



Étape 1 : Demande et 5R

Où comment trouver les informations pertinentes

Quelques inspirations thérapeutiques

Qu'on ne peut que vous encourager à découvrir...

- Entretien compréhensif - Jean-Claude Kaufmann
Livre(s) de référence : « L'entretien compréhensif, 4ème édition »
- Approche centrée sur la personne (Alliance thérapeutique) - Carl Rogers
Livre(s) de références : « L'approche centrée sur la personne », « La relation d'aide et la psychothérapie », « Psychothérapie et relations humaines: Théorie de la thérapie centrée sur la personne »
- Thérapie des schémas - Young
Livre(s) de références : « La thérapie des schémas »

Créer la relation



La relation est « l'outil » essentiel de base de la thérapie.

Elle permet la sécurisation qui permettra le vécu expérientiel et ainsi la confrontation autonome.

Mais dans de nombreux cas, elle sera l'expérience à part entière qui fera thérapie ! (confrontation à la relation, expérimentation des notions d'attachement...)

N'oubliez que votre client vous poussera régulièrement dans un **rôle signifiant pour lui**. Il vous imposera de jouer ce rôle là... car c'est le scénario qu'il joue en boucle depuis longtemps (une victime vous placera en sauveur, un guerrier fera tout pour vous mettre en posture d'impuissance...).

Votre objectif sera de **prendre conscience** du rôle dans lequel la personne tente de vous placer, inconsciemment bien entendu, afin de pouvoir agir de manière stratégique (jouer le rôle consciemment pour le pousser à l'extrême, jouer un rôle inversé, provocation, méta-communication...).

Relation = (Lien + Contexte) x Engagement

La relation est un lien d'influence réciproque dans lequel s'engage deux acteurs dans un contexte donné



La relation représente plus que la simple somme des éléments qui la composent. La relation devient **une entité à part entière**. Elle a un but, une forme et une vie propre.

Les deux protagonistes sont co-responsables de la construction et de la forme de la relation. Je ne peux pas forcer l'autre à entrer en relation avec moi. Les deux seront impliqués dans le soin et la réparation de la relation.

Toutefois, dans le cadre thérapeutique, le thérapeute a des responsabilités qui sont inhérentes à sa fonction. La relation étant son « outil » de travail, il aura la responsabilité du maintien du cadre de la relation, des moyens qu'il met en place pour lui donner vie, mais surtout de l'utilisation qu'il fera de cette dernière.

(« un grand pouvoir implique de grandes responsabilités » 😂)

Faire de la relation =

- Travailler sur les **liens** (à l'autre, à soi et au monde)
- Prendre conscience et jouer avec les **rôles, postures et niveaux** (le contexte)
- Développer de l'**engagement** à vivre la relation
- Utiliser le vécu **expérientiel de la relation** comme base de travail

Je pense que depuis le temps que je le répète, voir le rabâche, vous avez intégré l'importance de la **relation et de la **sécurité**.**

Au cours des modules précédents (voir surtout le module 5), nous avons également vu comment les mettre en place... Je ne reviendrai donc pas dessus lors de ce module.

Demande et objectifs



Dans les thérapies brèves,
orientées solutions, tout
accompagnement commence
par une interview ou anamnèse
ayant pour mission de fixer
l'objectif que la thérapie
permettra d'atteindre.

- Notes : voici quelques exemples de premier entretien
- Notion d'état présent, d'état désiré et d'écologie et comment les questionner en PNL : Cayrol, A. & de Saint Paul, J. (1984) Derrière la magie. Interédition.
- Définition concrète du problème et de l'objectif en thérapie brève : Doutrugne, Y., Cottencin, O., Betbèze, J. (2013) Thérapies Brèves : principes et outils pratiques. Elsevier Masson 3ème édition.
- Les questions thérapeutiques et le modèle Tomm - *intention (des questions) investigation, exploratoire, correctrice et facilitante* - : Chambon, Olivier. Les bases de la psychothérapie : Approche intégrative et éclectique. Dunod 3ème édition.
- Récupération de l'histoire du patient et planning du traitement en EMDR : Shapiro, F. (2007) Manuel d'EMDR. Interédition.
- Le démarrage d'entretien en psychothérapie : Tournebise, T. (2011) Le grand livre du psychothérapeute. édition Eyrolles
- Exemple de premier entretien en TCC : Lecomte, C., Servant, D. (2020) Les thérapies comportementales cognitives et émotionnelles en 150 fiches. Elsevier Health Sciences.

Comme vous le verrez, chaque « style » thérapeutique propose sa forme d'anamnèse ou de premier entretien. D'ailleurs dans le chapitre suivant, vous trouverez une anamnèse (*étant une synthèse de différentes autres*) que nous utilisons avant. Elle reste intéressante pour avoir quelques options pour aller chercher de l'information.

Notion d'objectif en thérapie solutionniste

Le patient/client qui passera votre porte viendra, dans la très grande majorité des cas, **avec une plainte** (*constat de la situation*).

