

**LA THÉRAPIE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS POUR TRAITER
L'ANXIÉTÉ : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE**
**SOLUTION-FOCUSED THERAPY IN THE TREATMENT OF
ANXIETY DISORDERS: AN EXPLORATORY STUDY**

Julie Brochu, Lucie Mandeville and Claude Bélanger

Volume 41, Number 3, 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1075470ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1075470ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Brochu, J., Mandeville, L. & Bélanger, C. (2020). LA THÉRAPIE ORIENTÉE VERS
LES SOLUTIONS POUR TRAITER L'ANXIÉTÉ : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE.
Revue québécoise de psychologie, 41(3), 179–201.
<https://doi.org/10.7202/1075470ar>

Article abstract

CBT, effective in the treatment of anxiety disorders, helps people treated for anxiety improve their quality of life without reaching the level of the people without anxiety. Solution-focused brief therapy (SFBT) could increase quality of life. This research aims to describe the process of using SFBT for the treatment of anxiety. This qualitative exploratory research uses praxeology and grounded theory. It was conducted with eight patients at the Anxiety Disorders Clinic of the Douglas Mental Health University Institute. The results of this research identify the technical and experiential processes that describe the use of SFBT in the treatment of anxiety.

LA THÉRAPIE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS POUR TRAITER L'ANXIÉTÉ : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

**SOLUTION-FOCUSED THERAPY IN THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS: AN
EXPLORATORY STUDY**

Julie Brochu¹
Centre intégré de santé et de services
sociaux des Laurentides

Lucie Mandeville
Université de Sherbrooke

Claude Bélanger
Université du Québec à Montréal

INTRODUCTION

L'anxiété est une problématique qui entraîne des conséquences importantes pour les individus qui en sont atteints; ainsi la santé, les relations interpersonnelles, le fonctionnement professionnel et la qualité de vie en sont souvent très touchés (Barrera et Norton, 2009; Henning et al., 2007; Wong et al., 2012). Ces personnes démontrent une perception de la valeur de leur vie, de leur santé et de leurs relations sociales qui est significativement plus négative, que celle des personnes sans anxiété (Olatunji et al., 2007).

La thérapie cognitive comportementale

La thérapie cognitive comportementale (TCC) est actuellement l'approche la plus utilisée dans le traitement de l'anxiété et son efficacité dans le traitement des troubles anxieux a été établie dans différentes études (Kaplan et Sadock, 1998; Otto et al., 2004) et méta-analyses (Norton et Price, 2007; Stewart et Chambless, 2009). Chez les clients manifestant des symptômes anxieux, la recherche suggère que la TCC mène à des améliorations significatives et durables sur le plan de la qualité de vie (Eng et al., 2001). Ces auteurs avancent qu'une TCC chez ces clients améliore leur qualité de vie telle qu'évaluée au *Quality of Life Inventory*, sans pour autant qu'elle n'atteigne celle des clients non anxieux. Ces auteurs soulignent donc le besoin d'interventions additionnelles pour améliorer la qualité de vie des clients atteints d'anxiété (Eng et al., 2001).

La thérapie brève orientée vers les solutions

La Thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS) s'inscrit parmi les approches de la psychologie positive, car elle comporte des interventions orientées vers les solutions plutôt que vers les problèmes et elle favorise l'activation des ressources de la personne. Le travail

1. Coordonnées : Téléphone : 514-971-5207. Courriel : julie.brochu@usherbrooke.ca

thérapeutique est collaboratif et il permet d'établir les objectifs et de cerner les ressources du client (Gingerich et Eisengart, 2000; Lamarre, 2005; Mandeville, 2006; Postma et Rao, 2006). Le but de la TBOS est d'aider ce dernier à faire un nouvel usage de ses ressources (de Shazer, 2002), en l'amenant notamment à visualiser un avenir meilleur, c'est-à-dire en imaginant comment il aimerait qu'un changement positif modifie son quotidien (Gingerich et Eisengart, 2000; Lamarre, 2005). Les principes de base de la TBOS misent sur l'avenir souhaité par le client, ce qui est important pour lui, les succès vécus et ses ressources. Les objectifs thérapeutiques sont mesurables, concrets et réalisables. Les clients sont encouragés à augmenter la fréquence des comportements utiles. Les exceptions aux situations indésirables sont utilisées en thérapie afin de coconstruire des solutions et d'identifier dans leur répertoire, des alternatives aux comportements, cognitions et interactions indésirables. Pour ce faire, cette approche requiert des compétences conversationnelles différentes de celles utilisées pour diagnostiquer et traiter les problèmes. D'ailleurs, le dialogue est le processus thérapeutique principal de la TBOS. (Bavelas et al., 2017).

Les interventions thérapeutiques de la TBOS. Les interventions utilisées dans la TBOS visent l'identification de solutions, notamment par la visualisation d'un avenir positif. Ces interventions prennent différentes formes, entre autres : la question miracle, la question échelle, la recherche d'exception, les questions relationnelles, le transfert de compétences et la prescription de tâches.

La « question miracle » est une intervention qui permet d'aider le client à changer l'orientation vers le problème, vers une nouvelle perspective, soit celle des solutions et du changement. Ainsi, cette intervention conduit le client à visualiser de façon détaillée comment se déroulera son quotidien sans la présence de la situation indésirable, et comment il souhaite être et agir dans cette nouvelle perspective. Cela crée une répétition virtuelle et l'amène à se sentir plus près de cette réalité (de Shazer et Dolan, 2007). De plus, le simple fait d'explorer en détail ce miracle le rend plus vraisemblable et ainsi plus susceptible de se produire (Lamarre, 2005). Cette intervention permet de créer des objectifs pour la thérapie et oriente ensuite le dialogue vers la découverte d'exceptions survenues par le passé, ou survenant en cours de processus thérapeutique (de Shazer et Dolan). La formulation de la question miracle consiste à demander au client de prétendre qu'un miracle survient et résout la situation indésirable. Ensuite, le client décrit de manière détaillée comment sa vie se déroule au quotidien, une fois ce miracle survenu. Cette visualisation de l'avenir permet de mettre en mots des objectifs bien construits (De Jong et Berg, 2002). Il y a évidemment plusieurs façons de poser la question miracle et il est possible d'adapter la formulation selon la problématique du client. Par

exemple, pour les clients anxieux, il est préférable d'éviter de s'éloigner trop de leur réalité, par exemple, en parlant d'un problème un peu moins présent.

La « question échelle » peut être utilisée à chaque session en vue d'obtenir une mesure continue des progrès réalisés. Elle permet d'orienter le discours sur les solutions et exceptions passées, tout en ponctuant les nouveaux changements lorsqu'ils se produisent. Elle peut aussi être utilisée afin d'amener le client à se positionner par rapport à l'atteinte de son objectif, soit celui visé par la thérapie. Par exemple, il situe son état actuel sur une échelle entre 0, soit le moment où la situation indésirable a été la plus dérangeante et 10, soit l'atteinte de l'objectif souhaité par le client. Une question orientée vers les solutions pourrait adresser au client une situation dans sa journée dans laquelle il se sent un peu plus détendu, disons 0.5 de plus sur son échelle, par rapport à une autre situation qui le rend anxieux. Sa description approfondie de cette situation de détente, en lien avec les divers aspects de son quotidien, permet d'en faire une exploration horizontale (qui concerne d'autres difficultés touchées) et verticale (qui concerne les différents niveaux de la difficulté). Cette question est suivie d'une exploration des moyens que le client a utilisés pour réussir à dépasser les niveaux inférieurs ou à se maintenir à son niveau actuel. On lui demande également de décrire le niveau légèrement supérieur à celui où il se trouve en vue de préciser des objectifs spécifiques (Bavelas et al., 2017; O'Hanlon et Weiner-Davis, 1995).

