

Notes de formation données à titre indicatif

Master Class TOS, Tournai - Dr Alain Vallée

Cette formation est destinée à des participants ayant déjà été initiés aux TOS. Peut-être certains se sont-ils rendus compte, que, s'ils voulaient progresser au-delà des principes de base, non seulement ils avaient à travailler, mais aussi, ils devaient améliorer la qualité de leur questionnement afin que celui-ci provoque des changements, non pas superficiels comme pourrait le faire un simple travail d'anticipation, mais globaux, intégrés même au niveau corporel.

Pour ce faire, certains ont besoin de révision, d'autres ont besoin de découvrir que, même si les principes de l'approche sont communs dans tous les cas, malgré tout, certains types d'orientation de questionnement ont une certaine spécificité, notamment ceux qui vont intégrer les résonances corporelles, sources d'ancrage du changement.

D'autres, également, auront besoin de se rendre compte que le type de ressources qui fonctionne dans telle ou telle situation sera variable en fonction du type de recadrage qui aura été proposé.

Thématiques abordées :
corps et sensations corporelles
aide à la prise de décision

Il s'agit d'une journée avant tout axée sur la *pratique* : jeux de rôle, exercices divers seront créés au fur et à mesure des besoins pour ancrer les *apprentissages par l'expérience*.

Bien sûr, comme il n'est pas possible de prévoir les besoins de chacun, le contenu de cet atelier va s'élaborer avec les stagiaires. Il n'y aura donc pas de support PP, mais je ne peux que leur conseiller de lire ce texte auparavant.

Plan

Eclaircissements et mise en place des objectifs de la formation pour chacun et pour le groupe

Qu'est-ce qui vous est apparu important ou difficile dans le document qui nous a été remis ?

Pouvons nous échanger sur les principes de base de la TOS, tels que vous les avez compris ?

En fonction de tout ce que nous venons de dire, quels sont vos objectifs pour la journée ?

01/quelques idées sur le système perception/réaction

C'est le système primaire percepto-comportemental dont l'échec peut déboucher sur la naissance d'un « problème ».

- *première boucle (inconsciente)*

: perception globale et inconsciente de la situation engendrant des réactions primaires d'attraction ou de répulsion avec leur aspect comportemental et la mentalisation correspondante (amour, désir, grégarité, ou bien refus, peur, haine, colère, possiblement conscients). Le plus souvent, ceci suffit à entraîner des comportements adaptés, mais pas toujours. C'est le cœur de ce que les spécialistes de neurosciences appellent émotion.

- *deuxième boucle (mentale/action) :*

Une situation X va bloquer la réaction préférentielle prévue par la lecture primaire et entraîner un conflit avec ce premier cercle. L'inhibition de la réaction automatique, « pré- câblée » va entraîner la mise en route d'un système plus complexe d'anticipation de l'action en utilisant le niveau supérieur, la représentation d'action susceptible de conscience.

Le plus souvent, ceci suffit à entraîner des comportements adaptés, mais pas toujours. Nous entrons dans le monde de la conscience.

En cas d'échec, la personne crée des tentatives de solutions partielles et inefficaces qui reçoivent souvent un renforcement positif de la part du groupe, car elles favorisent la cohésion groupale, ce qui atténue en partie le sentiment de frustration ou d'échec, ce qui explique que des configurations « symptomatiques » peuvent durer fort longtemps sans susciter de demande d'aide.

- *Troisième boucle (corporelle/mentale) :*

Ces tentatives de solutions inefficaces finissent par générer, en elles-mêmes, mais aussi du fait de la diminution de la « sympathie » groupale, des émotions secondaires telles que frustration, désespoir, qui, en générant des représentations mentales d'actions impossibles et donc inhibées, vont amener le

cerveau à décharger cette tension qui ne s'élimine pas par la motricité vers le système nerveux autonome ou sympathique, ce qui va générer la perception de sensations corporelles désagréables (noeuds, oppression, etc.) qui sont ce que nous allons appeler dans le langage ordinaire, le plus souvent, émotion. (Cette notion d'émotion et à distinguer de celle des neurosciences, des éthologues, et aussi de la notion de sentiment et d'émotion utilisée en littérature.)