Tout « l'art du thérapeute solutionniste » sera d'arriver à « faire accoucher » celui-ci : du **but** du travail thérapeutique (*répond à la question « où va-t-on ? », dans quelle direction, quel cap...*),

de **l'objectif** de l'accompagnement (*répond à la question « comment » et « quoi », critères de réussite précis, comme il est concret -voir après- il est mesurable*),

de la **finalité** de l'accompagnement (*répond à la question « pourquoi », quel SENS donne-t-on à ce chemin, cela va générer de la motivation, de l'énergie pour avancer*), et enfin

du « **Petit pas** » (*première action tangible et concrète, la plus simple possible, qui mettra la personne sur le chemin de l'atteinte de son objectif, sert à créer une spirale d'engagement*).

**Pourquoi faire cela ? Pour
générer motivation et
engagement, moteur de la
thérapie, mais également avoir
un outils d'évaluation concret de
l'avancement du travail
thérapeutique.**

Que voulez-vous vraiment ?

Pour qu'un objectif soit *valide* il doit répondre à plusieurs critères. **Pour être objectif**, ce qui est posé par le client doit être :

- Formuler positivement

- Vérifiable et Observable

- Spécifique et Contextualisé

- De sa responsabilité

- Ecologique (*prise en compte des conséquences +/- du changement*)

Attention, car tout cela peut bouger d'une séance à l'autre. Il va y avoir plusieurs objectifs, qui doivent être explicités : ceux du patients... mais également ceux de la séance même, ceux du thérapeute, ceux de la famille ou du système (travail sous contrainte)...

A la différence des thérapies orientées solution, nous n'allons pas avoir forcément d'un objectif précis pour entrer en thérapie (*de toute façon il y a de grandes chances qu'il bouge...*). Souvent quand on est en pleine tempête avoir un objectif précis n'est simplement pas possible (*métaphore de la personne qui se noie*). Par contre, il ne nous sera pas possible de travail sans qu'une **demande d'aide CLAIRE** soit faite...

**« Partir de la souffrance du client.
c'est la condition *sine qua none* d'une
intervention hors contrainte. C'est parce que
quelqu'un souffre que la personne est en face
de nous !
La souffrance est le moteur du patient, même
sous contrainte : la douleur est motivante ».**

La demande ou la plainte

« En quoi vais-je vous aider ? » - « Qu'attendez-vous de la séance / de moi ? »

Comme vous le verrez ces deux questions seront fondamentales.

- **Vous devrez partir d'une demande réelle et concrète**, afin que le client **s'engage** dans SA thérapie. S'il n'y en a pas et que vous commencez le travail, cela signifie que vous prenez, à la place du client, la responsabilité du cap comme chemin thérapeutique. Cela équivaut à vous placer à court terme dans une position d'impuissance insoluble (*mort du thérapeute*).
- Ces questions vont permettre de **recadrer les demandes impossibles ou déresponsabilisante** (*transfert d'impuissance...*), les rôles que le patient tentera de vous faire jouer, et la fonction même de la thérapie (*la thérapie ne soigne pas, c'est le corps qui guérit...*).

Là très souvent vous devrez faire preuve de pédagogie (*psychoéducation*) afin de mettre un cadre à votre thérapie, et ainsi de redistribuer les responsabilités, expliciter comment fonctionne la thérapie que vous proposez, ce que le client peut attendre et comment il doit s'impliquer (*mettre en place un cadre commun > Repères*).

La demande ou la plainte

« En quoi vais-je vous aider ? » - « Qu'attendez-vous de la séance / de moi ? »

- Ces questions ont également l'objectif de rendre « visible l'invisible » / « rendre explicite l'implicite ». Vous verrez souvent que derrière de nombreuses demandes se cachent la vraie problématique. Par exemple : « je veux arrêter mes crises de boulimie »... le problème pourra être la solitude, l'insécurité... C'est ce qu'on pourrait expliciter en disant : **veillez à différencier le désir du besoin réel du client.**
- Ensuite, vous verrez souvent que derrière de nombreuses demande se cachent la vraie problématique. Par exemple : « je veux arrêter mes crises de boulimie »... le problème pourra être la solitude, l'insécurité... C'est ce qu'on pourrait expliciter en disant : **veillez à différencier le désir du besoin.**
- Elle vous permettront, également, de rendre la **demande claire et contextualisée**. Sans cela pas de mise en forme et donc pas de travail possible. Pour finir, n'oubliez pas que ce n'est pas l'histoire que vous raconte votre client qui est intéressante (*attention, ne vous faites pas hypnotiser !*) mais les perceptions qu'il en a, les moments clés, le système et liens émergents, les sensations qu'elle provoque, les absents implicites. Ainsi, **ce n'est pas l'histoire mais sa STRUCTURE que vous devrez « entendre ».**

La demande ou la plainte : **travail sous contraintes**

« En quoi vais-je vous aider ? » - « Qu'attendez-vous de la séance / de moi ? »

- Vous mettrez en lumière grâce à elle « **les tentatives de travail sous contraintes** ». Dans de nombreux cas, vos clients ne viendront pas de leur propre chef, et parfois cela sera clairement dit... et d'autres fois vous devrez le découvrir. Ils pourront venir vous consulter sous la « prescription » d'un tiers (*un médecin qui promet que vous réglerez le problème*), ou pire « sous sa contrainte », qui peut être clairement explicite (*une femme qui impose à son mari de venir vous voir sinon elle le quitte*) et parfois totalement implicite (*un papa qui vient vous voir car sa fille lui a fait promettre qu'il arrêtera de fumer*). Dans tous ces cas vous ne pourrez pas travailler, car vous porterez la responsabilité de la thérapie (cascades de déresponsabilisation - d'impuissance).

