aider sa mère.
- ⇒ Un fils commence à prendre son autonomie ; il travaille, va se marier et quitter la maison → Il laisse sa mère dépressive seule à la maison.
- ⇒ Une fille cesse de causer du souci à sa mère → La mère est désemparée parce qu'il n'est plus nécessaire d'aider sa fille.
- ⇒ Un adolescent cesse de mobiliser l'attention de ses parents → Le couple conjugal se trouve confronté à ses problèmes propres.
- ⇒ Un enfant cesse d'avoir peur → Il perd le bénéfice d'être constamment réconforté par sa mère.
- ⇒ Un adolescent cesse de voler → Il va devoir travailler pour acquérir ce qu'il désire.

2.6. Pourquoi le patient/la famille consulte-t-il/elle maintenant ?

Le plus souvent, c'est la gravité ou l'importance du problème qui motive la demande d'aide.

La signification ou l'interprétation du problème peut se modifier à un moment donné. Cette *évolution de la perception d'un problème peut justifier l'appel au thérapeute.*

Exemples :

- ⇒ Une mère ne tolère plus l'agressivité de son fils parce qu'elle désire cohabiter avec son nouveau compagnon. Le comportement du garçon, apparu brutalement au décès de son père, a été compris et accepté par la mère durant plusieurs années comme une réaction de deuil. A la veille de se mettre en ménage, elle craint que ce comportement ne compromette le bon déroulement de la vie commune.
- ⇒ Une femme a de nombreux problèmes avec sa fille adolescente. Elle consulte parce qu'elle vient de trouver un nouvel emploi. Les coups de téléphone intempestifs de sa fille au travail exaspèrent l'employeur.
- ⇒ Un père qui n'est jamais intervenu dans l'éducation de ses enfants craint maintenant le pire parce qu'il vient d'apprendre que son fils vole dans les magasins.
- ⇒ Une femme battue consulte maintenant parce que son mari, pour la première fois, s'en est pris aux enfants.
- ⇒ Une jeune fille dénonce les abus sexuels dont elle est victime depuis de nombreuses années parce que son oncle a pour la première fois pratiqué des attouchements sur sa sœur cadette.

3. Les exceptions et les succès antérieurs

L'analyse approfondie du problème peut vous décourager tant que le patient et laisser de moins en moins d'espoir de changement. Vous risquez de croire que le patient est condamné avant même d'avoir débuté la thérapie !

Si vous êtes accablé par le caractère apparemment désespéré de la situation ou du moins par sa difficulté, vous risquez de communiquer cette impression aux parents et/ou à l'enfant. Ceci risque d'augmenter leur sentiment de désespoir ou de développer leur résistance.

L'évaluation du problème influence non seulement l'orientation de notre pratique mais aussi le point de vue de nos patients. Le seul fait de leur poser des questions sur l'histoire du problème, sur les détails de sa survenue et sur ses terribles conséquences renforce inévitablement la focalisation sur le problème. Si les gens sont bloqués par l'idée que leur situation est irréversible (ce qui est fréquemment le cas), plus on parle du problème et plus celui-ci prend de l'ampleur.

En thérapie brève, on évalue les points forts, les compétences, les exceptions et les succès antérieurs.

Remarques :

Certaines personnes attendent que vous procédiez à une exploration exhaustive de tous les aspects de leur problème. Ne pas le faire peut être interprété comme une façon de minimiser la situation et de discréditer leurs sentiments de frustration et de désespoir. Il est donc important que vous vous adaptiez aux besoins de chaque patient.

Tous vos efforts resteront sans effet si vos patients ont le sentiment que vous ne validez pas leur vécu de la situation.

Vous êtes constamment sur la corde raide. Vous devez reconnaître l'expérience du jeune et/ou de ses parents et valider son/leur expérience de frustration, d'impuissance, d'injustice, etc. et d'un autre côté, vous devez éviter de vous focaliser sur le problème de crainte de l'amplifier.

Il est important d'interroger les patients sur les moments où le problème n'était pas un problème (ou pas autant) et sur les moments où, dans le contexte actuel, il ne se produit pas. Les moments où la plainte est absente sont considérés comme peu importants par le patient ou demeurent complètement invisibles.

Pour le client, c'est le problème qui est primordial. Pour vous, ce sont les exceptions qui sont primordiales !

- ❑ **Les succès antérieurs sont les moments où le problème n'était pas un problème.**
- ❑ **Les exceptions sont les moments où le problème attendu ne se produit pas.**

⇒ Ces exceptions fournissent des indices sur ce que le client doit faire pour sortir du problème. Au travers des exceptions, on découvre comment et de quelle façon la solution est déjà à l'œuvre.

⇒ Généralement, les exceptions au problème paraissent insignifiantes aux patients, voire dépourvues d'importance. Or, lorsqu'une mère et son fils parviennent à reproduire les comportements qu'ils présentent durant les moments d'exception, la situation-problème devient moins écrasante et apparaît plus gérable.

⇒ La répétition de ces comportements, peu importants mais couronnés de succès, constitue le fondement des solutions.

Si ça marche, faites en plus !

□ Il existe 2 types d'exception :

⇒ L'exception effectuée de façon volontaire. Le patient est capable de décrire l'exception étape par étape.

- « *Je me suis forcé à...* »
- « *J'ai pris sur moi pour ne pas...* »

⇒ L'exception se produisant par hasard. Le patient est incapable de décrire ses réussites ou les attribue à quelque chose qui lui est externe (une personne, une situation, le hasard, etc.). Il a l'impression de n'avoir aucun contrôle sur cet épisode et ne peut donc le reproduire.

Pour permettre au patient de prendre conscience de ses ressources, on lui demande de prédire chaque soir comment sera sa journée du lendemain. Lorsque sa journée a été satisfaisante, on l'analyse avec lui et on l'aide à passer en revue ce qu'il a fait pour la rendre meilleure. On obtient ainsi des indices sur le contenu du « faites en plus ».

Les questions :

⇒ Demandez à quels moments parents et enfant s'entendent, même pendant une courte période. Peuvent-ils reproduire cette situation ?

⇒ Renseignez-vous sur les moments où le comportement ou l'attitude de l'enfant offre satisfaction à ses parents. De quoi l'enfant a-t-il besoin pour reproduire ce comportement ? En quoi le parent agit différemment avec son enfant dans ces moments-là ?

⇒ Y a-t-il une époque où les choses allaient bien avec l'enfant ?

