

K. Strosahl, P. Robinson et T. Gustavsson

Traduction de L. Kempe et P. Graziani

L'ACT en thérapie brève

Oser le changement radical :
principes et pratiques de Focused ACT



- ▷ Nombreuses vignettes cliniques
- ▷ Outils d'évaluation
- ▷ Feuilles de travail

+ EN LIGNE

- Feuilles de travail
- Protocoles de groupe



L'ACT en thérapie brève

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies est un véritable outil de formation pour les professionnels de la santé mentale.

Chacun pourra y découvrir :

- Des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques ;
- Des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées ;
- Des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Celles-ci y sont développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et répondent à tous les besoins des professionnels.

Dans la même collection

Vitry G., *La thérapie brève systémique stratégique*, 2024

Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K., *Le soi hanté*, 3^e éd., 2024

Antoni M., Ironson G., Schneiderman N., *Gérer le stress grâce aux TCC*, 2024

Fisher J., *Dépasser la dissociation d'origine traumatique*, 2^e éd., 2024

Segal Z., Teasdale J., Williams J., *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, 4^e éd., 2024

Young J., Klosko J., Weishaar M., *La thérapie des schémas*, 3^e éd., 2024

K. Strosahl, P. Robinson et T. Gustavsson

Traduction de L. Kempe et P. Graziani

L'ACT en thérapie brève

**Oser le changement radical :
principes et pratiques
de Focused ACT**

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2025
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : janvier 2025
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2025/13647/019

ISSN : 1780-9517
ISBN 978-2-8073-6832-3

Sommaire

Compléments numériques.....	7
Introduction	9

PARTIE 1

Principes d'interventions brèves

CHAPITRE 1	Une brève revue des thérapies brèves.....	17
CHAPITRE 2	Comment les gens se retrouvent piégés	31
CHAPITRE 3	Le processus de changement radical	49

PARTIE 2

Outils pratiques et méthodes d'interventions brèves et ciblées

CHAPITRE 4	L'entretien ciblé.....	65
CHAPITRE 5	Stratégies et outils pour accroître la motivation.....	79
CHAPITRE 6	Promouvoir un changement radical.....	95

PARTIE 3

Cas pratiques

CHAPITRE 7	Devenir grand comme Swallow : la FACT avec un enfant abusé sexuellement.....	115
CHAPITRE 8	Perdu dans l'espace : la FACT avec un adulte polytoxicomane.....	135
CHAPITRE 9	Jouer la carte de la sécurité : la FACT avec un adulte victime d'abus sexuel.....	155
CHAPITRE 10	Déconnectée et démoralisée : la FACT avec une femme âgée dépressive.....	175

PARTIE 4

La FACT avec les couples et les groupes

CHAPITRE 11	Jusqu'à ce que la mort nous sépare : la FACT avec les couples.....	199
CHAPITRE 12	Plus on est de fous, plus on rit : la FACT pour les groupes et les classes.....	213
Annexes.....		229
À propos des auteurs et traducteurs.....		237
Index.....		239
Bibliographie.....		241

Compléments numériques

Cet ouvrage s'accompagne de ressources numériques complémentaires. Pour y accéder, rendez-vous sur le site de l'éditeur à l'adresse suivante :

<https://www.deboecksuperieur.com/site/368323>

Vous y trouverez les ressources suivantes :

- Toutes les feuilles de travail et outils d'évaluation mentionnés dans le livre ;
- Des exemples détaillés de protocoles de groupe FACT pour les enfants, les adolescents et les adultes ;
- Les outils d'évaluation, de formulation de cas et de planification de traitement décrits dans le livre.

Introduction

Lorsque nous ne sommes plus en mesure de changer une situation... nous sommes mis au défi de nous changer nous-mêmes.

Viktor FRANKL

Ce livre est destiné aux thérapeutes afin de les outiller dans leur mission d'accompagner des personnes en difficulté, parfois désespérées, à amorcer un changement radical et transformateur dans leur vie. Lorsque les individus manquent de flexibilité dans leurs compétences et sont réticents à modifier des stratégies inefficaces, les moments les plus difficiles de la vie peuvent sembler émotionnellement insurmontables. Il est alors facile de se retrouver figé ou immobilisé. Toutefois, il est intéressant de constater que certaines personnes, face à ce type de difficultés, parviennent à « prendre de l'ampleur » et à transcender leur situation. Nous savons que cela est possible même dans les circonstances les plus terribles – la lecture de *Découvrir un sens à sa vie* (1992) de Viktor Frankl en est une preuve éloquente –, et il n'y a donc aucune raison de douter que cela puisse se produire dans la vie quotidienne. La quête d'un modèle permettant de favoriser un changement rapide et durable débute avec la question suivante : comment certaines personnes parviennent-elles à mobiliser des ressources intérieures pour accepter ce qui leur est arrivé et avancer dans la vie, tandis que d'autres sont anéanties par des défis similaires ?

Confronté aux atrocités des camps de concentration, Frankl s'est attaché à trouver un sens à la barbarie qu'il expérimentait au quotidien. Sa transformation personnelle impliquait d'accepter la possibilité de ne jamais revoir sa femme (ce qui s'est avéré le cas), tout en trouvant des moyens de continuer à vivre et à exprimer son amour inébranlable pour elle. Cette capacité de transcender des circonstances terribles défie la logique ; elle est comparable, dans le domaine humain, au saut quantique en physique. Notre postulat est que toute personne, quelle que soit sa situation, a la capacité de vivre de tels changements radicaux dans sa vie.