Ces comme si tous ces « prescripteurs » vous renvoyez leur impuissance en espérant que vous la porterez pour eux, que vous réglerez le problème d'un coup de baguette magique. Dans ces cas là, tout le monde est passif, se déresponsabilise... et vous serez seul à vous démener. Dans le meilleur de cas vous trouverez effectivement une solution (= vol d'autonomie), dans le pire vous croulerez sous une impuissance énorme (mort du thérapeute).

Travail sous contrainte

« De qui vient la demande ? »

Cette question, qui paraît anodine, est en fait essentielle. Elle va rendre explicite qui sont les parties prenantes dans l'acte thérapeutique en lui-même. Si ce n'est pas le sujet lui-même qui est à l'origine de la thérapie, vous entrez dans « le travail sous contrainte » (*attention aux conjoints qui prennent rendez-vous pour leur partenaire... personnellement je n'accepte jamais*).

Je vais être clair : le travail thérapeutique sous contrainte est tout simplement IMPOSSIBLE. Sans engagement personnel pas de changement durable...

« Vouloir » ou « Devoir » changer pour l'autre ou parce que l'autre me le demande (*ou me l'impose*), revient à renier ses propres besoins. Si vous tentez d'entrer directement en thérapie sans prendre conscience de cette « contrainte », vous serez face à des résistances énormes.

Travail sous contrainte

Le travail sous contrainte est souvent engendré par les « **cascades d'impuissance** ».

C'est à dire que les tiers en lien avec le sujet (*famille, amis, institution, voir corps médical*) se retrouvant impuissant face à la problématique de la personne qui vous consulte (*par rapport à une maladie comme un comportement « déviant »*), c'est à dire impuissant à le faire changer ou à le « guérir » (*avec ou contre sa volonté*), tentent de vous renvoyer leur impuissance.

Dis autrement, cette impuissance étant insupportable, il voudront s'en débarrasser en vous la faisant proter. **Si vous l'acceptez, vous croulerez sous le poids de cette dernière...**

Un exemple très courant est le sevrage tabagique : la femme et les enfants qui envoient le mari arrêter de fumer, ou mieux le médecin ou le chirurgien qui impose l'arrêt du tabac et vous recommande **pour faire arrêter de fumer** la personne.

Dans tous les cas, vous devez redistribuer les responsabilités et travailler l'engagement.

Vous n'avez pas la responsabilité du changement, c'est la personne qui vous consulte qui doit la prendre. Et vous n'avez pas à porter les angoisses et désirs des tiers. Cela leur appartient.

N'oubliez jamais que vous n'avez qu'une responsabilité de moyen (*donner le meilleur de vous même, gestion de la sécurité, du cadre, de vos comportements...*) jamais de résultat.

Comment travailler sous contrainte

« Qu'est-ce que vous attendez de la thérapie / de moi ? »

« De qui vient la demande ? »

« Qui d'autre est impliqué dans votre demande ? »

« Qu'est-ce qu'il attend de moi ? »

« Qu'est-ce qu'il vous a dit de moi ? »

« Pourquoi êtes vous venu ? »

« Pourquoi venir me consulter MOI ? »

... sont autant de questions qui peuvent être utiles
(il en existe d'autres bien entendu).

Comment travailler sous contrainte

« De qui vient la demande ? » / « Qu'est-ce que vous attendez de la thérapie / de moi ? » / « Qui d'autre est impliqué dans votre demande ? »... sont autant de questions qui peuvent être utiles (*il en existe d'autres bien entendu*).

Dans tous les cas, **l'objectif sera de faire émerger les « contraintes »** : qui sont les tiers impliqués et quelles sont leurs motivations/attentes ? Ensuite, il sera judicieux de travailler sur ces relations (*travail systémique*) et **l'impact** qu'elles renvoient au sujet (*il pourra, par exemple, exprimer de la colère vis à vis de ces attentes, de la peur par rapport à la pression qu'elles représentent ou parfois simplement avouer qu'elles ne correspondent pas à ce qu'il désire*).

Il sera important d'explicitier le fait que les attentes des tiers ne sont pas notre priorité. Ce qui l'est est la demande réelle du client (*surtout ne pas donner d'avis, ni de jugement, par rapport aux demandes des tiers et/ou du sujet : exemple à ne pas faire : « vous savez, ils s'inquiètent pour votre santé, c'est normal qu'ils vous poussent à arrêter de fumer »... vous allez perdre la relation*).

Comment travailler sous contrainte

Après l'avoir reconnu, lui et ses besoins, il faudra ensuite engager le sujet dans la thérapie (*ou lui faire assumer qu'il n'a pas envie d'y entrer et lui faire prendre la responsabilité de la stopper*). Pour cela, trouvez toutes les stratégies possibles utiles pour ENGAGER le sujet dans la poursuite ou l'arrêt de la thérapie. Encore une fois, bien recadrer que c'est LUI qui prend cette décision !