La question miracle et la question échelle sont des stratégies d'intervention qui peuvent s'alterner, de manière à couvrir tous les détails d'une situation désirée, dans une phase d'exploration, ainsi que la progression de l'atteinte de celle-ci, dans une phase d'accompagnement à l'action réparatrice. La thérapie étant un processus adaptatif à chaque client, et à ses besoins, il n'y a pas d'ordre prédéterminé. Il n'est pas toujours approprié de commencer par la question miracle, quand le client est plongé dans une vision sombre de son état. Parfois, c'est le client lui-même qui, dès le début, partage une image de son avenir souhaité, ce qui entraîne la question miracle. Les versions multiples de la question échelle, dont ce texte ne donne qu'un exemple, permettent d'aborder directement ou indirectement divers aspects du contenu abordé par le client : son état actuel, son futur désiré, ainsi que de petits détails de son quotidien, dont l'exploration lui permet de mieux connaître ses forces personnelles et celles de son réseau, ainsi que ses défis.

La « recherche d'exceptions » permet de cerner les moments existants où il y a une absence ou une diminution de la situation indésirable, voire la présence d'un mieux-être malgré la situation indésirable. Lorsqu'une exception est identifiée, la description détaillée de cette exception fait

surgir des solutions que le client avait oubliées (O'Hanlon et Weiner-Davis, 1995).

Les « questions relationnelles » peuvent être utilisées afin d'explorer en détail les solutions envisagées, par le biais de la perception que les clients ont de ce que pensent leurs proches et membres de leur famille. Elles peuvent aussi être utilisées afin d'aider les clients ayant de la difficulté à identifier leurs ressources à décrire leurs objectifs thérapeutiques ou les changements qu'ils souhaitent voir survenir à la suite de la thérapie (De Jong et Berg, 2002; de Shazer et Dolan, 2007).

Le thérapeute utilise le « transfert des compétences » afin de transférer les ressources que le client possède dans un domaine spécifique aux situations indésirables. Cette intervention permet de créer un pont permettant de transférer doucement l'information et les compétences par le biais de métaphores thérapeutiques ou de suggestions concrètes (O'Hanlon et Beadle, 1997).

La « prescription de tâches » à faire à l'extérieur des rencontres de thérapie est également utilisée. Ces tâches découlent des informations obtenues de la question miracle ou de la recherche d'exceptions. La prescription de tâches consiste à prescrire des changements dans le comportement du client afin de transformer la situation indésirable, en ciblant son objectif souhaité. Ces changements proviennent de l'exploration des choses qui vont déjà bien dans la vie du client, d'une solution antérieure, d'une exception ou d'un changement qu'il désire mettre en place. Les tâches sont déterminées préférentiellement par les clients, diminuant ainsi la tendance naturelle à résister au changement (de Shazer, 1999; O'Hanlon et Weiner-Davis, 1995).

L'utilisation de la TBOS conjointement à la TCC

La place de la TBOS dans une TCC a suscité l'intérêt des chercheurs en psychologie. L'efficacité de ces approches utilisées conjointement a été démontrée (Green et al., 2006; Ingram et Snyder, 2006). La TCC utilisée conjointement avec la TBOS augmente l'espoir et diminue les symptômes anxieux et dépressifs (Cheavens et al, 2006). À ce sujet, Riskind (2006) précise qu'accroître l'espoir chez les clients pourrait représenter un facteur modérant leurs difficultés. L'utilisation conjointe de la TBOS et la TCC serait plus efficace que leur utilisation seule, et elle améliorerait non seulement les résultats thérapeutiques, mais la qualité de vie, le maintien des acquis, tout en diminuant le taux de rechutes (Green et al., 2006; Keyes et Lopez, 2002; Postma et Rao, 2006). Ces interventions pourraient être utilisées conjointement où, de manière générale, la réduction des symptômes serait ciblée par la TCC et la TBOS permettrait d'accroître les

forces personnelles, ainsi qu'augmenter la qualité de vie (Ingram et Snyder, 2006; Karwoski et al., 2006; Keyes et Lopez, 2002).

La TCC positive utilise conjointement la TCC et la TBOS et a émergé à partir du désir de trouver une façon différente d'appliquer la TCC traditionnelle. La TCC positive se concentre sur ce qui va bien chez les clients, plutôt que ce qui va mal. Il s'agit là d'un changement de paradigme, passant de l'analyse du problème pour aller vers l'analyse de la solution, d'un focus sur ce qui ne fonctionne pas, vers un travail de coconstruction à partir des forces du client, et passant de la réduction de la détresse, à la construction de succès. Plus de recherches sont toutefois nécessaires afin de déterminer en quoi la TCC positive se distingue de la TCC, comment ces deux approches peuvent être utilisées conjointement et quelle est l'efficacité de cette nouvelle approche (Bannink, 2014).

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

La qualité de vie des clients anxieux ayant suivi avec succès une TCC pour l'anxiété, n'atteint pas celle des gens non anxieux (Eng et al., 2001). Étant donné que la TBOS cible l'amélioration de la qualité de vie des clients, cette approche sera utilisée conjointement avec la TCC traditionnelle dans le traitement de l'anxiété. De plus, même si certaines études ont traité de l'efficacité de la TBOS, aucune étude n'a décrit ses modalités d'utilisation. En outre, aucune recherche n'a décrit spécifiquement comment la TBOS peut être utilisée auprès des clients anxieux. Donc, l'objectif général de cette recherche exploratoire est de décrire différentes modalités d'utilisation de la TBOS auprès de clients anxieux.

MÉTHODE

Participants

Huit clients, âgés de 22 à 48 ans, ont participé à l'étude. Selon leur rapport d'évaluation psychiatrique initial, ils étaient diagnostiqués de divers troubles anxieux : trouble d'anxiété sociale, trouble obsessionnel compulsif, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique avec ou sans agoraphobie ou trouble de stress post-traumatique (American Psychiatric Association, 2000). Certaines comorbidités étaient présentes, soit un trouble de l'humeur tel que la dysthymie, la dépression majeure ou le trouble bipolaire de type II, ainsi que des traits de personnalité dépendante, limite, dépressive, obsessionnelle compulsive et schizoïde. Les clients participant à l'étude présentaient de l'anxiété depuis plusieurs années, et ce diagnostic était le diagnostic principal au moment de l'étude, ainsi que la cible principale du traitement.

Procédure

Cette recherche a eu lieu à la Clinique des troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de Montréal. Elle a été soumise et acceptée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke, ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut Douglas. Le consentement libre et éclairé de chacun des clients a été obtenu, à l'aide d'un formulaire de consentement rédigé à cet effet.

Trois instruments méthodologiques ont été utilisés pour les fins de cette recherche : la praxéologie, l'analyse qualitative de théorisation ancrée et les groupes d'entretien d'explicitation.

La praxéologie est une méthode qualitative qui consiste à une auto-observation de l'action du psychothérapeute. Celui-ci s'observe dans l'action, c'est-à-dire qu'il revoit les enregistrements de ses séances de psychothérapie et en tire des observations. La praxéologie s'appuie sur le fait que les intervenants possèdent implicitement un modèle d'intervention sans pour autant toujours réussir à l'explicitier (St-Arnaud, 1992, 2003). Cette méthode vise précisément l'explicitation du modèle d'intervention du « chercheur-acteur » (Schön, 1994), ainsi nommé, parce qu'il est à la fois le chercheur qui réalise l'étude et le sujet à l'étude². De ce fait, la subjectivité se voit accordée une place de choix et elle devient l'instrument privilégié de ce type de recherche. Selon Heinonen et al. (2014), il est pertinent d'étudier les caractéristiques personnelles des thérapeutes considérant leur impact démontré sur l'alliance thérapeutique, et ce, à partir de plusieurs points de vue d'observation, d'autant plus que cela est très peu abordé dans les écrits scientifiques. La méthode praxéologique procède à la collecte de données à partir des enregistrements de séances et d'une grille d'auto-observation. La grille utilisée dans cette étude a été conçue à partir de données théoriques issues de la recension des écrits et des objectifs de l'étude. Étant donné le caractère itératif de la recherche, cette grille a été bonifiée au fil de l'étude afin de cibler et d'obtenir les données les plus pertinentes et les plus complètes, en fonction des objectifs de la recherche. Afin d'assurer la rigueur de la recherche et de garder des traces de l'observation, un journal de bord a été complété tout au long de l'étude. Celui-ci comprenait des notes personnelles et théoriques, qui assureraient également le respect du critère de validation de cohérence interne.