Qu'est-ce que la FACT ou la thérapie brève centrée sur l'acceptation et l'engagement ?

La thérapie brève centrée sur l'acceptation et l'engagement ou la FACT (Focused Acceptance and Commitment Therapy) est un nouveau modèle de thérapie brève. Elle se présente comme une version très condensée de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), développée par Hayes et al. en 1999 et 2012, une thérapie qui a fait ses preuves, mais avec des durées de suivi nettement plus longues.

La FACT emploie des techniques d'acceptation et de pleine conscience pour aider les patients à modifier leur rapport aux expériences intérieures désagréables et pénibles, telles que les pensées perturbantes, les émotions négatives, les souvenirs douloureux ou les symptômes physiques inconfortables. La FACT n'essaie pas de changer le contenu de ces épisodes douloureux. En fait, ce sont précisément les efforts visant à changer, supprimer, éliminer ou contrôler ces expériences que la FACT considère comme problématiques. Lorsque les patients se concentrent uniquement sur la gestion de leurs émotions, l'évitement des souvenirs douloureux, la substitution des pensées négatives par des pensées positives, ils ne sont pas en mesure de répondre efficacement aux besoins immédiats de leur vie. En conséquence, ils deviennent rigides et inefficaces dans la résolution de leurs problèmes. La FACT enseigne aux patients à simplement observer et accepter la présence de ces expériences. Cette nouvelle perspective les aide à percevoir les émotions comme de simples émotions, les souvenirs comme de simples souvenirs, les pensées comme de simples pensées, et les sensations physiques comme de simples sensations.

Un autre aspect central de la FACT est l'accent mis sur l'aide apportée aux patients pour se reconnecter à leurs valeurs personnelles et pour s'engager dans des actions cohérentes avec ces valeurs. Plutôt que de se focaliser sur le contrôle des émotions, la FACT oriente les patients vers l'amélioration de leur qualité de vie. Puisque nous ne pouvons contrôler l'apparition d'émotions, de pensées, de souvenirs traumatiques ou de symptômes physiques désagréables, il est essentiel de concentrer notre énergie sur ce qui est à notre portée : le comportement immédiat. Le terme « engagement » dans le nom de la thérapie brève centrée sur l'acceptation et l'engagement, désigne des actions alignées sur les valeurs personnelles, flexibles et en constante évolution.

Un modèle unifié de la souffrance et de la résilience humaines

La particularité de la FACT réside dans son fondement scientifique, montrant qu'un nombre limité de processus mentaux expliquent à la fois la souffrance et la vitalité humaines. Nous examinerons ces processus en détail dans la suite de ce livre. Pour

l'instant, retenons qu'il existe trois dimensions fondamentales déterminant à la fois le niveau de souffrance et le niveau de vitalité :

- la conscience du moment présent ;
- l'ouverture à l'expérience personnelle ;
- et l'engagement dans des activités valorisées.

La FACT soutient explicitement que *toute* souffrance humaine, quelle que soit sa forme, est causée par des déficits dans un ou plusieurs de ces processus fondamentaux. Cela signifie que la FACT est une approche transdiagnostique ; il ne s'agit pas d'un traitement spécifique à certaines maladies, à certains troubles ou à certaines conditions. Vous pouvez appliquer la méthode FACT à pratiquement tous les problèmes humains que vous rencontrez.

Pour illustrer cela, imaginez une personne capable d'accueillir ses expériences personnelles, qu'elles soient agréables ou douloureuses, sans résistance ni lutte. Cette personne serait également capable de rester ancrée dans le moment présent et consciente des récits personnels susceptibles d'entraver une action efficace. Enfin, elle serait en mesure de se connecter à ses valeurs de vie et d'orienter ses efforts de résolution de problèmes en accord avec ces valeurs. Est-il courant de rencontrer une telle personne en thérapie ? Probablement pas !

Données probantes en faveur de la FACT

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) a récemment été désignée comme un traitement fondé sur des preuves par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Une revue (Levin et al., 2013) a recensé quarante études sur les composantes de l'ACT, seules ou combinées, avec une taille d'effet moyenne pondérée de $d = 0,70$ (IC à 95 % : 0,47 à 0,93) sur les résultats ciblés. Une autre revue (Ruiz, 2010) a identifié vingt-cinq études relatives aux résultats dans le domaine de la psychologie clinique ($N = 605$; dix-huit essais randomisés), vingt-sept en psychologie de la santé ($N = 1\,224$; seize études randomisées), et quatorze dans d'autres domaines, tels que la psychologie du sport, la stigmatisation, le développement organisationnel et l'apprentissage ($N = 555$; quatorze études randomisées). Dans toutes les études, l'ampleur de l'effet entre les groupes semble être d'environ 0,65 (Hayes et al., 2006 ; Öst, 2008 ; Powers et al., 2009 ; Pull, 2009).

L'ACT a également été appliquée à de nombreux problèmes « non traditionnels », tels que l'épilepsie, la douleur chronique, les syndromes de douleur pédiatrique, l'obésité, le tabagisme et le diabète, pour n'en citer que quelques-uns. De nombreuses études sur ACT impliquent des interventions brèves et limitées dans le temps, qui peuvent consister en deux à quatre séances de thérapie ou en un cours de psychoéducation d'une demi-journée ou d'une journée entière. Le fait que les interventions ACT, même brèves, semblent produire des résultats à long terme a été un facteur déterminant dans le développement de la FACT.