⇒ Renseignez-vous sur ce qui pourrait aider les parents ou l'enfant.

⇒ Dressez la liste des succès et des réussites passés de la famille.

3.1. Les exceptions

Souvent, les « comportements-problème » ne surgissent que dans certains contextes (physique, relationnel ou social) !

Exemples :

- N'être violent qu'après avoir bu
- Etre en colère uniquement à la maison

Il est important de découvrir en détail ce qui se produit lorsque la personne n'a pas de problème car elle peut apprendre à transférer, dans une autre situation, les capacités qu'elle utilise avec succès dans un certain cadre.

Il est toujours préférable pour le patient d'arriver à ses propres solutions plutôt que de s'entendre conseiller ce qu'il doit faire. Lorsqu'il s'agit de sa propre idée, il est plus tenté de l'appliquer. Si une solution émane de ses ressources existantes, elle s'adapte naturellement à sa façon de faire les choses et il est plus facile « d'en faire plus ».

- ⇒ « *Qu'est ce qui est différent pour vous dans ces moments où vous ne ... (comportement-problème) ?* »
- ⇒ « *Comment expliquez-vous que le problème ne survienne pas dans ces moments-là ?* »
- ⇒ « *Que dirait votre fille sur ce que vous faites de différent quand vous ne criez pas ?* »
- ⇒ « *Que faudrait-il qu'il arrive pour que vous fassiez ça plus souvent ?* »
- ⇒ « *Que faites-vous d'autre, de différent, quand le problème ne se produit pas ?* »

Ces questions devraient être suivies par des questions qui renforcent l'idée de succès :

- ⇒ « *Ainsi, qu'avez-vous à faire pour continuer à dire « Non » à la boisson ?* »
- ⇒ « *Qu'est-ce que votre ami dirait qui doit arriver pour que cela se produise plus souvent ?* »
- ⇒ « *Combien de temps votre mère dirait-elle que ça doit continuer pour qu'elle ait l'idée que votre problème est résolu ?* »

Il s'agit d'amener le patient à prendre conscience que les exceptions sont le résultat de quelque chose qu'il a fait plutôt que de quelque chose qu'il a vécu passivement.

3.2. Les succès antérieurs

Prendre conscience qu'il a eu, dans sa vie, une période où il réussissait mieux qu'en ce moment redonne du pouvoir au patient. Recherchez ses succès passés, même minimes, ordinaires, insignifiants. Demandez-lui comment il y est arrivé. Cette question à elle seule devient un compliment indirect.

- ⇒ « *Comment vous y êtes vous prise pour ... ?* »
- ⇒ « *Comment avez vous trouvé assez de force pour ... ?* »

⇒ « *Après avoir traversé ce que vous avez traversé, comment avez-vous trouvé assez de force pour continuer ?* »

⇒ « *Qu'est ce que ça vous demanderait de faire pour retrouver la confiance qui vous aviez lorsque ... ?* »

⇒ « *Ce n'est pas facile d'élever trois enfants seule, comment avez-vous fait ?* »

⇒ « *Comment vous y prenez vous pour vous obliger à ... ?* »

⇒ « *Que faites-vous pour continuer à espérer et à essayer une fois de plus ?* »

4. Les tentatives de solution : Quelles solutions ont déjà été tentées ?

4.1. Comment se construisent les problèmes ?

4.1.1. Les problèmes sont des difficultés ordinaires interprétées d'une manière particulière

Les problèmes font suite à des difficultés ordinaires mais qui sont interprétées d'une manière particulière.

Les efforts (si bien intentionnés soient-ils) faits pour les résoudre (par le jeune et/ou par son entourage) ne font que l'aggraver.

Exemples :

Un enfant, issu d'un milieu social favorisé et brillant d'un point de vue scolaire, est victime de racket à l'école, probablement en raison de sa double situation de nanti. Cela devient un problème parce qu'il interprète ces rançonnages comme un échec personnel (celui de s'intégrer dans le groupe des leaders de sa classe, d'être apprécié par ses camarades, etc.). Il perd alors confiance en lui, devient susceptible et donc irritable. Ses résultats scolaires chutent et ses parents se fâchent.

Un enfant adopté peut se sentir coupable des difficultés financières de sa famille d'accueil. Il se met à voler pour ne plus avoir à demander un soutien matériel.

Un enfant adopté perçoit les remontrances de sa famille d'accueil comme un reproche de sa présence. Il fugue coup sur coup pour ne plus gêner.

Un enfant adopté désobéit. Cette désobéissance est vécue par les membres de la famille d'accueil comme un manque de reconnaissance et comme une agression envers eux. En réaction, ils punissent sévèrement l'enfant. Le jeune vivra ces punitions comme un rejet. Il sera de plus en plus perturbé et donc de plus en plus agressif.

En thérapie, des significations nouvelles du problème peuvent interrompre le mécanisme qui entretient celui-ci. C'est **le recadrage**.

Rappelez-vous : il n'y a rien de plus dangereux qu'une idée quand on n'en a qu'une !

4.1.2. Les problèmes persistent à cause d'interactions qui les entretiennent

Le jeune et/ou l'entourage se comporte(nt) d'une manière qui **involontairement** entretient le problème.

Exemples :

Exprimer son désespoir, son agressivité, sa colère n'a pas donné le résultat escompté par le parent. Celui-ci ne remet cependant pas en question sa tactique (tentative de solution) et déclare son fils désobéissant. Le jeune est face à une mère de moins en moins aimante et de plus en plus harcelante. Il n'a pas envie de lui faire plaisir et trouve lui aussi une stratégie (par exemple : il ne range sa chambre que sous la menace de sanction, il fuit de plus en plus de la maison, etc.).

Une enfant connaît des problèmes de concentration à l'école parce qu'elle est perturbée par des problèmes familiaux (père gravement blessé dans un accident de la route). Son instituteur réagit en l'encourageant et en la motivant. La petite fille ne se sent pas comprise et est de plus en plus en colère contre lui. Il fait appel à la psychologue du centre PMS[1]. Celle-ci tente de lui faire prendre conscience que sa scolarité prépare son avenir et lui prodigue des conseils pour mobiliser sa concentration et pour mener à bien ses tâches scolaires. La fillette se sent de moins en moins comprise et nourrit un ressentiment de plus en plus grand à l'égard de l'école. Sa concentration se détériore de semaine en semaine.