Des études récentes confirment la pertinence de ce type de recherche. Selon Jordan et Bavelas (2013), la recherche doit porter une attention particulière sur la façon dont se déroule le dialogue en thérapie, par une observation directe des interventions des cliniciens. En effet, ces derniers

2. Voir Saint-Arnaud (2003) et Saint-Arnaud (1992), pour plus de détails sur cette méthode.

affirment que cela peut permettre de tendre vers une pratique efficace et d'étoffer les recherches sur les données probantes. Froerer et Jordan (2013) ajoutent que la TBOS se distingue des autres approches thérapeutiques, car différents chercheurs tentent de démontrer comment le modèle théorique peut s'appliquer concrètement et de façon congruente, dans la pratique clinique. Étudier l'application des interventions thérapeutiques, par les thérapeutes, est essentiel pour comprendre l'utilisation concrète des modèles théoriques. Pour ce faire, la microanalyse des formulations orientées vers les solutions peut être intéressante pour les cliniciens, et présente également des avantages au point de vue pratique, éducatif ou à des fins de supervision (Froerer et Jordan, 2013, Jordan, Froerer et Bavelas, 2013).

La présente recherche utilise également la théorisation ancrée, c'est-à-dire une analyse de données qualitatives visant l'interprétation systématique, en vue de découvrir des concepts et des rapports entre les données brutes afin de les organiser dans une théorie explicative (Strauss et Corbin, 2004).

Dans la présente recherche, le groupe d'entretien d'explicitation a notamment favorisé le « remplissage » mnémorique, surpassé le plafonnement qui peut-être présent lors de l'autoanalyse et aidé la chercheure-actrice à distinguer sa théorie professée de sa théorie pratiquée (St-Arnaud, 2003). De plus, compte tenu de la participation subjective de la chercheure-actrice, cette démarche collective d'analyse renforce la validité de l'étude. Le groupe était composé d'une équipe de recherche comprenant des étudiants de 3^e cycle (membres de l'équipe de recherche en psychologie positive de l'Université de Sherbrooke dirigée par docteure Lucie Mandeville).

RÉSULTATS

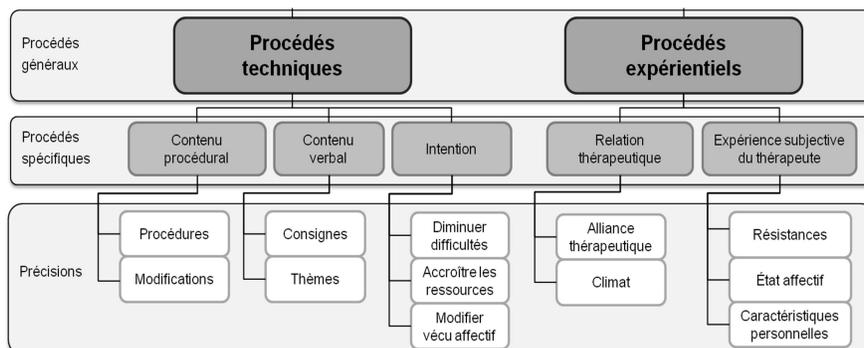
Cette recherche a permis de décrire comment la TBOS est utilisée dans le traitement de l'anxiété. Deux modalités d'utilisation de la TBOS ont été identifiées : l'une concerne les procédés techniques, c'est-à-dire les modalités selon lesquelles est employée la TBOS et l'autre, les procédés expérientiels, c'est-à-dire le descriptif des modalités relationnelles et affectives guidant l'utilisation de la TBOS. Le Tableau 1 présente ces modalités d'utilisation ainsi que les éléments qui leur sont associés.

Procédés techniques

Les modalités d'utilisation de la TBOS ont exigé l'utilisation de procédés techniques rattachés au contenu procédural, au contenu verbal et aux intentions.

Tableau 1

Modalités d'utilisation de la TBOS



Contenu procédural. Le premier procédé technique concerne le contenu procédural des interventions TBOS; c'est le « comment faire » ou les règles à suivre afin d'utiliser les interventions de la TBOS auprès de clients anxieux. Elles consistent à intervenir selon certaines procédures et à modifier ses interventions au besoin.

En observant ses interventions auprès des clients anxieux, la chercheure-actrice a découvert qu'elle utilisait des procédures particulières. Celles-ci sont basées sur un rationnel théorique et concernent des précautions, qui lui permettaient de mettre à profit les interventions pour favoriser le bien-être des clients. Ces procédures consistaient, par exemple, à reprendre le vocabulaire du client, à relever les changements positifs observables, à explorer en détail les ressources du client et les aspects positifs de son expérience, à formuler les rétroactions personnalisées, à préciser les objectifs thérapeutiques, utiliser les exceptions, la question miracle ou la question échelle, afin de préciser et nuancer les objectifs thérapeutiques, à utiliser un langage qui présuppose l'existence de ressources, à formuler des compliments, à utiliser l'humour avec parcimonie, à retarder l'identification des ressources lorsque la souffrance est trop intense, etc.

Par contre, il a parfois fallu modifier les interventions de la TBOS afin de les adapter à cette clientèle. L'auto-observation de ses interventions a permis à la chercheure-actrice de modifier au besoin la forme et le contenu de ses interventions. Par exemple, intégrer les images du client aux formulations de la question miracle et de la question échelle, ou faire des allers-retours entre les interventions TBOS et l'exploration des difficultés.

Une modification importante apportée aux interventions TBOS visait à y intégrer les interventions de la TCC. Le Tableau 2 présente des exemples d'interventions de la TCC ayant été utilisées conjointement avec celles de la TBOS.

Même si la présente recherche n'avait pas comme objectif central, l'étude de l'utilisation combinée de ces deux approches, l'intervention retenue les utilisait conjointement. Voici un exemple de cette utilisation conjointe tiré du journal de bord de la chercheure-actrice, par rapport à l'utilisation de la recherche d'exception et de l'entraînement aux habiletés sociales : « Lors du retour sur la semaine, j'explore avec la cliente un moment où elle a réussi à communiquer de manière affirmative, ce qui fait exception à son anxiété sociale. L'exception est explorée de manière détaillée, précisant ce qui a contribué au changement, ainsi que les modalités qui pourraient permettre de reproduire cette exception. Par la suite, afin de répondre aux interrogations de la cliente, la psychoéducation sur l'entraînement aux habiletés sociales, tirée de la TCC, est utilisée afin d'appuyer théoriquement ce que la cliente a détaillé dans son exception, et lui enseigner les différents styles de communication ».

Contenu verbal. Le deuxième procédé technique est le contenu verbal associé aux interventions de la TBOS. Ce procédé consiste à formuler les interventions TBOS selon des consignes et avec des thèmes spécifiques.