À notre connaissance, l'approche FACT est la seule thérapie brève qui a fait l'objet d'une étude contrôlée après avoir été diffusée dans un système de prestation de soins de santé mentale (Strosahl et al., 1998). L'étude a comparé un groupe de thérapeutes ayant reçu une formation en FACT à un autre groupe de thérapeutes ayant reçu une formation en thérapie brève centrée sur la solution (SFBT ; De Shazer, 1985). L'analyse des données d'un large échantillon de patients a révélé que les thérapeutes formés à FACT obtenaient les mêmes résultats cliniques que les thérapeutes formés à la SFBT, mais que le nombre de patients abandonnant la thérapie était nettement inférieur, que le taux de satisfaction des patients était plus élevé, que les thérapeutes étaient plus enclins à mettre fin à la thérapie d'un commun accord avec le patient et qu'ils étaient moins enclins à orienter les patients vers une évaluation et un traitement psychiatriques. En moyenne, les thérapeutes SFBT et FACT ont mis quatre séances pour achever le traitement.

En quoi la FACT représente-t-elle une nouveauté ?

Depuis la fin des années 1980, les modèles de thérapie brève n'ont connu que peu d'innovations significatives, et les études menées sur l'efficacité de ces nouvelles méthodes n'ont pas été particulièrement concluantes. À ce jour, aucune des thérapies brèves pratiquées dans les centres de santé mentale n'est reconnue comme un traitement fondé sur des données probantes. Dans le même temps, le secteur des soins de santé est en pleine mutation. Les organismes communautaires et les institutions de santé mentale demandent désormais aux thérapeutes d'adopter des traitements à la fois efficaces, fondés sur des preuves et limités dans le temps.

Ces traitements se présentent souvent sous la forme de manuels de traitement potentiellement denses et ardues à suivre. On demande aux thérapeutes de traiter leurs patients en moins de séances sans compromettre les résultats. Cette exigence crée un défi considérable pour le thérapeute moderne. Face à tant de manuels de traitement fondés sur des preuves et si peu de temps, il devient crucial de disposer d'une méthode simple, intégrée, uniforme et éprouvée pour la modification du comportement humain. Cette méthode devrait permettre au thérapeute d'appliquer les mêmes principes de traitement à une variété de problèmes. La FACT répond à ces critères en tant que modèle de traitement adapté à cette nouvelle réalité.

À propos de ce livre

La première partie de ce livre, *Principes d'interventions brèves* (chapitres 1 à 3), est conçue pour vous donner une compréhension substantielle des origines, des caractéristiques et de l'évolution de la thérapie brève afin de comprendre comment les individus se retrouvent piégés en répétant les mêmes schémas de comportement

inefficaces et pour illustrer les principes fondamentaux permettant aux individus de développer suffisamment de flexibilité qui les pousseront à un changement radical à travers de nouveaux comportements.

Dans le chapitre 1, nous proposons une introduction rapide à la thérapie brève et expliquons pourquoi de nombreux patients, voire la majorité, préfèrent des traitements plus courts pour résoudre leurs problèmes. Nous examinons les recherches sur les préférences des patients en matière de thérapie, la manière dont les patients utilisent la thérapie, les modèles de changement en thérapie, les comparaisons entre les thérapies brèves et les thérapies à long terme pour le même problème, ainsi que les phénomènes de changement rapide au cours des premières séances de thérapie. Nous passons également en revue l'évolution des thérapies brèves et décrivons les approches modernes dominantes dans ce domaine. Enfin, nous concluons par un examen des questions contemporaines dans le domaine de la thérapie brève.

Dans le chapitre 2, nous examinons la question de savoir comment les êtres humains se retrouvent piégés dans des schémas de comportement inadaptés. Nous décrivons les hypothèses fondamentales de la FACT et introduisons les principes centraux de la théorie des cadres relationnels, une nouvelle approche passionnante du langage et de la pensée humaine. Notre objectif est de montrer que la souffrance humaine trouve son origine dans des processus linguistiques identiques à ceux qui produisent nos réalisations humaines les plus remarquables. Nous décrivons les deux modes de pensée majoritairement responsables de la souffrance et de la vitalité : l'esprit de résolution de problèmes et l'esprit sage.

Dans le chapitre 3, nous introduisons un ensemble d'idées et de principes décrivant comment les individus réussissent à promouvoir des changements radicaux. Nous examinons également comment le clinicien utilisant la FACT peut à la fois modéliser et enseigner des compétences de base conçues pour augmenter la flexibilité psychologique des patients.

La partie 2, *Outils et méthodes* pratiques pour des interventions brèves et ciblées (chapitres 4 à 6), propose une stratégie d'entretien structurée qui aide à créer un contexte propice au changement rapide et présente des outils et techniques d'entretien et d'évaluation des cas qui vous permettront d'intervenir rapidement et efficacement sur les problèmes pour lesquels votre patient cherche de l'aide. Tout au long de cette partie du livre, des exemples de cas cliniques et des dialogues en séance sont utilisés pour mettre en évidence les principes et stratégies clés.

Dans le chapitre 4, vous apprendrez un ensemble de techniques d'entretien ciblées pouvant être utilisées pour amener rapidement l'individu à prendre conscience des coûts de l'utilisation de stratégies d'évitement inadaptées. Vous apprendrez à créer une motivation au changement en engageant les patients dans une évaluation de leur orientation de vie et en vérifiant si la direction qu'ils prennent est cohérente avec leurs valeurs personnelles.