Une chose qui fonctionne régulièrement est de mettre le sujet face aux conséquences de ces actions : « *Très bien vous souhaitez continuer de fumer. C'est votre choix, il est légitime. Pour être sûr que vous preniez cette décision en pleine conscience, prenons juste un instant pour explorer les conséquences à court et long terme de votre décision, pour vous comme pour les gens qui sont importants pour vous...* ».

Le sujet doit trouver ses propres motivations ou il n'entrera pas en thérapie. Les notions de choix (responsabilité) et de mandat prennent ici tout leur sens.

Cas particulier : les enfants

Les enfants viendront, quasi exclusivement, sous la contrainte des parents.

Tout se jouera donc sur la première séance.

Il sera important de faire exprimer la demande des parents **devant** l'enfant et d'observer ses réactions. Ensuite, il faudra lui faire exprimer les siennes et créer de la relation pour l'engager dans la thérapie.

Vous pourrez le faire devant les parents ou après les avoir fait sortir (cela dépend de votre stratégie, de l'impact de la présence de ses derniers et de la volonté/ besoin de l'enfant quant à leur présence).

Souvent, c'est le recadrage de la demande des parents, avec les parents et non l'enfant, et l'intégration réel des besoins de l'enfant qui sera le plus délicat.

Chose importante : dans le débriefing post séance avec les parents (*il en faut un pour les rassurer et/ou leur donner des consignes ou tâches stratégiques utiles à la thérapie de l'enfant*), veillez à obtenir l'accord préalable de l'enfant dans ce que vous allez divulguer pour ne pas briser la confiance préalablement établie. Bien entendu, cela peut être remis en question en cas de danger grave pour l'enfant...

C'est à partir d'une plainte claire
et contextualisée que les
« formes » émergeront...

Dans tous les cas ne soyez
jamais rigide. L'adaptation à ce
qui se passe dans l'ici et
maintenant sera votre maître mot.

Les objectifs du thérapeute

Si le patient/client a des objectifs, le thérapeute en a également.

Tout d'abord, il devra faire ce qui est **juste** pour le sujet (*pas pour lui*) et au rythme adéquate (*pas forcément celui voulu ni par le client, ni par le thérapeute, souvenez-vous le processus est Roi...*). Encore une fois, orientation solution, problème, passé, futur... ne sont que des moyens. Enfin, si les attentes du sujet sont irréalistes ou déresponsabilisantes, elles devront être **recadrées**

Deuxièmement, la relation est entre au centre du processus. Le thérapeute va à la rencontre du consultant et l'accueille de manière inconditionnelle, c'est à dire, en respectant au maximum la subjectivité de ce dernier. Le contact « **d'humain à humain** » sera privilégié au contact « patient à thérapeute ».

Nous pratiquons une thérapie « sensori-motrice », donc le thérapeute aura pour objectif **de faire « reconnecter » le patient à son corps, à son ressenti** (*cela ne peut se faire que dans le « présent »*). Mais le thérapeute est également centré sur ses propres ressentis, ce qu'il perçoit, ressent (*les ressentis qui émanent de la rencontre qui se déroule dans l'ici et maintenant sont de précieuses informations, et n'oubliez pas : « si je ne vois « rien » je n'y vais pas »*). Pour finir, dans sensori-moteur, il y a **moteur**, donc **mouvement**. Si un de nos objectifs principaux est de redonner du mouvement au sujet et relancer ses processus naturels d'adaptation (*ressources internes*), le changement passera également par le mouvement en lui-même, c'est à dire mettre le corps en action (*trouver et faire vivre le bon mouvement... donc levez vous de votre chaise quand c'est nécessaire*). Cela demande aussi de rendre le sujet proactif, de développer son engagement, son autonomie et sa responsabilité (*souvenez-vous que vous ne soignez pas*).

Les objectifs de la thérapie

Toute thérapie aura pour objectif de permettre au client d'atteindre la **Complétude** (*un soi uni et entier*) et l'**Autonomie**, de retrouver sa capacité de **Mouvement** (*opposé de la posture figée*), de redevenir **Pro-activité** (*notion de responsabilité*) et de retisser des **Liens** aux Autres , au Monde et à soi sécurisant.

Bref, de reconstruire les 5R.

Capsule : règle de l'imagination

Petit test très intéressant à réaliser avec vos clients.

Quand une personne « veut quelque chose de précis » (*devenir non-fumeur, retrouver une silhouette...*), faites le test de la « **projection en imagination** ».

Dis autrement poser lui la question : « *Comment vous voyez-vous quand vous aurez accompli cela ?* ». Demandez lui de se voir, dans le futur, avec son objectif accompli...

Si elle ne parvient pas à s'imaginer dans le futur, si elle n'arrive pas à se représenter, grâce à son imagination, son objectif accompli, cela signifie qu'elle n'est pas prête.