Tableau 2
Utilisation combinée de la TBOS et de la TCC

Intervention TBOS	Intervention TCC
Recherche d'exception	Psychoéducation Résolution de problèmes Restructuration cognitive Exposition (in vivo, cognitive, intéroceptive)
Question échelle	Psychoéducation Exposition (in vivo, cognitive, intéroceptive) Restructuration cognitive
Question miracle	Résolution de problèmes Exposition (in vivo, cognitive, intéroceptive) Entraînement aux habiletés sociales Restructuration cognitive
Prescription de tâches Tâche de première séance	Psychoéducation Entraînement aux habiletés sociales Exposition (in vivo, cognitive, intéroceptive) Restructuration cognitive
Transfert de compétence	Psychoéducation Exposition (in vivo, cognitive, intéroceptive)

L'auto-observation a permis de découvrir que lorsque la chercheure-actrice utilise des interventions de la TBOS, elle verbalise ses interventions en utilisant des consignes particulières, en fonction du client et des éléments indésirables reliés à l'anxiété. Un résumé des consignes formulées par la chercheure-actrice lors de l'utilisation des trois plus fréquentes techniques, soit la recherche d'exception, la question miracle et la question échelle, a permis la création d'un « Guide du thérapeute » (Tableau 3).

Les consignes des interventions de la TBOS contenaient des thèmes spécifiques. Généralement, ces thèmes provenaient du vocabulaire courant du client, ils représentaient un élément central à la thérapie ou un thème nouveau, que la chercheure-actrice souhaitait mettre à l'avant-plan, ou sur lequel elle désirait attirer l'attention du client. Ces thèmes sont intégrés aux consignes présentées dans le « Guide du thérapeute » (Tableau 3). Le journal de bord met en lumière les thèmes qui ont fréquemment été utilisés par la chercheure-actrice au cours de la recherche. Ce sont les ressources du client, ses forces, mais aussi les situations indésirables, son anxiété, les changements, les diminutions, les progrès, les succès, les réussites, les pensées, les différences, les améliorations, les objectifs, etc. Le choix des mots constitue un aspect important des consignes et vise, par exemple, à personnaliser les interventions en fonction du vocabulaire du client, à souligner la présence de ressources chez celui-ci, à orienter les interventions vers le changement souhaité ou à susciter l'espoir.

Intentions. Les intentions thérapeutiques correspondent au rationnel qui détermine le choix des interventions; les procédés techniques en sont grandement influencés. Les intentions de la chercheure-actrice s'appuient sur ce que chaque client souhaite comme changement, et sur ce qui est coconstruit avec les clients comme objectifs. L'auto-observation des séances psychothérapeutiques démontre que les intentions qui ont amené la chercheure-actrice à choisir une intervention spécifique de la TBOS sont de diminuer les difficultés du client, d'utiliser ses ressources et de modifier son vécu affectif.

Tout en s'appuyant sur les objectifs des clients, la chercheure-actrice a cherché à diminuer les difficultés du client, c'est-à-dire ses symptômes d'anxiété, certains comportements tels que l'évitement, l'échappement, la réassurance ou la neutralisation, et ses processus cognitifs nuisibles ou distorsions cognitives. Un extrait du journal de bord illustre cette intention auprès d'une cliente qui consulte pour un trouble panique avec agoraphobie : « En s'appuyant sur l'objectif de la cliente, nous cherchons à modifier et diminuer la pensée qu'elle n'a aucun pouvoir ni contrôle sur ce

Tableau 3
Guide du thérapeute

TBOS dans le traitement de l'anxiété	
<p>Fondements et objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relation de collaboration dans le travail des objectifs du client, qui est l'expert de sa situation et possède en lui les ressources pour tendre vers le mieux-être ○ Orientation vers les solutions et visualisation d'un avenir dans lequel le problème sera résolu. ○ Accroître l'espoir ○ Un changement avec deux objectifs : diminuer l'anxiété et accroître les ressources <p>Trois temps d'utilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation : combinaison de stratégies d'exploration des difficultés et de stratégies TBOS. – Question-miracle, question-échelle, recherche d'exception et prescription de tâches. ○ Phase active : Susciter un changement (diminution de l'anxiété, augmentation des ressources et de qualité de vie) par l'utilisation conjointe de stratégies TBOS et TCC. – Recherche d'exception, question-échelle, poursuite du miracle, transfert de compétences, rétroaction et prescription de tâches. ○ Terminaison : Bilan des progrès, prévention de la rechute et stratégies TBOS pour visualiser la poursuite. – Question-miracle, question-échelle, transfert de compétences, rétroaction et prescription de tâches. 	<p>Guide du thérapeute</p> <p>Ce guide d'utilisation a pour but d'offrir aux praticiens un modèle clinique illustrant les modalités d'utilisation de la thérapie brève orientée vers les solutions auprès de clients anxieux. Les stratégies élaborées dans le présent guide sont celles qui ont été les plus fréquemment utilisées lors de la thérapie avec les clients anxieux.</p>

TBOS dans le traitement de l'anxiété

Recherche
d'exceptions

Introduction de la technique

- Si vous me parlez d'une fois où vous avez réussi à demeurer dans la situation que vous craignez malgré l'anxiété.
- Si vous me parlez d'une fois où vous avez réussi _____ (nommer une exception à explorer).
- Qu'est-ce qui est différent quand _____ (nommer l'exception) ?
- Qu'est-ce qui fait en sorte que l'anxiété/l'inquiétude/l'obsession/la compulsion cesse ?
- Comment faites-vous pour contrôler l'anxiété/la panique dans ces moments ?
- Comment expliquez-vous cela ? Comment vous êtes-vous senti ? Comment avez-vous fait ?

Lorsque l'exception est identifiée

Utilisation de reflets des aspects positifs

- Comme si c'est un défi de ne pas faire les compulsions.
- C'est graduel, vous avez progressé étapes par étapes.
- Malgré que vous dites être vulnérable, votre courage est bien présent dans cette situation.
- C'est différent maintenant, vous réussissez à _____ (nommer les réussites)

Questions de clarification, focalisation, exploration

- Comment ça se déroule quand vous n'utilisez pas l'évitement pour gérer votre anxiété et que vous laissez l'anxiété s'atténuer d'elle-même ?
- Qu'est-ce qui est différent entre ce que vous me décrivez (exception) et la manière dont vous auriez réagi auparavant ?
- Quels impacts voyez-vous dans votre quotidien lorsque l'anxiété/l'évitement/l'inquiétude/les compulsions sont absentes ?
- Comment votre journée a-t-elle été différente après avoir réussi cela ?
- Lorsque vous avez réussi à vous exposer, comment avez-vous fait pour aller chercher le courage nécessaire pour aller de l'avant ? Comment avez-vous fait pour rester malgré l'envie de quitter les lieux ? Quand cela arrive, comment faites-vous pour tolérer l'anxiété ressentie ?
- Qu'avez-vous appris en réussissant à ne pas éviter/faire la compulsion/neutraliser/obtenir de la réassurance ?
- Quelles ressources/qualités avez-vous utilisées dans cette situation ?
- Qu'est-ce que vous retenir de cette réussite ?
- Si nous devions décrire cette exception à quelqu'un, quelle en serait la « recette » ?
- Comment avez-vous réussi à conserver votre courage (ressource) malgré l'anxiété ?
- De quoi auriez-vous besoin pour que cela se poursuive ?
- Qu'est-ce qui pourrait faire en sorte que vous arriviez, comme par le passé, à faire _____ (nommer l'exception) ?

Renforcement, encouragement, partage de l'expérience subjective du thérapeute

- Bravo ! Cette réussite est un grand pas vers l'avant.
- Je vois que vous êtes capable de franchir les étapes pour progresser vers votre objectif.
- Vous avez puisé dans cette force qui est en vous !
- Vous avez eu besoin de beaucoup de _____ (ressource) pour réussir _____ (exception) !
- Même si c'était difficile, vous avez réussi à vous respecter et à chasser ces pensées négatives.
- C'est intéressant, vous réussissez à gérer l'anxiété quand _____ (exception).

Lorsque le client ne trouve pas d'exception

Encourager et normaliser

- Ce n'est pas facile d'identifier des moments où les difficultés ont été moins présentes, mais il en existe, prenez votre temps.
- Souvent nous avons l'impression que les difficultés sont présentes à 100% du temps. Essayons de penser à un moment où elle l'étaient à 90%. Quel serait ce moment ?