Il s'agit de sensations désagréables que nous allons avoir tendance à refuser, à essayer d'expulser de diverses manières.

Elles vont générer une nouvelle série de comportements : évitement, dépendance, renoncement, etc., qui vont, en apportant le sentiment de disqualification et de honte, commencer à créer un cercle vicieux, puisqu'il va y avoir création d'un nouveau cercle de représentations d'action inhibées et de réactions neuro sympathiques.

C'est le début du problème.

- *Quatrième boucle (individuelle/groupale)*

À ce niveau, les réactions groupales peuvent changer et devenir disqualifiantes, ce qui ne va faire que renforcer frustration et désespoir. Les tentatives de solutions du groupe sont orientées du côté de la solution abrupte du problème, en même temps que de celui de sa protection par la projection. Tout devient confus pour le sujet qui peut entrer dans une phase cahotique ; il est désespéré . Il y a maintenant vraiment un problème.

- *Cinquième boucle (individuelle/groupale/culturelle)*

La perception préalable aux réactions décrites dans ces quatre niveaux est nourrie chez l'homme par les apports culturels relationnels, familiaux, groupaux, idéologiques, religieux, politiques, etc. Le groupe va apporter des interprétations telles que stress, angoisse, dépression, etc, rassurantes et disqualifiantes ; il peut apporter aussi des interprétations d'intentions (paresseux, sans volonté, etc). vous comprenez bien comment ces saisies par ces descriptions risquent d'avoir un effet redoutable sur l'individu.

Exemple : les femmes battues suivant les contextes culturels.

Vous comprenez que toute intervention se voulant thérapeutique va avoir pour objet de bloquer une ou plusieurs de ces boucles.

Bloquer la première, dont une partie est inconsciente, sera une résultante des autres, bien que ce changement apparaisse le plus important .

Bloquer la seconde consistera à orienter le sujet vers des solutions plus efficaces. Ce sera le travail des thérapies brèves orientées solutions, ainsi que l'hypnose.

Bloquer la troisième correspondra le plus souvent au travail des thérapies brèves orientées problème ou solution, ou bien à des techniques approchantes.

Bloquer la quatrième correspondra au travail des thérapies systémiques, de couple, familiales, avec les mêmes outils.

Bloquer la cinquième correspondra au travail des thérapies orientées solutions, dans la mesure où elles prennent en compte l'aspect culturel, et surtout des thérapies narratives, qu'elles soient type White ou appreciative inquiry.

2/Description : les 3 cercles

-premier cercle :

La personne va décrire les comportements que le problème (même physique) l'amène à avoir , qu'elle ne souhaite pas ou plus avoir, ou bien dans lesquelles elle ne se reconnaît pas.

Ceci va l'amener à décrire également les sensations désagréables internes, ainsi que les conversations intérieures qui l'envahissent (idées d'action impossibles, doute, idées négatives, mentisme), ainsi que les comportements qui y sont liés.

-deuxième cercle.

La personne va décrire les réactions de l'entourage, qu'elles soient positives ou négatives, ainsi que ses propres réactions à ces réactions .

-Troisième cercle .

La personne va nous décrire les éléments culturels (micro et macro) qui nourrissent le problème.

Bien sûr, au fur et à mesure que cette personne renseigne la partie négative du problème, elle commence aussi à renseigner la partie positive, qui est celle de ses compétences.

De la même façon, les compétences vont correspondre aux divers cercles, et leur utilisation, leur renforcement viendra bloquer préférentiellement tel ou tel de ces cercles vicieux.

Ici, nous trouvons la place des problèmes corporels, troubles physiques, prédispositions, hérédité, etc, toujours présents dans toute situation. C'est aussi là qu'interviendront les médicaments, comme quelque chose du monde du corps, en grande partie extérieur, mais qui détermine l'esprit (faute d'autre mot), d'autant plus que celui-ci prétend en être le maître.