Dans le chapitre 5, nous introduisons plusieurs outils pratiques pour évaluer la flexibilité psychologique des patients et analyser les points de levier disponibles pour

effectuer une intervention brève. Nous proposons également une méthode d'analyse de cas et de sélection de traitement qui vous aidera à décider quand, où, et comment intervenir.

Dans le chapitre 6, nous décrivons comment développer la flexibilité psychologique à l'aide d'interventions brèves. Nous examinons des stratégies cliniques spécifiques pour promouvoir la conscience, l'ouverture et l'engagement dans la vie. La FACT a largement recours à des métaphores, des analogies et des exercices expérientiels directs pour aider à développer la flexibilité. Des exemples de cas cliniques montrent comment ces stratégies sont appliquées en thérapie.

La partie 3, *Cas cliniques* (chapitres 7 à 10), démontre l'application de la FACT avec des enfants et des familles (chapitre 7), des personnes souffrant de toxicomanie (chapitre 8), des personnes ayant subi un traumatisme et présentant des symptômes de stress post-traumatique (chapitre 9) et des personnes âgées souffrant de trouble de l'humeur et de découragement (chapitre 10). Dans chaque chapitre, un exemple de cas issu la pratique clinique réelle est utilisé pour montrer comment la FACT peut être appliquée à ce type particulier de problème. Des dialogues thérapeutiques montrent comment les interventions FACT sont mises en place et réalisées dans la conversation clinique. À la fin de chaque chapitre, nous proposons des lignes directrices générales pour traiter les individus ayant ce type de problème.

La partie 4, *La FACT avec les couples et les groupes* (chapitres 11 et 12), décrit comment utiliser la FACT en tant que thérapie de couple et comment adapter la FACT pour une intervention en groupe ou en classe. Là encore, nous utilisons des exemples de cas pour mettre en évidence les façons dont les évaluations et les interventions FACT peuvent être adaptées à chacune de ces circonstances particulières.

Pour terminer

Ce livre est écrit pour vous aider à augmenter la flexibilité psychologique de vos patients de manière ciblée et cohérente. Pour y parvenir, vous devez être prêt à prendre du recul et à examiner certaines hypothèses largement partagées, voire valorisées, sur la façon dont les gens changent et sur votre rôle en tant qu'aidant dans ce processus. Vous devrez peut-être reconsidérer vos idées sur la façon dont les gens se retrouvent piégés dans des schémas de comportement inadaptés. Vous devrez peut-être réfléchir plus largement au problème général de la souffrance humaine et comprendre pourquoi elle est si répandue. Nous vous demanderons d'adopter ce que nous appelons une vue d'ensemble de la condition humaine, semblable à celle de l'aigle. Une fois que vous aurez une vision d'ensemble de la souffrance humaine et que vous saurez que faire pour y remédier, vous serez en mesure d'intervenir de manière stratégique et puissante. Nous espérons que vous trouverez cette approche aussi libératrice, puissante et prometteuse que nous.

PARTIE 1

Principes d'interventions brèves

CHAPITRE 1

Une brève revue des thérapies brèves

Rappelez-vous, les enfants, ce n'est pas le tabagisme passif qui tue, mais l'adoption passive d'idées usagées.

George HERMS

C'est peut-être le premier livre que vous lisez sur le sujet de la thérapie brève ou le cinquantième. Dans tous les cas, nous pensons qu'il est utile de commencer par une orientation générale (ou réorientation) de la théorie et de la pratique de la thérapie brève. Voici nos objectifs pour ce chapitre : d'abord, fournir un cadre général pour déterminer ce qui qualifie ou non une thérapie brève. Ensuite, visiter certains mythes et idées reçues sur la manière dont les gens changent, comment la thérapie génère des changements, et ce que les patients espèrent gagner en cherchant une thérapie. Puis, donner une courte leçon d'histoire sur les origines du mouvement de la thérapie brève et son évolution jusqu'à aujourd'hui. Enfin, passer en revue les questions importantes en thérapie brève susceptibles de limiter son acceptation par la communauté de la santé mentale au sens large. Si, à la fin de ce chapitre, vous souhaitez en savoir plus sur la théorie et la pratique de la thérapie brève, il existe de nombreux textes utiles à choisir (par exemple, Hoyt, 2001, 2009 ; O'Hanlon et al., 2003).

1. Définir la thérapie brève – pas aussi simple que cela en a l'air

Un problème conceptuel de longue date est de définir la « thérapie brève ». Cela est en partie dû au fait que *la brièveté* est une notion subjective. Pour un psychanalyste habitué à voir des patients deux fois par semaine pendant des années, suivre un patient pendant à peine un an peut sembler bref. En effet, de nombreuses études publiées

sur la thérapie psychodynamique brève impliquent des protocoles de vingt séances, dépassant la durée de nombreux traitements cognitifs comportementaux complets. Un clinicien habitué à traiter des patients dépressifs avec un protocole de thérapie cognitive de seize séances pourrait qualifier de bref un programme en huit séances. Pour compliquer les choses, plusieurs termes sont souvent utilisés comme s'ils étaient interchangeables : thérapie stratégique brève, thérapie limitée dans le temps, thérapie à court terme, thérapie efficace dans le temps et intervention brève, pour n'en nommer que quelques-uns. Nous avons ainsi une soupe de termes qui peuvent générer beaucoup de confusion, s'ajoutant à la difficulté inhérente de définir précisément ce qu'est une thérapie brève.