Soulever une exception

- Il n'y a peut-être pas d'exemple qui vous vient en tête pour le moment, Je me souviens que vous me parlez de _____ (nommer l'exception), c'est un bon exemple, selon moi. Qu'en dites-vous ?
- Dans le fond, votre vision des choses a été différente, vous avez vu la situation de manière non catastrophique
- Lorsque vous avez réussi à vous rendre à votre rendez-vous malgré l'anxiété, il s'agit d'une exception aux limitations et à l'évitement créés par l'anxiété.
- Vous me dites que vous avez déjà réussi par le passé mais que maintenant, vous ne pourriez pas refaire de même. Comment réussissiez-vous par le passé ?

Autres stratégies thérapeutiques pouvant être utilisées conjointement

- **TBOS** : Préciser objectifs, prescription de tâche, rétroaction, transfert de compétences ou question relationnelle.
- **TCC** : Analyse fonctionnelle, construction des objectifs thérapeutiques, retour sur la semaine, construction de hiérarchie d'exposition, psychoéducation, retour et personnalisation des devoirs thérapeutiques, prévention de la rechute, maintien des acquis, résolution de problèmes, restructuration cognitive ou bilan (y inclure une section sur les ressources et exceptions).

TBOS dans le traitement de l'anxiété

Question miracle

Introduction de la technique

- Je vais vous poser une question, une question un peu étrange. Si on se dit que tantôt, après notre rencontre, vous retournez à la maison. La soirée passe, vous faites ce que vous faites habituellement durant la soirée et vous vous couchez. Pendant la nuit, un miracle se produit et fait en sorte que le lendemain matin, ces difficultés avec votre anxiété sont disparues. Par contre, comme le miracle a eu lieu durant la nuit, vous ne savez pas qu'il s'est produit. Nous sommes le matin du miracle, et vous vous réveillez. Quel est le premier signe qui vous fait réaliser que ce miracle s'est produit?
- Si on se dit que ce soir vous retournez chez vous, vous vous couchez et quand vous vous réveillez le lendemain, vos deux objectifs sont atteints, votre humeur n'est plus dépressive et vous n'avez plus d'attaques de panique. Toutefois, comme vous dormez, vous ne savez pas qu'il y a eu un changement qui s'est produit. Quel est le premier élément qui vous fait réaliser qu'il y a un changement?
- Si on se dit qu'à partir de demain matin, vous arrivez à vous exposer à ces situations qui vous amènent de l'anxiété, quels impacts est-ce que cela a? Comment est-ce que cela se déroule? Qu'est-ce qui est différent?

Quand le miracle est identifié**Explorer, détailler, concrétiser et poser des questions ouvertes**

- Comment vous habillez-vous? Choisissez-vous des vêtements de couleurs différentes? Vous coiffez-vous différemment?
- Quels autres changements observez-vous?
- Qu'y a-t-il d'autre comme différence?
- Quoi d'autre?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous arrivez à faire le matin du miracle que vous aviez de la difficulté à faire avant?
- Qu'est-ce que votre mari/conjointe remarque ou vous dit de différent?
- Qu'est-ce qui est différent au niveau de vos pensées? Qu'est-ce qui remplace vos obsessions? Qu'est-ce qu'il y a à la place de votre peur de faire une attaque de panique? À la place de vos inquiétudes?

Refêter, résumer et reformuler

- Vous prenez davantage soin de vous.
- Vous vivez davantage le moment présent.
- Vous arrivez à lire un roman et vous concentrez sur votre lecture.
- Vous avez l'énergie pour mener à bien vos tâches quotidiennes.
- Vous vous réveillez le lendemain du miracle et vous avez envie de sortir et de recommencer vos activités préférées.
- Alors dans ce miracle, vous vous aimez tel que vous êtes et votre conjoint voit votre beauté intérieure rayonner.

Explorer les avantages du miracle

- Quels avantages voyez-vous à être moins anxieuse/inquiète?
- Quels impacts a le fait de vivre moins d'anxiété?

Souligner les ressources

- Qu'est-ce qui fait que votre courage est mis de l'avant?
- Comment utilisez-vous votre sens de l'humour?

Si le client répond par la négative (ce ne serait pas...)

- Et si ce n'est pas déprimant, cela se déroulerait comment?
- Qu'y a-t-il à la place?

Lorsque le client ne trouve pas de miracle**Répéter la question, les explications, utiliser l'humour et encourager**

- Vous vous réveillez et un miracle s'est produit durant la nuit, que remarquez-vous de différent?
- Je sais que ma question peut avoir l'air étrange mais prenez votre temps, qu'est-ce qui est différent?
- Ce n'est pas facile à imaginer mais je suis sûre que vous êtes capable d'identifier quelques changements qui se produisent le matin du miracle.
- Si on se dit que l'évènement traumatique que vous avez vécu demeure présent. Qu'est-ce qui est différent le matin du miracle qui fait que vous vous sentez tout de même calme et heureuse?

Suggérer des éléments de réponse

- Si on se dit que le miracle vient de se produire, la nuit dernière. Le matin du miracle, est-ce que vous sortez prendre une marche? Allez-vous voir votre amie? Est-ce que vous vous affirmez avec votre conjoint? Est-ce que vous quittez la maison sans avoir besoin de faire de compulsions?
- Qu'est-ce qui est différent dans votre routine de déjeuner? Votre journée de travail? Vos relations amicales? Votre relation de couple? Vos activités de loisirs?

Utiliser des questions relationnelles

- Le matin du miracle, quand votre mari vous regarde, que voit-il de différent? Que vous dit-il de différent?
- Si vous croisez des passants lorsque vous marchez à l'extérieur, que voient-ils?

Autres techniques pouvant être utilisées conjointement

- TBOS: Question-échelle, recherche d'exception, question relationnelle, prescription de tâches ou tâche de première séance.
- TCC: Résolution de problèmes, psychoéducation, prévention de la rechute, maintien des acquis ou reconstruction cognitive

TBOS dans le traitement de l'anxiété

Question échelle

Introduction de la technique

- Si on imagine une échelle où le 0 représente le moment lors duquel l'anxiété a été la plus intense et où le 10 représente une anxiété qui serait saine, où vous situez-vous sur cette échelle actuellement ?
- Thèmes des échelles utilisées : niveau d'anxiété (chaque trouble), évitement (de pensées, de sensations, de lieux, de situations ou de personnes), peur des attaques de panique, confiance de s'en sortir, limitations causées par l'anxiété, obsessions et compulsions, capacité d'affirmation de soi.

Lorsque le client éprouve des difficultés à répondre

Aider à se situer, souligner les progrès déjà réalisés

- Disons que le 5 est à mi-chemin, diriez-vous que vous êtes plus vers la première ou la seconde moitié ?
- Êtes-vous plus vers le 10 ou le 0 ?
- Quand vous me disiez que vous arrivez maintenant à vous rendre dans certains endroits / parler à des gens en position d'autorité / retourner dans des lieux qui vous font penser à l'événement traumatique que vous avez vécu / ne pas faire certaines compulsions, il s'agit de progrès sur cette échelle. Où vous situez-vous sur l'échelle si vous gardez en tête ces progrès réalisés ?

Suggérer des éléments pour concrétiser les marches suivantes

- Est-ce que de réussir à vous rendre au dépanneur pourrait être la prochaine marche, selon vous ?
- À quel endroit placeriez-vous le fait de vous affirmer avec votre employeur sur cette échelle ?
- Quelle marche représenterait le fait de ne plus vous inquiéter pour les finances de la famille ?

Quand l'échelle est identifiée

Explorer les ressources

- Vous me dites que vous êtes à 3 actuellement. Qu'est-ce qui fait que vous n'êtes pas à 2 ou 1 ?
- Qu'est-ce qui est différent maintenant et qui fait en sorte que vous n'êtes pas à 0 comme l'année dernière ?
- Comment faites-vous pour être à un 4 et ne pas être plus bas ?