Plus l'adolescent intensifie la lutte pour obtenir ce qu'il veut, plus son père pense qu'il est agressif et irresponsable. Il a donc de moins en moins confiance en lui. Résultat, son père le contrôle encore davantage et lui laisse encore moins de liberté.

Remarque :

Comme nous venons de le voir, **un problème se crée souvent parce qu'on adopte une stratégie inadaptée à une difficulté.**

Ces stratégies ont parfois fonctionné dans le passé ou sont encore opérationnelles dans d'autres contextes.

Exemple : Priver de console de jeu un enfant de 8 ans ou de 18 ans ne donnera pas le même résultat.

Rappelez-vous : il est délirant de continuer à faire « plus de la même chose » en espérant un résultat différent !

Parfois, on grimpe jusqu'au sommet de l'échelle et l'on s'aperçoit, arrivé en haut, que l'on a posé l'échelle sur le mauvais mur !

N'essayez pas d'apprendre à tricoter à un cochon parce que vous n'y parviendrez pas et en plus, vous ennuyez le cochon !

Un comportement nouveau peut interrompre le mécanisme qui entretient le problème. En thérapie, on induit ce dernier par une **prescription de tâches.**

4.1.3. Les problèmes apparaissent en dramatisant

La dramatisation est souvent induite par des attentes utopiques. Par exemple, un parent nourrit des attentes démesurées vis-à-vis de son enfant et dramatiser dès lors de petites désobéissances. En terme d'interaction, une personne ayant tendance à dramatiser risque d'entrer en relation d'escalade symétrique avec son entourage par un jeu de renforcement réciproque. Il dit : « C'est très grave » à quoi l'autre répond : « Ce n'est pas grave ». Si dans une interaction une personne dramatiser de plus en plus, l'autre, en miroir, minimise davantage. Chacun fera « plus de la même chose » et l'écart entre les perceptions de la situation par les protagonistes augmentera constamment.

Il est pratiquement impossible de changer de tentatives de solution par soi-même puisque l'on est convaincu qu'elles sont l'unique manière d'éviter des désastres. Les solutions que l'on applique pour résoudre nos difficultés sont des remèdes culturellement enracinés et des croyances implicites personnelles que nous n'analysons qu'exceptionnellement. Nos solutions étant des remèdes foncièrement logiques, il semble « ridicule » sinon « périlleux » d'accomplir le contraire.

Nous remettons rarement en cause notre comportement. Dans une interaction problématique, nous considérons généralement que notre partenaire se montre réfractaire à nos efforts.

Exemple d'un adolescent délinquant et de ses parents :

Il est habituellement difficile d'obtenir des parents qu'ils renoncent au contrôle qu'ils exercent sur leur enfant adolescent car c'est le seul moyen dont ils croient disposer pour réduire les conséquences dommageables du comportement du jeune. En réalité, c'est souvent une attitude qui entretient le problème.

Votre objectif sera d'amener les parents à abandonner leur comportement de contrôle pour adopter des attitudes plus valorisantes à l'égard de leur enfant. Le contrôle doit faire place à des attitudes de confiance et de confrontation dans la fermeté.

Comment « vendre » moins de contrôle aux parents ?

« A quoi vous sert le contrôle que vous exercez actuellement ? Même si vous parveniez à l'éloigner de tous ses mauvais copains actuels, il s'en retrouvera d'autres et peut-être plus nuisibles encore ! Si la bonne conduite de votre fils repose sur votre contrôle, votre contrôle ne sera jamais suffisant. Comme il est impossible de le contrôler toujours et partout, il est impératif de lui apprendre à se contrôler lui-même en lui envoyant des messages valorisants. Le contrôle induit de l'insécurité chez votre fils qui ne se croit capable que de faire des bêtises ainsi qu'un sentiment de rébellion très poussé contre son père. Moins de contrôle entraînera moins d'insécurité chez votre fils et plus d'estime de soi. C'est sur ça que vous devez miser. ».[2]

4.1.4. Les problèmes apparaissent en minimisant

La minimisation apparaît lorsque des difficultés manifestes sont niées.

Avec deux personnes dont la tendance est de minimiser, la difficulté risque de ne pas être gérée. Soit elle disparaît, soit elle devient un problème. Une fois qu'une difficulté est considérée comme un problème, si celui-ci n'est pas résolu, les personnes qui en souffrent vont commencer à l'exacerber à travers un cercle vicieux d'interactions inadaptées.

4.2. Les tentatives de solution

On entend par tentatives de solution tout ce que la personne a entrepris de manière délibérée et intentionnelle pour résoudre le problème (tentatives infructueuses).

Comme nous venons de le voir, la difficulté est traitée par des tentatives de solution qui l'intensifient.

Le traitement de la difficulté devient pire que le mal !

Vous allez donc dresser une liste exhaustive de toutes les tentatives de solution antérieures et actuelles. **Vous cherchez à savoir quelles sont les solutions déjà essayées par le(s) protagoniste(s) ou par des tiers en vue de résoudre le problème.**

Exemple de tiers :

Si les parents pensent que leur enfant est malade, ils l'auront probablement déjà référé à un médecin ; s'ils croient qu'il est atteint d'une maladie mentale, ils auront consulté un psychiatre ; s'ils croient qu'il est possédé, ils auront sollicité un sorcier, etc.

4.2.1. Les tentatives de solution des parents

- ⇒ le contrôle
- ⇒ les reproches, les sermons, le raisonnement (faire comprendre, expliquer)
- ⇒ le recours à la discipline, punir et récompenser (restrictions, répression, privations, cadeaux, permissions, etc.)
- ⇒ consoler, rassurer, secourir, soutenir, aider

Exemple :

Le thérapeute : « *Vous dites que vous l'avez privée de sortie et que cela n'a servi à rien puisqu'elle s'est rabattue sur la télévision. Vous me dites que vous l'avez punie à nouveau en la privant de télévision mais qu'elle a déclaré s'en fiche éperdument. Elle a alors passé le plus clair de son temps sur l'ordinateur. Vous l'avez encore punie en coupant internet. Vous pensez que le coup a porté mais vous me dites aussi qu'elle n'a rien laissé paraître et que maintenant elle dévore tous les livres de la bibliothèque ! Elle est toujours infernale à l'école, elle continue à brosser les cours et d'après ce que vous pensez, elle continue à consommer de l'herbe. Que comptez-vous faire maintenant ? »*

La mère : « *Je vais l'empêcher de bouquiner. Elle n'aura qu'à se tourner les pouces dans sa chambre ! »*