C'est une règle (*empirique certes, rien de « scientifiquement » prouvé derrière...*) : On ne peut imaginer que ce qui concevable, que ce qui est possible (*en tout cas pour moi*).

Et il ne peut y avoir d'interaction qu'avec du « visible », cela ne sert à rien de partir tête baissée sur cet objectif. Levez les freins, travaillez la blessure. N'hésitez pas à utiliser les sensations que cette (non) imagination génère pour commencer à dérouler...

Capsule 2 : Ne JAMAIS répondre à une demande de SOLUTION ou de CONSEIL

Vos patients feront tout pour fuir leur « impuissance » et vous la faire porter (*ce n'est pas volontaire bien entendu*). Une des manières les plus « élégante » et « pernicieuse » de la faire sera de vous demander un conseil : « Et vous, que feriez vous à ma place ? » ou une solution : « qu'est-ce que je dois faire dans telle situation ? »

Si vous répondez, vous êtes piégé. Au mieux vous leur donner un conseil qui ne marchera pas et ils vous feront la responsabilité de l'échec... Au pire, vous leur volez leur responsabilité et leur autonomie (syndrome Victime / Sauveur).

Mais alors que faire ? Trois voies :

- Trouver un moyen de leur renvoyer la responsabilité (*en leur reposant la question, en recardant la demande...*).
- Utiliser la thérapie provocatrice (*par exemple en répondant à leur demande, mais avec une ironie bien marquée, ou en leur faisant comprendre qu'en prenant la décision à leur place, ils se déresponsabilise...*).
- En reprenant votre posture de thérapeute : (*voilà quelques questions*)

Quelle sensation la personne ressent-elle quand elle fait cette demande ? Est-ce que je ressens quelque chose ou est-ce que cela résonne en moi ? (*thérapeute comme client, partager ou dérouler*).

Quelle est la situation / le système / les liens qui engendrent cette incapacité de choisir ? (*le voir, lui donner une forme et go*).

Quel rôle je joue / la personne me fait jouer ? (déjà en prendre conscience et ensuite il est possible de l'utiliser dans un scénario incarnée).

La demande doit fournir un **CAP** au voyage thérapeutique dans lequel le sujet engage sa **RESPONSABILITÉ**.

**Enfin, faire l'expérience d'être
écouté et reconnu dans sa
plainte est déjà thérapeutique...**

Certains ont besoin de parler (au début)

Contrairement au dogme classique, ce qui fait thérapie ce n'est pas d'exprimer quelque chose mais c'est faire **l'expérience d'être écouté et entendu**, donc être reconnu comme légitime dans son expérience de vie et en tant qu'être humain (*d'où l'accueil inconditionnel - exemple du viol*). C'est faire l'expérience du lien relationnel, c'est à dire passer de SEUL à ÊTRE ENSEMBLE.

Attention tout de même :

- à ne pas vous faire hypnotiser,
- à ce que cela ne soit pas utiliser comme une stratégie d'évitement (*cela vaut pour le sujet comme pour le thérapeute*),
- à ce que cela ne devienne pas un jeu social sécurisant (*je vide mon sac, ça me soulage mais je n'entre jamais dans « l'expérience » de la thérapie*).

Les **5R** comme Guide pour le thérapeute



Les 5R doivent vous servir de guide dès le début de la thérapie, mais également tout au long de son déroulé.

**Vous devrez tout mettre en
oeuvre pour créer une Relation
authentique et sécurisante. Et
cette dernière sera le centre de
vos préoccupations durant tout
l'accompagnement.**

Vous devrez permettre à votre client de redistribuer correctement les Responsabilités de chacun (cadre de la thérapie, engagement, niveau relation...) et également permettre à votre client de faire l'expérience de porter sa juste responsabilité (ni victime ni sauveur).

Par le cadre que vous mettrez en place, la relation que vous instaurerez, vous permettrez à la personne de faire l'expérience d'avoir des **Repères** et de pouvoir s'appuyer dessus. Attention, certains essaierons de vous imposer les leurs...

Par la relation que vous allez mettre en place (écoute, accueil, authenticité...) les Mises en forme, les reformulation de la Structure de leur histoire mais également grâce à l'ensemble de l'accompagnement, vous allez faire vivre l'expérience de la Reconnaissance à votre client.

Enfin, vous ferez expérimenter à votre client les deux **Ressources** fondamentales permettant « mode Vie » et adaptation : **sécurité** et **sens**.

La mort comme situation
limite (conscience de la mort)
« Désensibilisation » à la mort

Rupture de lien, W sur le problème
de la relation (au bon niveau)
isolement et solitude...

1/3, remise en lien, expérience sécurée...

Relation

Traverser l'impuissance, sortir
de la toute puissance, triangle
Choix, culpabilité et x2C...

Prise de C, sortir x2C, s'appuyer
sur le thérapeute, lâcher prise avec prise...

Responsabilité

Vide, inconnu, néant
liberté et prison...

Nv repères, (K, GNC, système...)
Expérience sécurée, recadrage...

Repères

Phrase -, Colère, perte de vie,
identité et place (système...) ...

1/3 spirit, auto, changement
de point de vue, de posture...

Reconnaissance

Absence de sens et incapacité...