Explorer l'objectif du (de la) client (e)

- Actuellement vous êtes à 3. Où aimeriez-vous être sur cette échelle à la fin de la thérapie ?
- De quoi aurait-elle l'air cette huitième marche ?
- Qu'est-ce qui illustrera que vous avez atteint votre objectif ?
- Qu'est-ce qui sera différent lorsque vous aurez atteint cette marche ?

Explorer les marches suivantes, demeurer réaliste

- Qu'est-ce qui vous fera dire que vous êtes monté d'une marche ?
- Actuellement, vous êtes à 3. Qu'est-ce que ce serait une toute petite marche de plus, soit un 3,5 par exemple ?
- De quoi auriez-vous besoin pour monter à la marche suivante ?
- Qu'est-ce qui sera différent lorsque vous montrez d'une marche ?

Autres techniques pouvant être utilisées conjointement

- TBOS : Question-miracle, recherche d'exception, prescription de tâche ou tâche de première séance
- TCC : Définition des objectifs thérapeutique et présentation du plan de traitement, exposition (in vivo et en imagination), retour sur les devoirs thérapeutiques, psychoéducation, résolution de problèmes, restructuration cognitive, prévention de la rechute ou maintien des acquis.

qui lui arrive. Pour diminuer cette pensée, nous explorons une exception lorsque la cliente fait un retour sur la semaine, et y décrit une situation lors de laquelle elle a vécu moins d'anxiété qu'à l'habitude. J'identifie avec elle les modalités avec lesquelles elle est arrivée à modifier ses cognitions qui génèrent de l'anxiété ».

Dans d'autres situations, la chercheure-actrice voulait utiliser les ressources de ses clients. D'après le journal de bord, elle cherche à identifier les ressources, à les utiliser en vue de concrétiser l'objectif thérapeutique, ainsi qu'à augmenter la confiance du client en ses ressources. Louise³, atteinte d'un trouble panique avec agoraphobie, évitait les moyens de transport, les endroits publics et évitait de sortir de chez elle. Cela l'avait donc amenée, au fil du temps, à cesser de faire bon nombre d'activités qu'elle affectionnait auparavant. Elle se présentait en thérapie avec l'objectif de retrouver son dynamisme actuellement entravé par l'évitement des activités qu'elle aimait. L'intention de la chercheure-actrice était donc d'aider Louise à renouer avec son dynamisme, afin de dépasser les limites de son trouble. Pour ce faire, elle a utilisé la question miracle en proposant de visualiser, dans un futur meilleur, les activités qu'elle pratiquera lorsqu'elle retrouvera son dynamisme. Puis, elle lui a proposé d'entreprendre progressivement ces activités, à petites doses, dans son quotidien.

Il arrive que, conformément au souhait du client, l'intention de la chercheure-actrice soit de modifier le vécu affectif du client, en favorisant le déploiement des affects positifs ou la diminution des affects négatifs. Par exemple, avec Johanne, qui éprouvait une anxiété de performance lorsqu'elle devait être évaluée par ses professeurs, l'intention de la chercheure-actrice était de réduire la peur et le sentiment de culpabilité. Ces affects négatifs avaient pour conséquence que Johanne travaillait durant de longues heures, négligeait de passer du temps de qualité avec ses amis et faisait de l'insomnie. Le journal de bord a permis d'identifier les principaux affects que la chercheure-actrice cherche à déployer chez ses clients vivant de l'anxiété, soit la confiance, la fierté, la motivation, la mobilisation et l'implication. Elle cherche également à diminuer les affects négatifs suivants : la crainte, le doute, l'incertitude, le découragement, la tristesse, le désespoir, la dévalorisation, la déresponsabilisation, la honte et le stress.

Procédés expérientiels

Les procédés expérientiels concernent la relation thérapeutique et les expériences subjectives de la thérapeute, tel qu'illustré dans le Tableau 1.

Relation thérapeutique. Le premier procédé relationnel concerne la relation thérapeutique propice à l'application de la TBOS qui est caractérisée par la création d'une alliance thérapeutique et l'instauration d'un climat favorable à l'utilisation de la TBOS.

3. Tous les noms utilisés dans cet article ont été modifiés pour préserver la confidentialité.

Certaines modalités d'utilisation de la TBOS semblent avoir permis de maintenir une alliance thérapeutique positive avec les clients. Différents éléments favorisant l'alliance thérapeutique ont été identifiés dans cette recherche, tels que : offrir une écoute de qualité, utiliser l'humour avec parcimonie, demeurer authentique, demeurer vigilant à ce qui se passe dans la relation et partager, lorsque cela s'avère thérapeutique, son expérience subjective.

Également, il est apparu qu'un certain climat relationnel était propice à l'utilisation de la TBOS. Ces facteurs ont été observés comme pouvant contribuer à instaurer un climat propice à l'utilisation de la TBOS : créer un climat de collaboration, d'exploration ou de détente, se permettre spontanéité et ouverture, amener le client à identifier par lui-même les éléments pouvant être aidants, favoriser l'alternance entre la guidance et l'accompagnement, et encourager le client.

Expérience subjective du thérapeute. Le second procédé expérientiel concerne l'expérience subjective du thérapeute. La recherche a permis de démontrer que la thérapeute pouvait intervenir selon les résistances, l'état affectif présent et ses caractéristiques personnelles.

L'observation de résistances était généralement faite lorsque le processus thérapeutique n'avancait pas au rythme habituel ou qu'il semblait entravé. De façon plus précise, les résistances ont été définies dans cette recherche par : la présence de facteurs de maintien des difficultés (inefficacité des comportements utilisés par le client pour atteindre son objectif) ou d'impasses dans la relation thérapeutique. Cela pouvait s'exprimer par de l'évitement, de l'échappement, de la recherche de réassurance, des distorsions cognitives, etc. La présence de facteurs de maintien pouvait permettre d'exploiter les interventions spécifiques de la TBOS. Également, il pouvait s'agir de réactions du client, de réactions de la chercheure-actrice avec le client, de la reproduction de schémas cognitifs inadaptés ou de la discordance entre les visées du client et celles de la chercheure-actrice. Voici un exemple : Chantal se présentait en thérapie avec l'objectif que ses attaques de panique diminuent. La chercheure-actrice a observé de la discordance entre les comportements de Chantal, qui évitait beaucoup de situations croyant que son état était voué à demeurer stable, et l'objectif thérapeutique qui visait la diminution de cet évitement. La chercheure-actrice, observant cette situation, a choisi une question miracle afin de coconstruire un objectif réaliste pour Chantal et ainsi favoriser la reprise du changement.

Aussi, la chercheure-actrice a utilisé la TBOS en fonction de différents états affectifs, soit ses propres ressentis et ceux qui étaient exprimés par le client. Selon le journal de bord, certains de ses ressentis ont amené la

chercheure-actrice à utiliser la TBOS comme se sentir émue, fière du client, confiante par rapport aux ressources du client, impressionnée, curieuse, touchée et ressentir de l'espoir. Également, les états affectifs exprimés par les clients ont influencé les modalités d'utilisation de la TBOS. Plus précisément, des sentiments comme la fierté, l'espoir, la satisfaction, la lassitude ou la perte d'espoir influençaient le choix d'interventions thérapeutiques et les modalités selon lesquelles la chercheure-actrice les utilisait. Par exemple, Stéphanie avait un trouble obsessionnel compulsif. Elle s'était présentée en thérapie découragée, sans espoir de retrouver sa qualité de vie et ayant perdu confiance en l'avenir. Lorsqu'elle a pris contact avec les émotions exprimées par sa cliente, la chercheure-actrice a utilisé une question miracle qui amène, entre autres, à coconstruire une vision d'un avenir préféré, à orienter le discours vers les solutions et à retrouver l'espoir en l'avenir.