03/externalisation et passage par la réflexivité du corps

Plus le problème paraît complexe ou flou, c'est-à-dire plus le problème semble saturer les différentes boucles, plus il apparaît que l'externalisation de celui-ci est un moyen particulièrement habile d'obtenir des informations.

L'externalisation, destinée à séparer la représentation du problème de la représentation que la personne se fait d'elle-même, va pouvoir utiliser plusieurs modes.

Le plus fréquemment et le plus spontanément employé par les patients est la métaphorisation. Bien souvent, elle arrive spontanément dans la conversation, mais vous pouvez aussi proposer des images dont vous allez faire des entités. Qu'est-ce que vous fait faire ce poids ?, Comment a-t-il fait pour prendre cette place ? Comment faites-vous pour qu'il ne prenne pas toute la place ? Plus simplement, vous pourrez tout simplement prendre la façon dont le patient nomme son problème : l'anxiété, le stress, la dépression, la bipolarité... Si vous désirez obtenir des informations corporelles, émotionnelles, il peut être plus simple d'utiliser une externalisation corporelle, en demandant, par exemple, à la personne de placer sa douleur ou sa dépression dans une main. Même si nous sommes dans une orientation solutions, il y a souvent besoin d'utiliser la pratique que je nomme :

« Tirer la ficelle attachée aux boyaux .»

En fait, il s'agit d'essayer de connaître la figuration de ce que la personne craint et qui l'amène à consulter. C'est l'équivalent de la flèche du pire des TCC.

Simple, nous allons l'utiliser de manière particulière :

« si vous voyez dans votre main cette image de vous-même dans la déchéance, qu'est-ce que ça vous fait ? »

Bien sûr, la personne a beaucoup de chance de décrire une sensation corporelle.

« qu'est-ce que vous préféreriez éprouver à la place ? »

Souvent la personne va répondre en termes de calme, ou quelque chose de ce genre.

« Est-ce que je dois comprendre que si vous éprouviez plus souvent ce calme, les choses seraient mieux ? »

Souvent, la personne répond :

« oui ! ».

« Est-ce que vous seriez d'accord pour que nous travaillions dans ce sens là ? »

Il est bien peu probable que la réponse soit : « non ! »

De là, il vous est facile de vous orienter vers la recherche d'une exception délibérée qui a permis à cette sensation corporelle de se développer, ou bien d'utiliser, par exemple, la question miracle dont la thématique serait que cette sensation désirée est présente beaucoup plus souvent. Dans les deux cas, vous obtenez une exception et l'opportunité de créer des tâches et, bien sûr, du changement.

Ce passage par la réflexivité corporelle est un des exemples de l'utilisation de la triangulation en thérapie. Le passage par la réponse à la question miracle représente également un mode de réflexivité imaginaire. Les thérapies narratives vont beaucoup utiliser les valeurs, autre mode de réflexivité imaginaire. L'hypnose, en provoquant des perceptions eidétiques va largement favoriser cette réflexivité basée sur une pure sensation corporelle que l'importance de la transe ne permet même plus de comparer, de nommer.

Il est possible d'imaginer que toute thérapie ait à passer par ces moments de sidération durant lesquelles la personne est en contact avec ces « pures sensations » libérée de l'emprise de la comparaison et du mot, cette réflexivité permettant en retour le changement, en bref, à provoquer des micros transes.

Position imaginaire

Ce travail qui va utiliser les métaphores et les comparaisons apportées par le patient est à la fois un moyen très sûr de travailler avec des patients difficiles en travaillant tout particulièrement avec le ressenti corporel.