Sens, récupération de R...

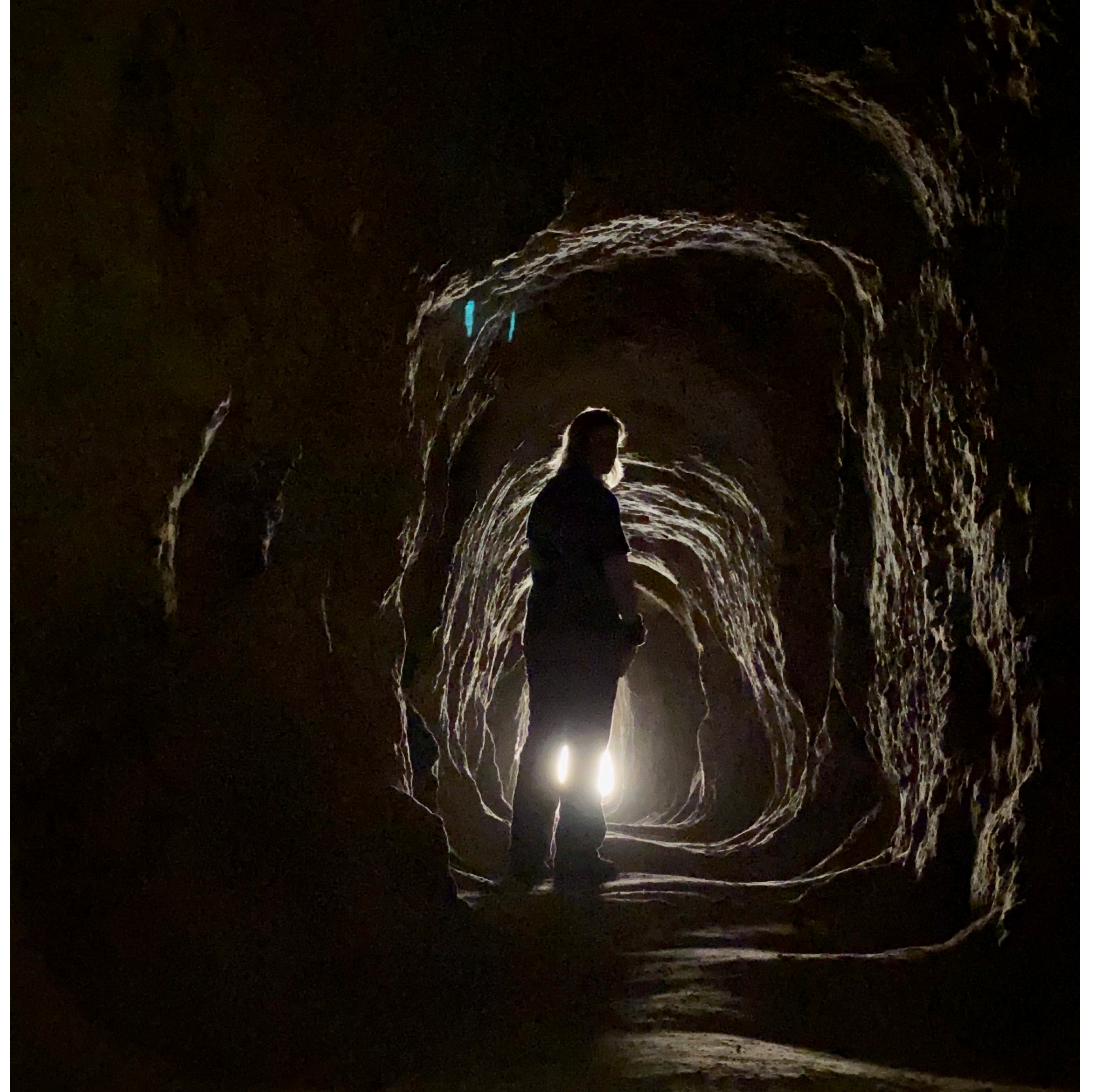
Ressources



Transcendance = Méta du monstre
dans le placard
**Sécurité qui permet une
confrontation autonome**

Tous liés et en interaction... Tous peuvent mener à l'effondrement (restructuration profonde)

Interview et investigation



**Dans toute forme de thérapie
l'étape préalable au
commencement du travail est
l'anamnèse (*encore appelé
entretien préalable ou
interview...*)**

L'objectif d'une anamnèse est de **nous fournir du « matériel »** pour travailler et ouvrir la thérapie.

Cependant, en fonction des courants thérapeutiques cette « récolte » sera bien différente.

Par exemple, comme vous le verrez dans l'ancienne anamnèse (module comp. 6), nous recherchions (*beaucoup*) des éléments de travail nous permettant d'accéder au vécu subjectif du sujet afin de tenter de modifier directement ce dernier (*changer une croyance, développer une ressource, effacer un traumatisme...*).