Clarifions la question du temps. Un traitement efficace en termes de temps est une approche qui maximise l'impact clinique de chaque séance de thérapie. Si un patient obtient le bénéfice maximal en douze séances, c'est un traitement efficace en termes de temps. En revanche, si le même bénéfice peut être atteint en à peine quatre séances, utiliser douze séances ne serait pas considéré comme efficace en termes de temps. Les termes « limité dans le temps » et « à court terme » désignent une thérapie avec un nombre prédéfini et limité de séances, par exemple, une intervention de groupe de huit séances pour développer des compétences de résolution de problèmes personnels. L'intervention brève se réfère généralement à un protocole d'une ou deux séances pour traiter des comportements à haut risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool ou de substances. Ce type de thérapie est souvent délivré dans des contextes tels que les soins primaires, les hôpitaux, les prisons ou les programmes de crise, où la capacité de rencontrer les patients sur une longue période est extrêmement limitée.

Une approche différente pour aborder cette question consiste à considérer la thérapie en général comme une course entre ce que le modèle de traitement exige et ce que le patient est prêt à accepter. Alors que la motivation du patient pour la thérapie diminue régulièrement au fil du temps, de nombreuses approches thérapeutiques introduisent progressivement des concepts et des compétences au cours du traitement. Malheureusement, les patients qui abandonnent le traitement ne bénéficieront pas des stratégies prévues pour les étapes ultérieures. Le nombre moyen de séances effectuées par un patient typique lors d'un épisode de thérapie aux États-Unis varie de quatre à six (Brown & Jones, 2005 ; Olfson et al., 2009 ; Talmon, 1990). Notre point de vue est qu'une thérapie brève est conçue pour être terminée avant d'atteindre ce point de rupture naturel. Dans cette définition, la thérapie brève représente, en partie, l'acceptation philosophique du clinicien que le temps disponible pour aider un patient sera limité, que le processus thérapeutique doit être dirigé par le patient et que la mission du clinicien (s'il ou elle choisit de l'accepter) est d'aider le patient à réaliser des changements comportementaux significatifs pendant le temps disponible.

2. Mythes et idées reçues sur le changement

Dans cette section, nous examinons certains mythes et idées reçues qui ont conduit de nombreux cliniciens en santé comportementale à rejeter la légitimité de la thérapie brève. Bien que les recherches sur les thérapies brèves traditionnelles soient rares, celles sur la psychothérapie en général, et la thérapie cognitive et comportementale en particulier, offrent une multitude de données scientifiques pertinentes pour cette discussion.

Mythe : les patients veulent beaucoup de thérapie

Les patients entrent en thérapie en raison de niveaux élevés de détresse psychologique, et à mesure que leur détresse diminue, ils sont de moins en moins enclins à participer à des séances supplémentaires (Brown & Jones, 2005). Cela suggère que les principales motivations des patients à chercher de l'aide sont le réconfort émotionnel et la résolution pratique des problèmes. Ces deux résultats sont facilement atteints pour la plupart des patients au cours des premières séances de thérapie. Il est important de se rappeler que, bien qu'une séance de thérapie ne prenne qu'une heure du temps du thérapeute, elle est beaucoup plus chronophage pour le patient. Le patient peut devoir engager une baby-sitter, prendre des RTT, se déplacer jusqu'au cabinet du thérapeute, en revenir et payer carburant et parking. En réalité, et malheureusement, la thérapie représente une contrainte pour la plupart des patients.

Les recherches montrent que la plupart des patients mettent fin à la thérapie rapidement, avec ou sans l'accord de leur thérapeute. Bien que les estimations varient quelque peu, on peut dire que 30 à 40 % des patients abandonnent le traitement sans consulter leur thérapeute (Olsson et al., 2009 ; Talmon, 1990). Dans une étude naturaliste portant sur plus de neuf mille patients en thérapie, une grande majorité a mis fin au traitement avant la cinquième séance, et le nombre modal de visites en psychothérapie était d'une seule (Brown & Jones, 2005). Imaginez l'implication de cette simple constatation pour les pratiques traditionnelles de santé mentale. La première séance est généralement consacrée à recueillir un historique détaillé du patient et à préparer un plan de traitement. En raison de processus de prise en charge chronophage, les interventions sont souvent mises en veilleuse pour les séances ultérieures. Pendant ce temps, le scénario le plus probable est que le patient ne reviendra pas pour une deuxième visite ! Un modèle de thérapie brève, appelé thérapie en séance unique, prend très au sérieux cette tendance des patients ; il repose sur l'hypothèse que le thérapeute et le patient ne se verront qu'une seule fois et vise donc à avoir l'impact optimal sur la vie du patient dès la première séance (Talmon, 1990).

Cela dit, il reste un groupe relativement restreint de patients qui préfèrent la thérapie à long terme et consomment une part disproportionnée des services de thérapie fournis aux États-Unis (Howard, Davidson, O'Mahoney, Orlinsky, & Brown, 1989). Il est intéressant de noter que ce qui prédit la continuité des patients en thérapie est le maintien de niveaux élevés de détresse psychologique (Brown & Jones, 2005). En

d'autres termes, ils ne restent pas en thérapie parce que cela fonctionne; ils restent parce que cela ne fonctionne pas.