« A quoi pouvez vous vous comparer? »

« Si, dans votre main, vous voyez ce, cette..., qu'est-ce que ça vous fait ? »

« Montrez-moi où ! »

« Là où vous êtes, quel est votre désir le plus cher? »

« En réalité, quel est votre besoin? »

« S'il était satisfait, qu'est-ce que ça vous ferait, là ? »

« Dans votre vie actuelle, à quoi correspond ce besoin? »

« Est-ce que ça serait la même sensation ? »

« Si je comprends, ça serait un vrai changement si vous pouviez faire cela! »

« Pourrais-je même dire que le problème, pour vous, c'est de ne pas pouvoir faire cela? »

À partir de là, maintenant que vous avez un objectif et un recadrage ancré corporellement, il vous sera beaucoup plus facile d'utiliser une orientation solutions pouvant passer par la réflexivité du corps.

Au-delà de la technique, il apparaît aussi que la TOS n'est pas toujours brève, et qu'il est important d'être patient, d'avancer tranquillement, comme les enfants qui sont capables de construire un château de sable à chaque marée. Petit à petit, à force de remonter le sable sur le tas, il en restera quelque chose, un état d'esprit va se transmettre, et la simple rencontre, même un peu ritualisée, va devenir une occasion pour la personne de se restaurer, de retrouver confiance en elle, au moins suffisamment jusqu'à la prochaine séance. Et puis, peut-être qu'un beau jour...

Objectif par l'espoir

Imaginez qu'en sortant d'ici, vous éprouviez un peu d'espoir. A quoi sauriez vous ça....Qu'est-ce qui serait différent ? Faites décrire dans le détail.

« Est-ce que je dois comprendre que, sans oublier votre problème, ça serait déjà un vrai changement ? ». « Je comprends aussi, que si quelques chose que la plupart peut faire vous est inaccessible, combine ça doit être dur pour vous ! »

Autres objectifs

Par l'inverse du propos: « qu'est-ce que vous voulez à la place ? »

Par la sensation préférée : « quelle sensation préféreriez vous ressentir, qu'est-ce qui serait différent, alors ? »

Par l'anticipation, la description de ce qui serait mieux.

Par la constatation d'un changement antérieur ou actuel : « est-ce que vous aimeriez vous sentir plus souvent comme ça ? » Que le changement soit une amélioration de la veille ou la constatation d'un bien être dans la salle d'attente ,ou dans la rencontre elle- même c'est quand même plus simple...

Reste à transformer l'essai par un recadrage qui donne sens à ca qui est remarqué.

Prise de décision pour les personnes confrontées à une décision difficile

Dans les approches thérapeutiques traditionnelles, les thérapeutes et les clients construisent les prises de décision en identifiant et en explorant soigneusement les avantages et les inconvénients de deux ou plusieurs options alternatives.

Malheureusement, cette façon de faire met souvent le thérapeute dans la position difficile de préconiser ou de faire semblant de préconiser une décision plutôt qu'une autre et, au pire, d'avoir du mal à convaincre le client de faire quelque chose le client est réticent à faire.

Voici une alternative orientée solution :

Auparavant, vous pouvez semer des idées, déconstruire la notion de choix conscient, la volonté, amener les idées de détermination , de conscience de décision, etc.

1. Commencez en cherchant à savoir combien de temps le client a besoin ou souhaite pour prendre une décision et comment il détermine que c'est le moment de prendre la décision. (Parfois, cette étape suffit à ce que le problème disparaisse de façon temporaire ou permanente. D'autres fois, elle aide le thérapeute et le client à savoir quelle priorité donner à la consultation en cours.) En fait, c'est une conversation sur la manière de prendre une décision qui peut s'orienter facilement vers une conversation orientée ressources

2. Évaluez la capacité du client à prendre une décision sur une échelle de 0-10, où 0 symbolise le moment où le client a pensé à prendre la décision (préoccupation) et 10 représente le moment où le client a déjà pris la décision.

Préoccupation 0-----10décision - réalisation

3. Posez des questions pour identifier ce qui est nécessaire pour atteindre le point où la décision peut être prise. Les réponses typiques amènent le client

a/à rechercher les données ou les informations nécessaires,

b/ à laisser le temps passer

c/ à acquérir la confiance que la décision qu'il ou elle va prendre sera bonne.