**En TI nous voyons les choses de
manières légèrement différentes.
Souvenez-vous...**

En TI ce n'est pas le symptôme qui est traité, mais la posture qui l'a engendrée. L'objectif ne sera pas de comprendre « les problèmes » ni d'y trouver « des solutions », mais de faire « cicatriser nos blessures » encore actives dans le présent. Le but étant de relancer puis de laisser se dérouler le **Processus de Vie**. Pour cela, on ne cherchera pas à éviter, ni à prendre le contrôle de l'expérience sensori-motrice, mais au contraire à vivre et à observer cette expérience que le corps nous propose.

Quels éléments allons-nous
chercher ?

L'objectif de l'anamnèse va être de **trouver** et **déconstruire** le **scénario bloquant** (*scène précise ou schéma-pattern-système qui se rejoue et qui enferme la personne*) afin, grâce à l'accompagnement thérapeutique, d'en reconstruire un plus **sain**.

Pour cela, une fois le scénario bloquant trouver, il sera nécessaire d'identifier la **bonne structure**, le **bon mouvement** et le **bon déclencheur** dans ce scénario. C'est à dire ce qui, dans ce scénario, déclenche le vécu négatif non intégrer qui tourne en boucle et « fige » la personne (*génère impuissance, insécurité...*).

Nous n'allons pas écouter l'histoire de la personne mais la **STRUCTURE** de son histoire

Pour qu'il y est une histoire, il faut :

- **Une intrigue** : Sens de la démarche / Demandes / Problèmes - Symptômes / Stratégies
- **Des Personnages** : Rôles (avec des croyances et bénéfices secondaires) / Posture / Relation (liens et système)
- **Des Contextes** : Scénarios - événements traumatiques (réurrences ?) / Niveaux d'intervention
- **Des Mouvements** : Pattern (inter ou intra-individuel, schéma de séquençage) / Cible - Déclencheurs / Impact

Nous pourrions trouver également :

- Des concepts métaphoriques
- Des ressources
- Des exceptions

Nous allons donc chercher ce qui est en rapport avec les blessures et les scénarios bloquants. Tout ceci afin de pouvoir reconstruire le scénario bloquant et de pouvoir le faire « incarner » afin de pouvoir dérouler le **Processus de Vie**. (voir Mise en Forme).

Il est également possible de chercher les éléments « positifs » susceptibles d'aider à la remise en mouvement

Objectifs, but et sens (motivation et orientation) : cela permet de travailler l'engagement et de donner un cap à la thérapie. Attention, à la différence de la PNL et de l'hypnose Ericksonnienne cela ne constituera pas un indispensable au démarrage de la thérapie. Parfois, « en pleine tempête », il peut être très difficile d'avoir un objectif... De plus vous le verrez, objectifs et buts changeront au cours de la thérapie. Enfin, cette étape permet également de recadrer les demandes irréalistes et les attentes de baguettes magiques. (voir diapo suivante)

Actions (stratégie) / Ressources et exceptions (toujours en lien avec le sensoriel) cela permet de trouver les contextes où le problème n'existe pas et de s'en servir pour la thérapie.

Imagination + : demander à la personne de se voir une fois son problème résolu / son objectif atteint. Cela peut être une source de motivation et d'engagement. Mais c'est également une stratégie, lors du traitement des addictions, pour percevoir si votre client « est prêt » à sortir de son addiction. S'il est capable de se voir « libre » de celle-ci, c'est qu'il est déjà sur le chemin (*on ne peut qu'imaginer des choses qu'on peut concevoir*). S'il est incapable de s'imaginer sans son addiction, cela signifie qu'il y a encore de nombreux freins à lever.

Stratégie efficace de détermination d'objectifs



**Dans tous les cas, posez-vous
régulièrement ces deux
questions :**

**Qu'est-ce qui empêche le retour
à l'équilibre ?**

**Qu'est-ce qui favorise le retour à
l'équilibre ?**

Point sur la cible / le déclencheur...

La cible est le point clé du scénario bloquant. Elle est ce qui, de l'expérience passée, **AGIT** encore dans le présent.

Cible = élément déclencheur du vécu sensori-moteur douloureux ou point verrouillant ou ce qui tient la posture figée (*impact ?*).

Cela peut être un objet, un comportement, une posture, un geste, une personne, un regard, une phrase (*réellement dite ou une croyance*), une relation, un élément précis d'une expérience, un lien, une forme...

Mais attention, cela peut être également un ensemble d'éléments qui impactent en même temps (*ex : sensation de solitude et de rejet déjà présents quand moquerie des camarades en pleine classe + professeur qui n'agit pas*)

La meilleure technique pour trouver la bonne cible : reconstruisez le scénario bloquant (*MISE EN FORME !!!*) et trouvez ce qui précisément déclenche le vécu k- dans ce scénario (*avec le bon mouvement*). (voir après pour plus de précision)

**C'est grâce à la reconstruction
de ce scénario (structure et
schéma juste) que tout va
pouvoir démarrer.**

La Thérapie Incarnée : objectif = faire vivre l'expérience

On va faire **plonger** le sujet dans son scénario bloquant que nous aurons mis en forme (**INCARNER**) afin de générer des impacts sensoriels et moteurs.

Le but étant de lui faire vivre, en toute sécurité, ce vécu sensori-moteur qu'il n'a pu, su ou voulu vivre. Bref, de lui permettre terminer de **vivre** ce qui a été mis sur « pause », d'intégrer ce qui est resté bloqué, de redonner du **mouvement** à ce qui s'est figé.