Autre fait intéressant, une enquête de satisfaction des patients réalisée par l'un de nous (Strosahl) n'a montré aucune différence dans les résultats thérapeutiques entre les patients qui ont arrêté la thérapie d'eux-mêmes et ceux qui ont arrêté la thérapie en accord avec leur thérapeute. Cette même enquête menée auprès de plusieurs centaines de patients n'a également indiqué aucune différence de résultats entre les patients vus une seule fois et ceux qui ont suivi plusieurs séances de thérapie. La seule différence était que les patients qui ont abandonné la thérapie ont signalé des niveaux de satisfaction plus bas concernant leurs soins. La leçon à en tirer est que ce qui motive les patients pour la thérapie et la quantité de thérapie qu'ils sont prêts à tolérer a été pratiquement ignoré par la communauté de la santé mentale. Si nous devons nous laisser guider par les données, il apparaît que la plupart des patients préfèrent la thérapie brève.

Idée reçue : le degré de changement dépend de la durée de la thérapie

Une croyance répandue dans la communauté de la santé mentale est que les bénéfices de la thérapie s'accumulent au fil du temps; par conséquent, plus les patients suivent une thérapie longtemps, plus ils en tireront de bénéfices. Des recherches ont été menées sur la relation dose-effet entre le nombre de séances de thérapie et l'ampleur des changements ressentis par les patients. L'étude la plus importante dans ce domaine a été publiée il y a environ vingt-cinq ans, et semble avoir été largement ignorée (Howard et al., 1986). Cette étude contenait un certain nombre de conclusions importantes qui méritent d'être discutées. Tout d'abord, environ 15 % des patients ont constaté des améliorations cliniques avant d'arriver à la première séance. Il semble que le fait de décider d'obtenir de l'aide soit déjà bénéfique en soi. En outre, 50 % des gains totaux de la thérapie sont obtenus avant la huitième séance. Après la huitième séance, les progrès de la thérapie ralentissent considérablement. Il faut au moins vingt-six séances pour obtenir 75 % des bénéfices totaux. Une étude plus récente de la relation dose-effet a montré que les patients qui ont suivi des traitements brefs ont connu des taux de changement relativement rapides par rapport aux patients qui ont reçu un traitement à plus long terme. Il est intéressant de noter que le nombre de séances de thérapie n'était pas un facteur prédictif significatif du changement clinique, ce qui a amené les auteurs à conclure que le changement est un processus non linéaire (Baldwin et al., 2009).

Mythe : plus la thérapie est longue, plus les effets sont puissants

Un mythe connexe, bien que légèrement différent, est que le traitement à long terme produit de meilleurs résultats qu'une thérapie à court terme. Par exemple, on pourrait

penser que seize séances de thérapie cognitive pour la dépression devraient entraîner des réductions plus durables des symptômes que huit séances du même traitement. Cependant, lors d'une étude testant cette hypothèse (Molenaar et al., 2011), les résultats ont montré que le degré de réduction des symptômes et l'amélioration à long terme du fonctionnement social étaient tout aussi significatifs avec huit séances qu'avec seize séances. Des résultats similaires ont été obtenus dans des études comparant la thérapie familiale à court et à long terme pour l'anorexie (Lock et al., 2005) les traitements familiaux à court et à long terme pour les problèmes de comportement chez l'enfant (Smyrniotis & Kirkby, 1993), la thérapie cognitivo-comportementale à court et à long terme pour le trouble de stress post-traumatique (Sijbrandij et al., 2007) et un traitement bref et intensif de deux jours pour le trouble panique (Deacon & Abramowitz, 2006). Ces résultats ont également été observés dans le cas de la dépression et d'un large éventail de troubles anxieux (Cape et al., 2010). Dans l'ensemble, les recherches récentes suggèrent que, pour un même trouble, les traitements brefs sont tout aussi efficaces que les traitements plus longs.

Idée reçue : la thérapie brève est une intervention superficielle avec peu de bénéfices à long terme

Un élément clé dans la mise en œuvre d'une psychothérapie, quelle qu'elle soit, est l'impact qu'elle produit sur le fonctionnement de la vie du patient. Les traitements qui se contentent de réduire les symptômes transitoires de détresse, sans modifier les schémas de comportement inadaptés à plus long terme, risquent de créer un problème de porte tournante. En d'autres termes, les patients devront revenir en thérapie à plusieurs reprises pour traiter de nouveaux problèmes générés par des comportements problématiques persistants. L'une des théories du changement en psychothérapie, le modèle de phases, soutient que la réponse clinique se produit en trois phases distinctes supposées dépendre du temps (Howard et al., 1993). La première phase, appelée « remoralisation », implique un sentiment d'amélioration subjective lorsque le patient commence à agir face à son problème. Dans la deuxième phase, appelée « remédiation », les symptômes cliniques sont réduits à de faibles niveaux. Enfin, la dernière phase, appelée « réhabilitation », marque le début d'améliorations stables du fonctionnement général. La réhabilitation étant considérée comme un processus à long terme, on pourrait affirmer que les thérapies brèves ne favorisent guère ce type d'amélioration fonctionnelle.