4. Si a ou b est identifié, invitez le client à faire ces choses entre maintenant et la prochaine rencontre, ou bien au moment qu'il jugera opportun. Si le client ne donne pas de réponse à c, arrêtez-vous ici et montrez vous simplement curieux et optimiste au sujet de « quand et quoi » le client décidera. « Il n'y a pas de problème que l'absence de solution ne finisse par résoudre », disait Henri Queuille, multiple président du conseil sous la quatrième République !

5. Si le client a remarqué qu'il avait besoin de développer plus de confiance pour prendre la bonne décision, évaluez sur l'échelle son niveau de confiance de pouvoir prendre la bonne décision ou bien de pouvoir prendre simplement la meilleure décision possible selon les circonstances.

Pas de confiance 0-----10 tout à fait confiance

Demandez au client quel nombre sur l'échelle de confiance correspond à la "confiance suffisante" pour prendre la décision. (Habituellement, le client va décrire un nombre inférieur à 10 comme étant «raisonnablement confiant »

par exemple :

« Aucune confiance » « suffisamment confiance » « confiance totale »

0 -----8----- 10

6. L'idée est de toujours rester simple et concret, et de toujours effectuer cette recherche avant de passer à des procédures plus complexes.

De cette manière, vous allez chercher à savoir ce qui va être utile pour augmenter le niveau de confiance du client. Le thérapeute peut aussi inviter le client à rechercher des exceptions en réfléchissant aux bonnes décisions qu'il a déjà prises dans le passé ou bien en utilisant, comme suit, la question miracle. « Imaginez qu'un miracle se produise soudain au milieu de la nuit pendant que vous êtes en train de dormir et que, tout à coup, vous êtes à 10 sur l'échelle de la confiance (ou quel que soit le chiffre que le client identifie comme suffisant). Mais comme vous dormiez, vous ne saviez pas. Lorsque vous êtes réveillé et que vous commencez à passer votre journée, quelle serait la première petite chose que vous ou quelqu'un d'autre pourrait remarquer, indiquant que quelque chose avait changé et que vous êtes arrivés à ce niveau élevé de confiance? Quel serait le signe suivant ?... ».

7. Une fois que le patient a identifié les conduites spécifiques et exceptionnelles (y compris émotion, dialogue intérieur) qui caractérisent l'élévation du niveau de confiance, le thérapeute peut poser des questions pour rechercher les moments où c'est déjà arrivé dans le passé à un certain degré.

8. À ce stade, le client peut être invité à faire l'expérience en introduisant ou en reproduisant les conduites exceptionnelles identifiées en 7 ; il sera encouragé à noter leur effet sur l'échelle de confiance. Le travail du thérapeute, ensuite, est de rester optimiste et curieux à propos de quand et comment le client va atteindre ou dépasser la nécessaire confiance lui permettant de se sentir prêt.

17/récapitulation : Ordre de la TOS

a/établir l'alliance, posez-vous la question de passer par le corps

description des 3 cercles

ce qui a changé avant

question d'objectifs

recadrage et mandat

évaluation. Toujours demander : y a-t-il quelque chose que j'ai oublié de vous demander ?

b /échelles

c/question miracle (pas toujours)

après QM, passer aussitôt à ce qui va se passer dans les quelques heures(amnésie)

d/compliment

e/suite : rechercher de nouvelles exceptions

19/Quelques principes à ne pas oublier !

1. Si ce n'est pas cassé, ne le répare pas.
2. Si quelque chose marche, faites le plus.
3. Si ça ne marche pas, faites autre chose.
4. Des petits pas peuvent amener des changements importants.
5. La solution n'est pas nécessairement directement liée au problème.
6. Les façons de parler destinées à développer des solutions sont différentes de celles nécessaires pour décrire un problème.
7. L'absence de problèmes survient tout le temps. Il y a toujours des exceptions qui peuvent être utilisés.
8. L'avenir est à la fois créé et négociable