Et ce sont **ces impacts sensoriels et moteurs** que l'on va **dérouler** ! C'est ce que nous appelons dérouler **le Processus de Vie**.

Une structure d'interview



N'oubliez que la collecte d'information aura lieu dans deux temporalité :

Durant l'interview de la 1ère séance : nous rechercherons les éléments pour ouvrir la thérapie.

Durant la (les) mise(s) en forme et les autres séances : nous récupérerons les éléments essentiels à l'avancement de la thérapie.

L'art de poser des questions ou
l'art de l'investigation...

L'art de poser des questions

La forme et la typologie de vos questions dépendent entièrement de vos objectifs. Il en existe de nombreuses formes différentes :

- Questions ouvertes (QQOQCP...) / fermées / à choix multiples.
- Questions de reformulation (avec des objectifs différents)
- Questions de détournement d'attention
- Questions génératrices d'expériences (but récupérer du matériel sensoriel - peuvent faciliter l'investigation)
- Questions liées à la méta-communication
- Questions manipulatoires : orientées, faux choix, d'engagement, double contrainte, provocatrices, défis...

L'art de poser des questions

Que vos questions soient ouvertes ou fermées ou autre n'a en fait pas vraiment d'importance... Ce qui est **utile** pour trouver les **éléments** pertinents, c'est de :

- Voir et ressentir comme **un enfant de 4 ans** (*exploration, curieux, émerveillement, non jugement, naïf, répéter question jusqu'à obtenir une réponse*) ;
- **Questionner l'invisible pour le rendre visible** : Percevoir ce qui déclenche un vécu sensoriel douloureux ou qui bloque la personne, mettre en lumière les non-dits, les secrets, ce qui est évité, les vides ;
- **Être guider par ses ressentis** : écouter/observer les réactions/impacts chez moi/chez l'autre (*attention faites la différence entre ressentir et résonner*), laisser venir les images et ne pas hésiter à les partager (*dans la bonne forme*) ;
- **Avoir un langage hypnotique** : c'est à dire un langage qui favorise l'expérientiel et le vécu sensoriel , qui fait plonger dans la scène, dans le vécu sensoriel, un langage permettant l'incarnation (*et ne pas faire remonter dans le discours cognitif*), faire tout venir dans l'ici est maintenant (*contextualisez, contextualisez, contextualisez...*), parler au présent, comme si ce qui est imaginaire est réel... l'objectif est de provoquer du vécu sensori-moteur !!!!
- **Accepter le juste rythme du processus** : les choses n'iront pas à la vitesse que vous ou votre client le souhaite... mais au rythme que le processus dictera. Laissez le temps à la personne, comme à vous même, de vivre les expériences proposées... Notion de temporalité.

L'art de poser des questions

Quelques autres points **utiles** :

- **Prendre du temps à construire la relation** : oui c'est une énième redite, mais serez surpris de voir certaines personnes vous livrer des éléments de travail ou des traumatismes à la fin d'une séance, voir au bout de plusieurs séances. Pour oser « poser ce qui n'est pas beau », il faut une relation solide ;
- **Questionner sur les démarches déjà entreprises** : vous obtiendrez des informations sur le rôle et la posture de la personne dans son chemin thérapeutique, mais également des informations sur ce qui a déjà été exploré ou au contraire manqué ou ce dont elle a besoin qui n'a pas été entendu... ;
- **Laisser la personne poser ce qu'elle a à poser** : des fois certains clients ont simplement besoin, comme étape préalable, d'être entendu et reconnu, de vivre cette expérience, car personne autour d'eux ne leur autorise cela (voir eux même ne se l'autorise pas...) *voir diapo d'après* ;
- **Ne négliger pas la demande** : Quelle est la demande réelle de la personne, en a-t-elle vraiment une, est-ce la sienne (contrainte ? Qui demande ?), Quelle est la problématique sous-jacente ?...

Capsule : ne pas négliger l'importance de l'anamnèse dans la **création de la relation**

Même si dans l'absolu, l'anamnèse pourrait ne pas être indispensable (voir les vidéos avec Benoit et Aurélia), elle reste tout de même une valeur sûr... Car outre donner un cadre et une tonalité à la thérapie, elle peut être une expérience à vivre importante pour le consultant. En effet, lors de ce moment là, ce dernier va faire l'expérience d'être écouté et reconnu, d'exprimer ce qui a besoin de l'être, de prendre du recul sur son histoire et conscience de ses blessures...

Vivre l'investigation comme une
chasse au trésor et non comme
une déduction logique et
analytique...

Point de vigilance

Ne vous faites pas hypnotiser pendant l'anamnèse : écoutez comment le sujet raconte son histoire, quelle en est la structure... mais n'écoutez jamais l'histoire en elle-même.

Et surtout, même si vous devez porter de l'attention et de l'intérêt à tout ce que votre client dira, souvenez-vous que **vous ne devais jamais prendre une information comme une vérité absolue** (tout n'est que subjectivité).

**Cas particulier : anamnèse des
séances suivantes...**