Le thérapeute : « *Même si cette nouvelle punition ne donne toujours pas les résultats que vous souhaitez obtenir ? »*

La mère : « *Je ne peux quand même pas laisser les choses aller sans rien faire quand même ! Si je ne la punis pas, alors elle va vraiment aller dans le mur ! Et puis, elle n'aura plus aucun respect pour moi ! Ca ne m'amuse pas de la punir mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? Que je la laisse faire ? Vous savez, elle est sur une mauvaise pente. Qu'est-ce qu'elle va devenir ? Elle insulte les professeurs, elle fréquente des drogués complètement mabouls. Elle va se retrouver sans diplôme, à la rue. Et moi, je ne suis pas éternelle. Qu'est-ce qu'elle va devenir quand je ne serai plus là ? Il faut absolument que je la remette sur le droit chemin »*

Le thérapeute : « *Elle est donc encore punie jusqu'à la fin de l'année scolaire. Et pendant les vacances, comment allez-vous faire ?* »

La mère : « *Je ne sais pas. Je me le demande. En plus, je ne suis pas tout le temps à la maison, moi, je travaille. Et puis, lui interdire de lire, je sais que c'est un peu ridicule. Tous les profs espèrent que leurs élèves lisent. Mais qu'est-ce que je peux faire ? Elle trouve toujours un truc. Je ne peux quand même pas l'empêcher de lire pendant les vacances... D'un côté, c'est bien qu'elle lise mais elle fait ça pour nous narguer».*

Le thérapeute : « *Et après, à la rentrée, si elle recommence ?* »

La mère : « *Mais je ne sais pas, moi ! Vous savez, il y a une ambiance épouvantable à la maison à cause du fait que je la punis. Ce n'est pas agréable d'avoir ce rôle de la mauvaise. Je ne vais quand même pas toujours la punir, ce n'est pas possible ça* »

Le thérapeute : « *Même si c'est pour son bien ?* ».

Il est important de valider l'intention positive derrière le comportement des parents !

Rappelons-le une fois encore ! **On ne parle de tentatives de solution que si le patient persiste dans une attitude ou un comportement alors qu'il n'obtient aucun résultat ou un résultat inverse à celui escompté.**

4.2.2. Les tentatives de solution des jeunes

- ⇒ éviter, fuir, les fugues, se renfermer sur soi-même
- ⇒ dissimuler, mentir
- ⇒ s'opposer, refuser
- ⇒ rechercher l'appui d'un parent
- ⇒ mettre un parent en difficulté pour l'amener à changer de position
- ⇒ émouvoir
- ⇒ inquiéter

On appelle tentative de solution tout ce que la personne a mis en place de manière délibérée et intentionnelle pour résoudre son problème. Il ne s'agit pas de ce qui aide ou a pu aider la personne mais de tentatives infructueuses !

- Posez-vous la question sur ce que la personne dit ou fait **pour tenter de résoudre son problème ?**

□ Dégagez **le fil conducteur** reliant ces tentatives de solutions. Bien que différentes en apparence, elles constituent généralement des variantes d'une même intention. Croyant agir différemment, le patient a fait « **plus de la même chose** ».

Exemple : Il punit ou récompense son enfant de différentes façons ou de plus en plus sévèrement.

Puisque ces tentatives sont inefficaces, il faut absolument les éviter à l'avenir ! Le but de la thérapie sera de mettre fin aux solutions inefficaces. Vous devez considérer les moyens alternatifs possibles qui n'ont pas été imaginés par le patient ou la famille.

F Si les solutions appliquées jusqu'alors se révèlent infructueuses, il faut adopter une logique à 180° par rapport à celles-ci ! Il s'agit de cesser de faire « plus de la même chose » et d'essayer quelque chose de différent !

Si vous voulez que quelque chose change, changez quelque chose !

Lorsqu'on perd, il faut savoir changer de jeu !

Mais attention ! , de nombreux thérapeutes débutants commettent trop souvent l'erreur de vouloir interrompre le comportement d'une personne porteur de quelque réussite parce que celui-ci en gêne une autre !

Par exemple, une femme s'inquiète de l'instabilité professionnelle de son compagnon. Elle lui fait régulièrement part de ses préoccupations. Ces discussions renforcent les angoisses que cet homme éprouve déjà par rapport à sa situation. D'autre part, il partage avec son amie les difficultés auxquelles il est confronté dans sa recherche d'emploi, ce qui accroît l'angoisse de celle-ci. Le thérapeute demande aux partenaires de cesser de parler de ce problème d'emploi, arguant que ces discussions augmentent le stress de l'homme et l'angoisse de la femme. Or, la force du couple se fonde sur la communication. Néanmoins, les partenaires suivent les conseils du thérapeute. Rapidement, ils éprouvent le sentiment de s'éloigner l'un de l'autre.

Un problème est une difficulté gérée de manière inadéquate !

90% des situations sont résolues par le bon sens. C'est dans les 10 % restant qu'il y a un paradoxe : plus on agit avec un apparent bon sens, moins les choses s'arrangent !

□ Il est très important de repérer les séquences d'interaction qui entretiennent le problème.

Séquence d'interaction :

Problème (alcoolisme du mari) → Tentative de solution (conscientiser le mari sur les effets négatifs de l'alcool pour lui faire stopper sa consommation) → Problème + (le mari boit davantage) → Tentative de solution + (la femme surveille la consommation d'alcool de son époux, cache les bouteilles, etc.) → Problème + + (le mari continue de consommer de l'alcool au domicile conjugal mais se rend de plus en plus souvent au café) → Tentative de solution+ + (la femme harcèle de plus en plus son mari pour qu'il reste auprès d'elle, cesse de boire, entre en clinique pour un sevrage, pleure, crie, tempête) → Problème + + + (le mari passe sa vie au café, il sympathise avec une cliente alcoolique avec laquelle il entame une relation extraconjugale)

5. L'objectif général

5.1. L'objectif

En thérapie brève, on pense :

- ⇒ qu'il existe de multiples manières de mener sa vie que ce soit pour un individu ou pour une famille.
- ⇒ que les moyens d'adaptation d'une personne, bien que pouvant apparaître complètement inadéquats à son voisin (ou au thérapeute !) peuvent représenter la manière la plus efficace pour elle de composer avec son environnement.