Dans une étude récente testant cette hypothèse, 338 patients consécutifs participant à un programme de consultation brève en soins primaires ont été évalués à chaque visite selon une mesure basée sur le modèle de phases. Le nombre moyen de séances d'intervention par patient était d'une séance et demie, la moyenne étant d'une séance. Parmi les patients ayant bénéficié de deux séances ou plus, les résultats suggèrent que des changements cliniquement et statistiquement significatifs se sont produits dans les trois phases de changement (Bryan et al., 2009). Une autre étude

récente a examiné l'efficacité d'une intervention cognitivo-comportementale de deux à quatre séances pour les consommateurs réguliers d'amphétamines et a constaté une augmentation significative de la probabilité d'abstinence chez les patients ayant bénéficié d'au moins deux séances (Baker et al., 2005). Ces résultats suggèrent que le processus de changement thérapeutique n'est pas encore bien compris et qu'il peut être en partie influencé par les communications et les attentes, qu'elles soient subtiles ou explicites, du thérapeute. Si le patient entend dire qu'il faudra beaucoup de temps pour traiter une problématique spécifique dans le cadre de la thérapie, il peut se conformer consciencieusement, voire inconsciemment, à cette suggestion.

Mythe : les gains cliniques rapides et importants sont rares en thérapie

Pendant plus de dix ans, deux d'entre nous (Strosahl et Robinson) ont travaillé dans un centre de thérapie brève où, ensemble, nous avons animé de nombreux groupes pour des patients dépressifs. Beaucoup de ces patients avaient des scores de dépression sévères et étaient dépressifs depuis longtemps. En animant ces groupes, nous avons remarqué une chose curieuse : après une ou deux séances, un certain pourcentage de ces patients présentait des réductions importantes et soudaines de la dépression qui se maintenaient jusqu'à la fin de l'intervention du groupe. Même les patients sévèrement déprimés présentaient parfois ce pattern.

Il s'avère que nous n'étions pas les seuls à constater cet effet. On estime que 40 à 45 % des patients déprimés vivent des progrès soudains et importants au cours des deux à quatre premières séances de traitement (Doane et al., 2010 ; Tang et al., 2007). Des observations similaires de patients réalisant des progrès rapides dès les premières séances de thérapie cognitivo-comportementale ont été notées pour le syndrome de stress post-traumatique (52 % des patients ; [Doane et al., 2010]), l'hyperphagie (62 % des patients ; [Grilo et al., 2006]), et le syndrome du côlon irritable (30 % des patients ; [Lackner et al., 2010]). Ce qui est tout aussi fascinant, c'est que la réponse rapide est associée à des améliorations à long terme du fonctionnement, ainsi qu'à une réduction des taux de rechute (Crits-Christoph et al., 2001 ; Lutz et al., 2009 ; Tang et al., 2007). Cette tendance des répondants rapides à présenter un meilleur fonctionnement à long terme a également été constatée dans un échantillon d'adolescents déprimés (Renaud et al., 1998). Les preuves des gains soudains ne cessent de s'accumuler, comme le montre la première méta-analyse publiée sur ce phénomène clinique intéressant (Shalom & Aderka, 2020). À ce stade, nous pouvons conclure sans risque que les progrès rapides en thérapie ne sont pas la preuve d'une « fuite vers la santé », mais bien des démonstrations de changement radical en action !

3. Genèse : l'évolution de la thérapie brève

Il est maintenant temps de revenir sur les racines du mouvement de la thérapie brève aux États-Unis. Il existe deux grandes écoles de thérapie brève, qui continuent toutes deux à avoir un grand nombre d'adeptes dévoués : l'hypnothérapie éricksonienne et la thérapie brève centrée sur le problème.

Milton Erickson et l'hypnose clinique

Milton Erickson était un psychiatre considéré comme le fondateur de l'hypnothérapie moderne (Rosen, 1991). Atteint d'une poliomyélite qui lui fut presque fatale dans son enfance, il était infirme et souffrant pendant une grande partie de sa vie. Erickson développa une approche unique pour accéder aux processus d'apprentissage non verbaux par le biais d'interventions thérapeutiques. Il pensait que la connaissance verbale de soi était aussi nuisible qu'utile et a passé la majeure partie de sa carrière à développer des méthodes non verbales pour induire le changement.

Erickson est passé maître dans l'utilisation des interventions paradoxales, de la confusion, des suggestions indirectes et de l'encouragement à la résistance. Une intervention paradoxale consiste à demander au patient de « pratiquer le problème » plus intensément ou plus souvent. Le concept sous-jacent à ce type d'intervention est que la plupart des patients pensent qu'ils n'ont aucun contrôle sur l'apparition d'un comportement ou d'une émotion problématiques. Par conséquent, le fait de leur demander de générer le problème leur démontre paradoxalement qu'ils ont le contrôle.

Un autre élément essentiel de l'approche d'Erickson est l'utilisation de pratiques linguistiques déroutantes. L'objectif de la confusion en thérapie est de faire sortir le patient de son cadre de référence familial, c'est-à-dire du modèle mental inefficace et bien rodé qu'il apporte en thérapie à propos de son « problème ». Le fait de sortir le patient de son cadre de référence déclenche une opération mentale au cours de laquelle il tente d'intégrer les informations déroutantes dans son cadre de référence existant. Puisque ce n'est pas possible, son cadre de référence doit s'élargir pour inclure les informations incohérentes ou déroutantes.