Également, l'utilisation de la TBOS par la chercheure-actrice s'est faite en fonction de caractéristiques personnelles, telles que ses valeurs, son cadre théorique et ses qualités. Les valeurs représentent les croyances et convictions sur lesquelles elle s'est appuyée pour choisir ses interventions. Le journal de bord permet de faire ressortir les principales valeurs de la chercheure-actrice qui l'amène à utiliser la TBOS : la confiance en la tendance innée des gens vers l'actualisation, la croyance que les gens ont les ressources pour s'en sortir, que la chercheure-actrice doit être authentique et la confiance en l'existence de solutions. Ensuite, le cadre théorique propre à la chercheure-actrice a influencé l'utilisation des interventions spécifiques de la TBOS. La chercheure-actrice possède une conception du changement, du processus thérapeutique, des difficultés vécues par les clients et des ressources individuelles qui influencent son jugement clinique. Par exemple, la chercheure-actrice conçoit que le mieux-être d'une personne peut s'accroître en faisant davantage de ce qui fonctionne bien. Par la recherche d'exceptions, elle a aidé Caroline, qui était atteinte d'anxiété généralisée, à remarquer les moments où elle a surmonté ses inquiétudes et où elle a été calme, afin de planifier des moments où elle les reproduira. Également, la chercheure-actrice voit, entre autres, le processus thérapeutique comme un processus de collaboration, un travail personnalisé débutant par la construction d'objectifs thérapeutiques visant à accroître l'espoir, un processus pour favoriser le changement et l'augmentation du bien-être, ainsi qu'un processus orienté vers l'action, l'avenir et la recherche de solutions. La chercheure-actrice possède sa conception des difficultés vécues par ses clients qui sont perçues comme une reproduction de comportements inefficaces et entravent l'utilisation optimale des ressources. Par exemple, la chercheure-actrice croit que l'anxiété amène une sous-estimation de la capacité à affronter les difficultés et amène conséquemment de l'évitement, ce qui la maintient. Lorsque Martine, qui était atteinte d'anxiété

généralisée, a abordé son besoin excessif de réassurance afin de diminuer ses inquiétudes, la chercheure-actrice a utilisé la question miracle afin de décrire un futur dans lequel Martine se rassure par elle-même. La chercheure-actrice conçoit que les ressources individuelles sont importantes dans un processus de changement, qu'elles sont présentes chez chaque personne, qu'elles peuvent être amplifiées, et peuvent être transférées dans les situations problématiques. À ce sujet, Caroline, qui était atteinte d'un trouble obsessionnel compulsif, a abordé une exception à ses compulsions, lorsqu'elle a dû quitter rapidement la maison sans vérifier excessivement la porte. La chercheure-actrice, qui comprend que les ressources peuvent être accentuées afin d'augmenter la fréquence des comportements utiles, a prescrit une tâche pour recommander à Caroline de reproduire cette exception en quittant la maison, en étant très juste dans son temps. Finalement, les qualités propres à la chercheure-actrice, telles que son humanisme, son optimisme, son espoir, sa persévérance et son orientation vers l'action, ont influencé l'utilisation de la TBOS.

DISCUSSION

Dans le domaine social, familial ou professionnel, des résultats d'études ont démontré un appauvrissement notable de la qualité de vie chez les gens ayant un trouble d'anxiété (Olatunji, et al., 2007). De plus, à la suite d'une TCC, le résultat des clients manifestant des symptômes anxieux au *Quality of Life Inventory* s'améliore, sans toutefois atteindre le résultat des clients non anxieux, qui est supérieur. Cela vient appuyer le besoin d'interventions additionnelles pour améliorer la qualité de vie des clients à la suite d'une psychothérapie (Eng et al., 2001). Cette recherche a permis de faire ressortir cette visée conjointe de réduction des symptômes et d'amélioration de la qualité de vie des gens atteints d'anxiété. L'amélioration de la qualité de vie passe par des intentions thérapeutiques de diminution des affects négatifs, d'augmentation des affects positifs et d'utilisation accrue des ressources du client. Cet objectif est conforme aux suggestions de Keyes et Lopez (2002) qui remarquent que la réduction des symptômes peut être surpassée en thérapie et être accompagnée d'objectifs supplémentaires, ciblant la promotion de la qualité de vie. Il apparaît donc pertinent de miser sur une approche en psychologie qui reconnaît la santé mentale comme nécessitant deux dimensions distinctes : l'absence de symptômes et la présence de bien-être. La recherche de changements qui visent tant une amélioration de la qualité de vie qu'une diminution des difficultés, est suggérée par plusieurs auteurs, notamment : Peterson, 2006, Linley et Joseph, 2004, Keyes, 2009, Eng et al., 2001, Seligman, 2002 et Keyes et Lopez 2002.

En plus de favoriser l'amélioration de la qualité de vie, Postma et Rao (2006) mentionnent que la TBOS peut faciliter le processus de

changement dans la TCC. Plus précisément, ces auteurs affirment que la TBOS peut être utile dans les moments où il y a des blocages dans le processus thérapeutique, ou lorsque les interventions comportementales de la TCC amènent trop de craintes, pour que le client consente à les pratiquer. À ce sujet, notre étude a démontré que les obstacles thérapeutiques et résistances étaient des contextes propices à l'utilisation de la TBOS.

En 2006, une parution du *Journal of Cognitive Psychotherapy* a été consacrée à l'utilisation conjointe de la TBOS et la TCC. Dans cette parution, Cheavens et al. (2006) ont rapporté que la TBOS utilisée conjointement avec la TCC permet d'augmenter l'espoir ainsi que de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs. De plus, il a été démontré que la psychologie positive permet d'améliorer les résultats thérapeutiques de la TCC, ainsi que le maintien des acquis (Cheavens et al, 2006) et de diminuer le taux de rechute (Green et al., 2006). De plus, il a été établi que lorsqu'utilisées conjointement, la TBOS et la TCC pouvaient être plus efficaces que prises individuellement. En effet, la réduction des affects négatifs serait surpassée, devenant ainsi une étape de la démarche (Ingram et Snyder, 2006; Karwoski et al., 2006; Keyes et Lopez, 2002; Postma et Rao, 2006). Nos résultats confirment ces postulats, car la diminution des difficultés et l'augmentation de l'utilisation des ressources ont été deux visées indépendantes dans l'utilisation de la TBOS.

LIMITES ET RECHERCHES FUTURES

La méthode praxéologique donne lieu à des résultats qui décrivent l'utilisation circonscrite de la TBOS par la chercheure-actrice, et qui sont influencés par la subjectivité de cette dernière. Il faudra donc des recherches supplémentaires pour généraliser les résultats à l'ensemble des thérapeutes utilisant la TBOS dans le traitement de l'anxiété.

Également, cette recherche ne visait pas à étudier l'intégration de la TBOS et la TCC. Cette recherche a utilisé la TBOS et la TCC conjointement permettant ainsi un travail, dont l'objectif était tant la réduction des difficultés que l'augmentation de la qualité de vie. Des recherches additionnelles seraient nécessaires afin de développer un modèle d'intégration de ces approches. De plus, il serait intéressant de mesurer quantitativement l'amélioration de la qualité de vie des clients ayant été traités par cette thérapie intégrative utilisant conjointement la TBOS et la TCC.

La présente recherche est novatrice puisque la description des modalités d'utilisation de la TBOS dans le traitement de l'anxiété n'avait pas fait, à notre connaissance, l'objet d'études antérieures. La présente

recherche a permis d'apporter un premier éclairage sur le sujet, en examinant la fonction spécifique de la TBOS, notamment au niveau de l'orientation vers les solutions et de l'amélioration de la qualité de vie, au-delà de l'effet de la TCC, ciblant principalement une réduction des symptômes et des problèmes, en se concentrant sur la modification des cognitions et comportements inadaptés. Il serait pertinent que d'autres recherches apportent une explication plus approfondie des modalités d'utilisation de la TBOS et tentent d'en définir précisément l'impact par rapport à la TCC. Ces recherches pourraient aussi être menées auprès de différentes clientèles, en étudiant le travail de plusieurs thérapeutes et en recrutant un plus grand nombre de participants. Les tableaux présentés dans cette recherche pourraient ainsi être complétés et bonifiés.