Aussi, bien que certains aspects de la vie des patients puissent paraître indésirables ou contestables, vous ne devez pas intervenir à moins que le client ou un membre de la famille ne le souhaite. A partir de là, **l'objectif de la thérapie** apparaît très clairement : **que le client n'ait plus à se plaindre du problème ou, en tout cas, ne doive plus faire appel à vous (ou à un de vos collègues) pour le régler.** Donc, en d'autres termes, qu'il soit capable de le gérer lui-même.

La vie est pleine de problèmes. Si vous attendez que tous les problèmes des patients soient résolus, vous ne terminerez jamais une thérapie !

Les objectifs sont habituellement en relation avec le fait de se débarrasser d'un problème quelconque ou de changer une situation problématique.

En thérapie brève, au lieu de se focaliser sur ce qui doit changer ou doit être changé, on préfère s'intéresser à la tournure de la situation lorsqu'elle aura changé, c'est-à-dire se centrer sur un avenir débarrassé du problème.

Plutôt que de s'attacher à changer le problème, votre travail devrait s'orienter sur ce que seront les choses au moment où la famille sera prête à cesser de vous consulter.

- ⇒ *“Il semble que les enseignants soient constamment après toi. Imaginons que ce que nous allons faire ensemble les persuade de te laisser tranquille, comment sauront-ils que les choses sont différentes avec toi ?”*
- ⇒ *“Quand tu seras prêt à chercher du travail, qu'est ce que les gens remarqueront de différent en ce qui te concerne par rapport à ce qui se passe maintenant ?”*
- ⇒ *“Si je te filme maintenant et que je fais un autre film lorsque tu n'auras plus d'ennuis, que verrai-je de différent dans le deuxième film ? Comment pourrai-je reconnaître le deuxième film ?”*

Vous allez aider enfants et parents à construire une image d'une solution réaliste. Il vous faut tout de suite saper les attentes utopiques qui lorsqu'elles sont déçues renforcent les problèmes. Vous devez également faire passer l'idée que le changement ne se produit pas en un jour et qu'il est illusoire de penser que la thérapie puisse apporter une solution à tous les problèmes que rencontre la famille.

5.2. L'objectif de qui ?

5.2.1. L'objectif des parents

L'objectif des parents est souvent que leur enfant incontrôlable se transforme en enfant parfait. Leur attente de voir changer leur enfant prendra non seulement des années mais les laissera également avec un sentiment d'impuissance et de non-pouvoir sur leur vie.

Il vous faudra aider ces parents à se centrer sur ce qu'ils peuvent faire immédiatement. Vous pouvez recadrer les attentes déraisonnables des parents comme découlant du fait qu'ils placent la barre « un peu haut ».

Tenter de faire l'impossible empêchera de faire ce qui est possible !

5.2.2. L'objectif du jeune

Vous serez plus efficace en exploitant ce qui peut motiver les jeunes. Les conceptions sur la nature interactive du comportement sous entend que **si un jeune**, pour quelque raison que ce soit, **commence à se comporter différemment, les autres réagiront différemment à son égard, ce qui amènera le jeune à continuer à se comporter différemment.** La réciproque est vraie en ce qui concerne les parents.

Le client - jeune ou parent - devra voir l'atteinte des objectifs comme présentant des résultats bénéfiques pour lui (en rapport avec ce qu'il reconnaît comme étant un problème pour lui).

Exemple d'objectifs des jeunes :

- ⇒ Prouver qu'il n'a pas de problème
- ⇒ Parvenir à ce que les autres le laissent en paix
- ⇒ Montrer qu'il n'est pas irresponsable
- ⇒ Prouver qu'il est capable

Commencez par vous ranger du côté du jeune. Montrez-vous d'accord sur le fait que les autres lui mènent une vie d'enfer en le contrôlant, en le critiquant ou en le traitant injustement. Ensuite, implicitement, redéfinissez la position du professeur ou celle des parents en insinuant que le problème n'est pas que les adultes sont vindicatifs mais qu'ils se trompent à son sujet en le considérant comme un irresponsable. Ajoutez alors que les adultes sont notoirement rigides et ne changent pas facilement d'opinion. Par conséquent, il devra recourir à un traitement de choc. Il devra choquer les adultes en leur faisant prendre conscience qu'ils se trompent. Il devra se montrer "choquant" dans sa façon de coopérer, d'être responsable, d'être sage, etc. En aucun cas, il ne devra se rallier à l'idée que c'est la bonne attitude à adopter. S'il l'adopte, c'est uniquement parce qu'il considère que c'est un moyen de prouver que l'adulte a tort. Prouver que l'adulte a tort devient un projet ou un objectif qui motive le jeune.

5.3. La question miracle

La question miracle consiste à demander au patient d'imaginer son futur affranchi du problème qui l'amène à vous consulter.

Cette technique de questionnement permet :

- d'établir ou de clarifier l'objectif de la thérapie.
 - Elle vous permet en tant que thérapeute de comprendre où le patient veut aller.
 - Elle aide le patient à préciser en quoi les choses seront différentes (pour lui, pour sa famille, etc.) lorsque le problème sera résolu. Elle lui permet ainsi d'entrevoir que sa vie peut être différente de ce qu'elle est aujourd'hui.
- de trouver des solutions. Elle permet de déterminer les étapes à franchir pour accomplir les changements désirés. Elle permet aux parents et au jeune de comprendre ce qu'ils ont à accomplir pour atteindre leurs objectifs de façon constructive.
 - ⇒ « *Supposez qu'un miracle se produise cette nuit et que le problème qui vous amène ici soit solutionné. Vous ne savez pas que le problème a miraculeusement été résolu puisque vous dormez lorsqu'il se produit. A votre avis, que remarquerez-vous de différent, le lendemain matin, qui vous permettra de savoir qu'un miracle s'est produit pendant la nuit ?* »
 - ⇒ « *Imagine-toi devenir un jour ou l'autre une vieille femme pleine de sagesse et imagine quel genre de conseils elle donnerait à la jeune personne que tu es ?* »
 - Aux jeunes : « Que remarqueront tes parents, tes professeurs, qui leur fera dire que le miracle est arrivé ? »
 - Aux parents : « Qu'est-ce qui sera différent avec votre enfant ? »

Remarque : Il est important d'approfondir la réponse à la question miracle. Ne vous contentez pas de réponses générales ou vagues. Vous devez obtenir des descriptions précises du "miracle". Cela prend du temps ! Rappelez-vous que si les patients savent ce qu'ils ne veulent plus, nombreux sont ceux qui ne savent pas exactement ce qu'ils veulent ! Se créer une image vivante et réaliste de ce à quoi ressemblera sa vie lorsque le problème sera résolu n'est pas pour le patient une simple formalité, cela fait partie intégrante du processus thérapeutique ! Celui qui ne sait pas où il va arrive en général ailleurs !