La suggestion indirecte est une caractéristique essentielle de l'approche clinique d'Erickson. Elle peut consister à intégrer une suggestion positive non spécifique dans le dialogue (par exemple, « J'ai hâte d'entendre les autres façons dont vous percevez votre réaction lorsque vous retrouverez à nouveau dans cette situation »). En effet, l'hypnose clinique est sans doute l'art de faire des suggestions indirectes qui influencent subtilement les comportements ultérieurs du patient. Erickson a également développé des stratégies non verbales pour rendre les patients plus sensibles à la suggestion. L'une des plus connues est une tactique appelée *synchronisation*. Dans cette tactique, le thérapeute imite une caractéristique particulière du comportement verbal ou non verbal du patient (par exemple, un hochement de tête, un battement

de pied ou l'utilisation fréquente d'une expression telle que « vous savez »). Qu'elles soient verbales ou non verbales, les stratégies de suggestion indirecte sont censées accroître la réceptivité du patient au changement en accédant à des processus mentaux qui ne sont pas sous le contrôle direct du langage.

En outre, Erickson a été le premier à explorer la notion d'encouragement de la résistance, une technique destinée à compenser la tendance naturelle des patients à entrer dans une relation de type *opposante/ambivalente* avec le thérapeute. L'approche d'Erickson consistait à faire preuve de résistance, en permettant aux patients de retenir toute information jugée non pertinente ou trop menaçante d'un point de vue émotionnel. Cette tactique est en fait une intervention paradoxale à l'envers : plus on suggère que le patient ne voudra assurément pas discuter d'un problème douloureux, plus le patient pourrait être tenté d'aborder ledit problème dans la conversation thérapeutique.

Le travail d'Erickson est resté largement inconnu en dehors de la communauté de l'hypnose clinique jusqu'à la publication de *Uncommon Therapy*, par Jay Haley, 1993. Le livre de Haley a fait connaître la perspective unique et les méthodes cliniques d'Erickson à la communauté des thérapies brèves.

Aujourd'hui encore, les partisans de ses méthodes continuent d'exercer une influence considérable sur la théorie et la pratique de la thérapie brève (voir O'Hanlon, 2009). En outre, la Milton Erickson Foundation (erickson-foundation.org) continue à jouer un rôle de premier plan dans le développement de nouvelles approches de thérapie stratégique et parraine une conférence annuelle consacrée aux progrès de la thérapie brève et de l'hypnothérapie.

Thérapie brève centrée sur les problèmes

La deuxième force majeure dans l'évolution de la thérapie brève a été le développement d'un nouveau modèle de thérapie brève au Mental Research Institute (MRI) à Palo Alto, en Californie. Fondé par les anthropologues Gregory Bateson et Donald Jackson en 1958, le MRI a entamé une étude à long terme des pratiques de communication interculturelle en s'appuyant sur la théorie de la cybernétique. L'une des conclusions les plus célèbres de ce projet est la théorie de la double contrainte de la schizophrénie (Bateson et al., 2007), qui a stimulé la recherche (qui se poursuit encore aujourd'hui) sur les pratiques de communication des familles de personnes atteintes de schizophrénie. L'idée que les pratiques de communication au sein d'une famille pouvaient favoriser l'apparition de la schizophrénie a déclenché une résurgence majeure de l'intérêt clinique et de la recherche pour les interventions sur les systèmes familiaux. On peut dire que le MRI est à l'origine du mouvement de thérapie familiale aux États-Unis et qu'il a offert le premier programme officiel de formation à la thérapie familiale dans le monde. S'inspirant des travaux de John Weakland (Weakland & Ray, 1995) et de Paul Watzlawick (Watzlawick et al., 2011), le Centre

🍃 Aidez vos patients plus rapidement et efficacement ! 🍃

Comment aider les patients à développer les compétences psychologiques dont ils ont besoin rapidement et efficacement pour mener une vie épanouie ? C'est un vrai défi pour tout clinicien travaillant avec des patients aux prises avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'adaptation à la vie. Les outils et stratégies présentés permettront à vos patients de s'engager sur la voie du changement en adaptant leurs comportements et actions en accord avec leurs valeurs.

Vous trouverez dans ce livre des :

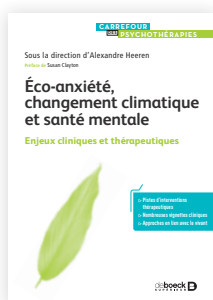
- ▶ outils d'évaluation et de formulation de cas prêts à l'emploi ;
- ▶ questions ciblées pour aider les patients ;
- ▶ outils pour augmenter la motivation au changement ;
- ▶ méthodes pour construire rapidement des plans de traitement efficaces ;
- ▶ ainsi que de nombreuses stratégies d'intervention brèves basées sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).

- **Kirk Strosahl**, PhD, est l'un des cofondateurs de la thérapie d'acceptation et d'engagement et est reconnu pour son approche innovante de l'intégration des services de santé comportementale et de soins primaires.
- **Patricia Robinson**, PhD, est directrice des services cliniques chez Mountainview Consulting Group, Inc.
- **Thomas Gustavsson**, MSc, est un psychologue agréé et l'un des fondateurs de Psykoloppartners.
- **Lindakristin Kempe**, MSc, est psychologue, psychothérapeute et superviseure, spécialisée en thérapie d'acceptation et d'engagement.
- **Pierluigi Graziani**, Pr, est psychologue, psychothérapeute, superviseur, et professeur des universités en psychologie clinique et psychopathologie.

À télécharger :

- Feuilles de travail, outils d'évaluation et protocoles de groupe

DANS LA MÊME COLLECTION



Prix : 32,90 €

ISBN : 978-2-8073-6832-3



9 782807 368323

deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com