Outre la TCC traditionnelle, d'autres approches peuvent être efficaces dans le traitement de l'anxiété. Les approches de troisième vague, comme la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou la thérapie d'acceptation et d'engagement, prennent de plus en plus d'ampleur. Il pourrait être intéressant d'étudier la pertinence, l'efficacité, ainsi que les modalités d'intégration de la TBOS avec ces approches de troisième vague.

CONCLUSION

Les études visant à préciser les applications, l'efficacité et les modalités d'utilisation de la TBOS doivent se poursuivre. C'est pourquoi cette étude exploratoire avait pour objectif de décrire différentes modalités d'utilisation de la TBOS auprès de clients anxieux. Une des modalités qui ressort est une utilisation conjointe avec la TCC traditionnelle pour le traitement de l'anxiété. Cette approche conjointe s'attarde non seulement à la réduction des symptômes, mais également à accroître la qualité de vie et à favoriser une utilisation optimale des ressources. Actuellement, une qualité de vie qui va au-delà de l'absence de symptômes est recherchée par les clients. Il est donc souhaitable que la psychothérapie puisse offrir aux clients, tant la possibilité de voir leurs difficultés diminuer, que la possibilité de s'approcher de l'objectif légitime de vivre une vie stimulante, teintée de bien-être et de bonheur.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e éd. texte rev.). Psychiatric Publishing.
- Bannink, F. P. (2014). Positive CBT: From reducing distress to building success. *Journal of contemporary psychotherapy*, 44, 1-8.
- Barrera, T. L. et Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.
- Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S. Lee, M.Y., McCollum, E. E., Smock Jordan, S., Trepper, T. S., Prince, I., Lavoie, B. et

- Casey, S. (2017). *La Thérapie orientée vers les solutions : manuel de traitement pour la thérapie individuelle*. <https://www.lavoiesolutions.com/mat%C3%A9riel-gratuit/>
- Cheavens, J. R., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. et Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample : A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Cheavens, J. R., Feldman, D. B., Woodward, J. T. et Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies : On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 20(2), 135-145.
- De Jong, P. et Berg, I. K. (2002). *De l'entretien à la solution : l'accent sur le pouvoir des clients*. Satas.
- De Shazer, S. (1999). *Clefs et solutions en thérapie brève*. Satas.
- De Shazer, S. (2002). *Explorer les solutions en thérapie brève*. Satas.
- De Shazer, S. et Dolan, Y. (2007). *More than miracles: the state of art of solution focused brief therapy*. The Haworth Press, Inc.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. et Safren, S. A. (2001). Quality of life following cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 13, 192-193.
- Froerer, A. S. et Jordan, S. S. (2013). Identifying solution-building formulations through microanalysis. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 60-73.
- Gingerich, W. J. et Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Green, L. S., Oades, L. G. et Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioural solution-focused life coaching : Enhancing goal striving, well-being and hope. *Journal of Positive Psychology*, 1(3), 142-149. <https://doi.org/10.1080/17439760600619849>.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T. et Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. et Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 342-349.
- Ingram, R. E. et Snyder, C. R. (2006). Blending the good with the bad; Integrating positive psychology and cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 20(2), 117-122.
- Jordan, S.S. et Bavelas, J.B. (2013). Introduction to SFBT contributions to practice-oriented research. Part I: microanalysis of communications. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 13-16.
- Jordan, S. S., Froerer, A. S. et Bavelas, J. B. (2013). Microanalysis of positive and negative content in solution-focused brief therapy and cognitive behavioral therapy expert sessions. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 46-59.
- Kaplan, H. I. et Sadock, B. J. (1998). *Synopsis de psychiatrie*. Éditions Pradel.
- Karwoski L., Garatt G. M. et Ilardi, S. S. (2006). On the integration of cognitive-behavioral therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 20(2), 159-170.
- Keyes, C. L. M. (2009). Toward a science of mental Health. Dans C. R. Snyder et S. J. Lopez (dir.), *The Oxford Handbook of positive psychology* (2^e éd) (p. 89-95). Oxford university press.
- Keyes, C. L. M. et Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health. Dans C. R. Snyder et S. J. Lopez (dir.), *Handbook of positive psychology* (p. 45-59). Oxford university press.
- Lamarre, J. (2005). Psychothérapie brève orientée vers les solutions. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 55-71. <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search-ebscohost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-06399-003&site=ehost-live>
- Linley, A. et Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. Wiley.
- Mandeville, L. (2006). *Psychothérapie positive*. Document inédit, Université de Sherbrooke.

Le TBOS pour l'anxiété : une étude exploratoire

- Norton, P. J. et Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- O'Hanlon, B. et Beadle, S. (1997). *Guide du thérapeute au pays du possible : Méthodes de la thérapie du possible*. Satas.
- O'Hanlon, W. H. et Weiner-Davis, M. (1995). *L'orientation vers les solutions : une approche nouvelle en psychothérapie*. Satas.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. et Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.
- Otto, M. W., Smith, J. A. J. et Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 65(5), 34-41. http://www.researchgate.net/profile/Jasper_Smits/publication/8624771_Cognitivebehavioral_therapy_for_the_treatment_of_anxiety_disorders/links/00b4951df5099e4d3a000000.pdf
- Peterson, C. (2006). *À primer in positive psychology*. Oxford University Press, Inc.
- Postma, K. et Rao, K. N. S. (2006). Using solution-focused questioning to facilitate the process of change in cognitive behavioural therapy for food neophobia in adults. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 34(3), 371-375.
- Riskind, J. H. (2006). Links between cognitive-behavioral hope-building and positive psychology; Applications to a psychotic patient. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 171-182.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. Dans C. R. Snyder et S. J. Lopez (dir.), *Handbook of positive psychology* (p. 3-9). Oxford University Press.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Les Éditions Logiques.
- Saint-Arnaud, Y. (1992). *Connaitre par l'action*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Saint-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : efficacité et coopération*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Stewart, R. E. et Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice : a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606.
- Strauss, A.C. et Corbin, J.M. (2004). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage Publication Inc.
- Wong, N., Sarver, D. E. et Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 50-57.

RÉSUMÉ

La TCC, efficace dans le traitement des gens atteints d'anxiété, permet d'accroître leur qualité de vie sans toutefois qu'elle n'atteigne le niveau des gens sans anxiété. La thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS) cible l'amélioration de la qualité de vie. Cette recherche exploratoire qualitative vise la description de l'utilisation de la TBOS pour traiter l'anxiété et utilise la praxéologie et la théorisation ancrée. Huit clients de la Clinique des troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas y ont pris part. Les résultats de cette recherche décrivent les modalités d'utilisation de la TBOS dans le traitement de l'anxiété.

MOTS CLÉS

anxiété, thérapie orientée vers les solutions, praxéologie, théorisation ancrée

ABSTRACT

CBT, effective in the treatment of anxiety disorders, helps people treated for anxiety improve their quality of life without reaching the level of the people without anxiety. Solution-focused brief therapy (SFBT) could increase quality of life. This research aims to describe the process of using SFBT for the treatment of anxiety. This qualitative exploratory research uses praxeology and grounded theory. It was conducted with eight patients at the Anxiety Disorders Clinic of the Douglas Mental Health University Institute. The results of this research identify the technical and experiential processes that describe the use of SFBT in the treatment of anxiety.

KEY WORDS

anxiety, solution-focused therapy, praxeology, grounded theory