5.3.1. Du côté du jeune

Questions permettant d'approfondir la question miracle, exemple :

Le jeune en réponse à la question miracle : *"Mes parents arrêteront de me casser les pieds"*

Le conseiller :

- ⇒ « *Que feront-ils à la place ?* »
- ⇒ « *En quoi cela fera-t-il une différence pour toi ?* »

- ⇒ « *Que feras-tu alors de différent ?* »
- ⇒ « *Comment cela changera-t-il les choses pour toi ?* »
- ⇒ « *Et pour eux ?* »
- ⇒ « *Supposons que tu cherches du travail. A ton avis, comment ta mère va-t-elle réagir? Qu'est-ce qui sera différent dans ses réactions envers toi ?* »
- ⇒ « *Quelle différence cela fera-t-il lorsque ta mère te critiquera un peu moins ?* »
- ⇒ « *Qu'est ce que tu penses que tu feras au lieu de sécher les cours, de voler, etc.?* »
- ⇒ « *Imagine que tu fasses tout cela, quelle différence cela produirait-il dans les relations avec ta mère ?* »
- ⇒ « *Quelles sont les petites choses, penses-tu, que tu pourrais faire pour que ta mère croit que tu peux t'occuper de toi ?* »
- ⇒ « *Qu'as-tu à faire pour que ta mère te laisse mener ta vie tranquillement ?* »
- ⇒ « *Qu'est ce que votre mère remarquerait de différent vous concernant, si vous ne lui dites pas qu'il y a eu un miracle ?* »
- ⇒ « *Qui sera la première personne à remarquer qu'il y a eu un miracle ?* »
- ⇒

5.3.2. Du côté des parents

De la même façon, quand les parents répondent à la question miracle : « *Notre fils fera ce qu'il est censé faire* », le conseiller peut demander :

- ⇒ « *Alors qu'est ce qu'il fera ?* »
- ⇒ « *Comment réagirez-vous à cela ?* »
- ⇒ « *Qu'est ce que ça changera pour vous ?* »
- ⇒ « *Que remarquera-t-il qui lui fera penser que vous êtes contents ?* »
- ⇒ « *Quant votre fils aura une meilleure attitude, que fera-t-il qui vous permettra de juger qu'il a une meilleure attitude. Et alors, que ferez vous au lieu de crier, de le punir ?* »
- ⇒ « *Supposons que vous fassiez tout cela, quelle différence cela produirait-il dans vos relations avec votre fils.* »
- ⇒ « *Si vous faites ça, quel sera le premier changement vous concernant que vous remarquerez ?* »
- ⇒ « *Lorsque vous redeviendrez une famille, qu'est ce qui se passera qui vous fera dire que vous êtes de nouveau une famille ?* »
- ⇒ « *Qui sera la première personne à remarquer qu'il y a eu un miracle ?* »

On peut également poser des questions détaillées sur la manière dont réagira le reste de la famille :

⇒ « *Que dira votre mari ?* »

⇒ « *Qu'est-ce qu'il remarquera de différent entre vous et votre fils quand les choses iront mieux ?* »

6. L'objectif minimal

L'objectif minimal peut se définir par la question suivante : **quel est le plus petit changement possible qui soit suffisamment petit pour être réalisable et suffisamment différent pour constituer un réel changement ?**

□ L'objectif doit être petit, simple et réalisable.

C'est quelque chose que le patient peut accomplir immédiatement. Il doit être en mesure de le réaliser malgré les circonstances difficiles de sa vie. Il a besoin de réussites et non d'échecs pour gagner confiance en lui !

Des succès concrets et de taille réduite renforcent les chances du patient d'avoir par la suite des réussites plus importantes.

Un petit changement dans un aspect de la vie du patient peut entraîner des changements dans d'autres parties de sa vie : c'est **l'effet de vague**.

□ L'objectif doit être important pour le patient :

Il est impossible de forcer quelqu'un à changer.

Il est prudent pour vous d'adhérer à ce que le patient désire changer plutôt que de lui dire quoi changer !

Le patient doit considérer l'atteinte des objectifs comme présentant des résultats positifs et bénéfiques pour lui.

□ L'objectif doit être défini comme une présence plutôt que comme une absence de quelque chose.

L'attention excessive portée au comportement mauvais ou indésirable ne semble pas être d'une aide quelconque. Il est plus utile de rester fixé sur les objectifs désirés que de continuer à se focaliser sur le comportement - problème.

Non seulement l'absence du problème peut être difficile à mesurer et à reconnaître en tant que changement mais certains patients n'ont aucune idée de ce qu'ils feront au lieu de laisser les enfants seuls, de voler, de se battre, de boire, de se droguer, etc.

Plus on entre dans les détails à propos du remplacement du comportement indésirable, mieux c'est. Les nouveaux comportements visés constitueront pour le patient des indices qu'il se rapproche de son objectif.

- ❑ L'objectif est décrit comme le début d'un nouveau comportement et non comme la fin d'un comportement indésirable.

Cesser d'avoir un comportement indésirable n'est pas facile. Il est plus facile de substituer un comportement différent !

- ❑ L'objectif doit être présenté comme demandant un « travail » au patient.

Il est facile de commettre l'erreur de dire au patient combien il lui est simple et aisé de trouver une méthode moins brutale pour assurer la discipline de son enfant.

Cette attitude banalise l'expérience personnelle du patient qui éprouve de la difficulté à être patient avec un enfant qui lui adresse des revendications et l'agace.

Même le plus petit changement peut apparaître comme une tâche monumentale alors que le patient se sent déjà épuisé, frustré et que rien ne semble aller dans sa vie.

Lorsque vous émettez des remarques sur la difficulté à résoudre le problème qu'a le patient, vous portez le blâme sur le problème et non sur le manque d'effort du patient ou sur son manque d'intelligence.

Quand le patient réussit à accomplir le « travail », il peut s'en attribuer le mérite.

- ❑ Cet objectif est cerné dès que le problème commence à être clair. Pas avant !

Evitez les objectifs hâtifs. Si nous n'avons pas cerné le problème, comment pourrions-nous trouver un objectif significatif ? Rappelez-vous l'adage de Boileau : « Hâtez-vous lentement » !

- ❑ L'objectif doit être exprimé en terme de comportement ou d'interactions.
- ❑ Les objectifs ont 2 composantes :
 - ⇒ Ce que le patient vise et en conséquence, ce que vous visez.
 - ⇒ Ce que le patient et vous allez faire pour parvenir à cet objectif.
- ❑ Le but premier de l'intervention n'est pas de résoudre toutes les difficultés mais bien d'**initier un changement**. Il s'agira de définir une action qui fasse une différence. L'objectif minimal est décrit comme minime mais cependant significatif et exprimé en termes positifs.

Exemples :

- « *Me remettre à cuisiner pour mon fils* » plutôt que « *Ne plus lui en vouloir* ».
- « *Accompagner ma mère au marché* » plutôt que « *Ne plus m'enfermer dans ma chambre* ».
- « *Chercher du travail* » plutôt que « *Cesser de boire* ».

On va ainsi déterminer de **petites étapes mesurables sur la voie de la solution**.

Les indices concrets qui pourront attester dans le futur que la conduite du jeune s'est modifiée ou que les parents ont acquis de nouvelles compétences éducatives sont essentiels. En effet, plus l'objectif est imprécis et plus les personnes ont l'impression que quels que soient les efforts accomplis, une nouvelle étape les attend encore (et sont alors plus enclines à abandonner). De plus, il est toujours possible de critiquer le comportement de l'un ou de l'autre si parents et enfant ne savent pas concrètement ce que chacun attend.

7. La position du client

La position, c'est le cadre de référence du patient. C'est de là que vient son **cadrage** (= sens donné).

- Ce terme se réfère à la prise de position d'une personne quand elle parle :
 - ⇒ d'elle-même et des personnes incluses dans le problème
 - ⇒ du problème
 - ⇒ des solutions à apporter au problème
 - ⇒ de ses objectifs
 - ⇒ de ses croyances, de ses valeurs

Exemple de conception du problème : L'enfant posant problème à sa famille peut-être vu comme :

- ⇒ une graine de gangster → il devra être « corrigé » ou « socialisé »
- ⇒ une personne en souffrance → il devra être aidé ou « soigné ».

Exemples de valeurs : être une bonne mère, réussir, relever des défis, être responsable, être indépendant, aider les autres, la solidarité, le partage, l'amour, le courage, la fierté, le travail, l'argent, la reconnaissance sociale, etc.

- La position, c'est aussi l'ensemble des capacités et des ressources du patient.

Exemples de capacités et de ressources : la volonté, le courage, la persévérance, l'amour

Remarque : À travers le discours des parents, on peut parfois évaluer la position de l'enfant (ce qui peut être utile pour une prescription de tâches).

Comportez-vous avec le patient comme si vous acceptiez sa façon de faire, de voir et d'expliquer les choses même si ça ne vous semble ni logique ni réaliste : **cela l'est pour lui !** Souvent, ce point de vue a été pour lui un atout précieux qui lui a rendu service quoique cette façon de faire puisse l'avoir mis, de temps en temps, en difficulté.

Ne le contredisez pas de façon directe. Evitez d'entrer dans des débats ou des disputes (attitude défensive). Vous n'avez aucune chance de le faire changer d'idée par le raisonnement. **Si cette démarche devait marcher, elle aurait déjà marché !**

Chaque fois que c'est possible, soyez d'accord avec le patient. Le point décisif, c'est souvent qu'il sente sa position acceptée et ses sentiments reconnus comme légitimes et non pas de savoir s'il est responsable ou non du problème.

7.1. La position par rapport au problème

Bien que vous ne recherchiez pas les causes du problème (car même si vous pouviez les découvrir, il n'est pas sûr que vous puissiez y faire quoi que ce soit), vous devez vous intéresser à ce que le jeune et/ou les parents (et/ou l'enseignant, etc.) considère(nt) comme étant à l'origine de la situation car cela va influencer leurs attitudes et leur motivation.

Exemple :

- « *C'est un sale gosse qui fait tout pour nous rendre la vie impossible. C'est de la pure méchanceté, nous ne savons plus comment le punir* ».
- « *Notre enfant est malade, il ne se rend pas compte de ce qu'il fait. Il nous rend la vie impossible et nous ne savons pas comment l'aider à s'en sortir* ».

7.2. Les croyances et les valeurs personnelles

Certaines valeurs personnelles peuvent avoir une incidence directe sur la thérapie. Quand vous les aurez repérées, vous pourrez vous en servir comme leviers.

Par exemple :

- Certains patients se verront comme des individus extraordinaires et seront donc motivés par une compétition ou un défi.
- D'autres au contraire seront intimidés à l'idée de se distinguer. Alors qu'ils reculeraient devant une compétition, ils accueilleront favorablement toute tâche qui leur semblera ne pas exiger qu'ils se mettent en évidence.
- Certaines personnes pour qui « donner de l'amour » ou « prodiguer des soins » est important se sentiront plus motivées par des tâches exigeant un sacrifice personnel constructif que par des tâches sous-entendant qu'« elles doivent penser à elles-mêmes »

Quelques leviers : le défi, l'amour de ses enfants, la colère, le désir de contrôle, etc.

7.3. La position par rapport à la thérapie

Le patient se définit-il comme client ou désigne-t-il quelqu'un d'autre ?

Pour ce qui est de la thérapie elle-même, les patients se partageront généralement entre ces deux positions :

- ⇒ ils estimeront pouvoir bénéficier passivement de votre sagesse et de vos conseils
- ⇒ ils penseront devoir prendre une part active dans le traitement.

8. Résumé : La grille

- ❑ **Le client** : Qui se plaint ? Qui veut que cela change ?
- ❑ **Le problème** :
 - Quel est le problème ?
 - En quoi est-ce un problème ?
 - Concrètement
 - Exceptions - aggravations
 - Pourquoi consulter maintenant ?
- ❑ **Les exceptions et les succès antérieurs** :
 - Quels sont les moments où le problème ne se produit pas ?
 - Y a-t-il une époque où les choses allaient bien ?
- ❑ **Les tentatives de solutions** :
 - Quelles solutions ont déjà été tentées ?
 - Liste exhaustive
 - Fil conducteur
 - Qui fait quoi pour régler quel problème ?
 - Qu'est-ce qui a marché, qu'est-ce qui n'a pas marché ?
- ❑ **L'objectif** :
 - En quoi les choses seront-elles différentes lorsque le problème sera résolu ?
- ❑ **L'objectif minimal** :
 - Quel est le plus petit changement possible qui soit suffisamment petit pour être différent pour constituer un réel changement ?
- ❑ **La position** :
 - Valeurs, croyances
 - Capacités, ressources

Bibliographie

Berg Insoo Kim, “ Services axés sur la famille, une approche centrée sur la solution”, EDISEM INC, Canada, 1996

de Shazer Steve, “Clés et solutions en thérapie brève”, Editions Satas, Collection le Germe, Bruxelles, 1999

de Shazer Steve, “Différence”, Editions Satas, Collection le Germe, Bruxelles, 1996

de Shazer Steve, “ Les mots étaient à l’origine magique”, Editions Satas, Collection le Germe, Bruxelles

Durrant Michael, “Stratégies pratiques en milieu scolaire ”, Editions Satas, Collection le Germe, Bruxelles, 1997

Fisch Richard, Weakland H. John, Segal Lynn, “Tactiques du changement”, Seuil, Paris, 1986

Haley Jay, “ Leaving home. Quand le jeune quitte sa famille”, ESF Editions

Haley Jay, “ Un thérapeute hors du commun. Milton H. Erickson”, EPI, Paris, 1984

Séron, Claude; Wittezaele, Jean- Jacques, “Aide au contrôle. L’intervention thérapeutique sous contrainte”, De Boeck et Larvier S. A, Bruxelles, 1991.

O’Hanlon Bill, Beadle Sandy, “ Guide du thérapeute au pays du possible. Méthode de la thérapie du possible”, Editions Satas, Collection le Germe, Bruxelles, 1997

Watzlawick Paul, Weakland John, Fisch Richard, “Changement. Paradoxes et psychothérapie”, Editions du Seuil, Collection Points, 1975

Watzlawick Paul, “ Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique”, Editions du Seuil, Collection Essais, 1980.

L'auteur

Evelyne Josse est psychologue diplômée de l'Université Libre de Bruxelles. Elle est formée à l'hypnothérapie éricksonnienne, à l'EMDR et à la thérapie brève.

Elle exerce en qualité d'expert en hypnose judiciaire auprès de la Justice belge et pratique en tant que psychothérapeute en privé. Elle est également consultante en psychologie humanitaire.

Elle a travaillé pour différentes ONG dont « Partage avec les enfants du Tiers Monde », « Avenir des Peuples des Forêts Tropicales », « Médecins Sans Frontières-Belgique » et « Médecins Sans Frontières-Suisse ».

Passionnée d'ULM 3 axes (type avion), elle a mis sur pied avec Thierry Moreau de Melen, un ami pilote, le programme ASAB (Anti Stress Aéronautique Brussels).

Auparavant, elle a exercé dans des hôpitaux universitaires auprès d'adultes atteints du VIH/SIDA et auprès des enfants malades du cancer. Elle a également été assistante en faculté de Psychologie à l'Université Libre de Bruxelles.

D'autres articles on-line du même auteur sont disponibles :

Maladie grave

- Le vécu de l'enfant atteint d'une maladie cancéreuse. Diagnostic et première hospitalisation », E. Josse, <http://www.bipe.be>, Littérature, articles online,

2006 (9 pages)

- Le vécu des parents d'un enfant malade du cancer, E. Josse, <http://www.bipe.be>, Littérature, articles online, 2006 (17 pages)

Hypnose

- « Métaphore et Traumatisme psychique ». E. Josse, <http://www.sbhlf.be/temp/articles.php>, 2004 (22 pages)

- « Les acouphènes. Traitement par l'hypnose ». E. Josse, <http://www.psycho-solutions.be>, 2006 (32 pages)

Stress et traumatisme du personnel expatrié

- « Les expatriés dans la tourmente. Le stress humanitaire ». E. Josse, <http://victimology.be>, Zone professionnelle, articles, 2006. (27 pages)
- « Le débriefing psychologique dans un cadre professionnel ». E. Josse, <http://victimology.be>, Zone professionnelle, articles, 2006. (22 pages)
- « Comment faire? Le débriefing psychologique des expatriés affectés par un incident critique, E. Josse, <http://www.psy.be/articles.php?article=157>, 2006 (16 pages)
- « Comment gérer le stress dépassé lié à l'expatriation? », E. Josse, http://www.victimology.be/fr/articles/gerer_stress_depasse_NET.pdf, 2006 (16 pages)
- « Comment gérer le stress traumatique survenant dans le cadre d'une expatriation ? », E. Josse, <http://www.bipe.be>, Littérature, articles online, 2006 (13 pages)

Traumatisme psychique

- « Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles. Approche orientée vers la solution ». E. Josse, <http://victimology.be>, Zone professionnelle, articles, 2006.(51 pages)
- « Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme », E. Josse, http://www.victimology.be/fr/articles/violences_sexuelles_definitions_d_un_concept_multiforme.pdf, 2006 (26 pages)
- « Le développement des syndromes psychotraumatiques. Quels sont les facteurs de risques ? », E. Josse, http://www.victimology.be/fr/articles/developpement_syndromes_psychotraumatiques.pdf, 2006 (13 pages)
- « La torture de masse. Le cas de l'ex-Yougoslavie », <http://www.bipe.be>, Littérature, articles online, 2006 (47 pages)
- « Victime, une épopée conceptuelle. Première partie : définitions », Evelyne Josse, 2006, <http://victimology.be>, Zone professionnelle, articles

Problématiques humanitaires

- « Les enfants des rues. L'enfer du décor : <http://www.bipe.be>, Littérature, articles online, 2006 (36 pages)

- « Guide pour un assessment rapide des besoins psychosociaux et en santé mentale des populations affectées par une catastrophe naturelle », E. Josse, <http://www.bipe.be>, Littérature, articles online, 2006 (98 pages)

- « Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires », E. Josse, http://www.victimology.be/fr/articles/Traumatisme_catastrophes_humanitaires.pdf, 2006 (38 pages)

Divers

- « Stress aéronautique. Peur de voler, phobie de l'avion, panique à bord, E. Josse, <http://www.psycho-solutions.be>, 2006 (29 pages)

[1] En Belgique, Centre Psycho-Médico-Social.

[2] Inspiré d'un exemple de Séron C., Wittezaele, J.-J. : "Aide au contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte", De Boeck et Larvier S. A., Bruxelles, 1991