



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

L'efficacité de la thérapie est-elle modulée par la relation thérapeutique en fonction du motif de consultation ?[☆]



Is the effectiveness of strategic and systemic therapy modulated by the therapeutic relationship according to the reason for consultation ?

Audrey Baiverlin (Assistante, Psychologue)^a, Emmanuelle Piquet (Psychopraticienne)^b, Manon Delhalle (Doctorante)^a, Aurélie Volders (Psychologue)^a, Stéphanie Chartier (Psychologue et doctorante)^{a,*}, Adélaïde Blavier (Professeur, Docteur en Psychologie)^a

^a Centre d'expertise en psychotraumatisme et psychologie légale (B33), université de Liège, place des Orateurs, 1, 4000 Liège, Belgique

^b 9, rue Boccard, 71000 Mâcon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 mai 2020

Accepté le 19 mai 2021

Mots clés :

Thérapie brève

Palo Alto

Souffrance scolaire

Relation thérapeutique

Efficacité

Questionnaire

R É S U M É

Objectif. – Ce travail de recherche a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité de la thérapie brève en fonction du motif de consultation.

Méthode. – Nous avons analysé 110 protocoles complétés, et nos résultats mettent en évidence que les patients se montrent en grande majorité satisfaits de la thérapie brève, quel que soit leur motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire) et qu'elle soit mise en place dans l'intérêt d'un enfant ou d'un adulte. Elle évalue les effets à moyen terme (3 mois) de la thérapie

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Baiverlin A, Piquet E, Delhalle M, Volders A, Chartier S, Blavier A. L'efficacité de la thérapie est-elle modulée par la relation thérapeutique en fonction du motif de consultation. *Evol Psychiatr* 2021 ; 86(4) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephanie.chartier@uliege.be (S. Chartier).

<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.05.004>

0014-3855/© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

brève en distinguant les thérapies mises en place dans l'intérêt d'un adulte ou d'un enfant et tenant compte du motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire).

Résultats. – Dans notre échantillon, 66,7 % des personnes se disent très satisfaites de la thérapie. Au total, 3,7 % ne sont pas satisfaites et 9,6 % n'ont pas d'avis. Les patients ont rapporté qu'ils estiment que leur difficulté est significativement moindre 3 mois après la fin de la thérapie, en comparaison à juste après la fin de la thérapie. Il existe des corrélations significatives et positives entre le degré de satisfaction concernant la thérapie et les quatre aspects relationnels que nous avons mesurés.

Discussion. – Les résultats que nous avons obtenus postulent que les patients se montrent en grande majorité satisfaits de la thérapie brève, quels que soient leur motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire) ou la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte). Le changement engendré par la thérapie brève se maintient dans le temps (après 3 mois), et il continue de se produire dans le temps au point que le problème est décrit par les patients comme significativement moindre 3 mois après la fin de la thérapie, en comparaison à juste après la fin de la thérapie. Enfin, les aspects relationnels de la thérapie que nous avons évalués jouent un rôle majeur dans le résultat de la thérapie et ce, pour tous les patients quels que soient les motifs de consultation ou la personne pour qui la thérapie est mise en place. En effet, plus les aspects relationnels sont positifs et plus le patient continue d'appliquer les conseils donnés par le thérapeute, revient consulter en cas de besoin ou encore diminue le nombre de rechutes.

Conclusion. – La thérapie brève et stratégique s'avère efficace à court et moyen terme, et ce, peu importe le motif de consultation. Les aspects relationnels jouent un rôle majeur dans l'efficacité de la thérapie brève et stratégique.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Brief therapy
Palo Alto
School suffering
Therapeutic relationship
Effectiveness
Questionnaire

Objective. – The main objective of this research is to evaluate the effectiveness of brief therapy according to the reason for consultation.

Method. – We analyzed 110 completed protocols and our results show that the vast majority of patients are satisfied with brief therapy, regardless of the reason for their consultation (relational suffering, pathology-related suffering, or suffering related to a professional or school context) and regardless of whether it is implemented for the benefit of a child or an adult. We evaluate the medium-term effects (three months) of the brief therapy by distinguishing between therapies implemented in the interest of an adult or a child and taking into account the reason for consultation (relational suffering, linked to a pathology, or linked to a professional or school context).

Results. – In our sample, 66.7% of the people reported they were very satisfied with the therapy. In total, 3.7% were not satisfied and 9.6% had no opinion. Patients reported that they felt that their difficulty was significantly less three months after the end of therapy, compared to their level of difficulty at the moment of the therapy's completion. There were significant and positive correlations between satisfaction with therapy and the four relational aspects we measured.

Discussion. – The results we obtained postulate that the vast majority of patients are satisfied with brief therapy, regardless of the reason for their consultation (relational suffering, pathological suffering, or suffering related to a professional or school context) or the person for whom the therapy is implemented (child or adult). The change generated by brief therapy is maintained over time (after three months), and grows over time, to the point that the problem is described by the patients as significantly more manageable three months after the end of the therapy, compared to the moment of the therapy's completion. Finally, the relational aspects of therapy that we assessed play a major role in the outcome of therapy for all patients, regardless of the reasons for consultation or the person for whom therapy is implemented. Indeed, the more positive the relational aspects are, the more the patient continues to apply the advice given by the therapist, comes back to consult when needed, or decreases the number of relapses.

Conclusion. – Brief and strategic therapy is effective in the short and medium term, regardless of the reason for consultation. Relational aspects play a major role in the effectiveness of BST.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La thérapie brève et stratégique peut être assimilée à une option thérapeutique de faible coût, permettant de répondre aux exigences de la santé publique [1]. En effet, elle génère des résultats favorables en seulement deux à dix séances. En outre, elle est très flexible, car elle se laisse guider par les caractéristiques et les symptômes du patient [2].

Cette forme de thérapie est guidée par des principes constructivistes. L'idée centrale est que la résolution du problème présenté par un client n'implique pas nécessairement une compréhension de la cause profonde du problème. En effet, la thérapie brève et stratégique se centre sur la collaboration entre le patient et le thérapeute pour définir ensemble des objectifs de travail [3]. Ainsi, la thérapie brève est orientée vers l'avenir et ne s'intéresse pas à l'étiologie des problèmes [3]. Selon Piquet [4], c'est quand on pense avoir tout essayé pour résoudre un problème que la thérapie brève systémique et stratégique propose une solution, en conduisant le patient à cesser ce qui aggrave son problème. En effet, selon ces deux auteurs, un problème est une difficulté pour laquelle ont été mises en place des tentatives de résolution inefficaces et, souvent, aggravantes. Pour régler ce problème ou, au moins, réguler la situation, les thérapeutes proposent à la personne d'arrêter ce qui est manifestement inefficace pour, à la place, tenter ce qui est le plus à même d'aboutir à un résultat différent : faire l'inverse.

Dans la littérature, il existe des incohérences concernant le nombre de séances nécessaires en thérapie brève, mais tous les auteurs s'accordent sur le bien-fondé de limiter la thérapie dans le temps [1–5]. En effet, limiter le nombre de séances aide, à la fois, le thérapeute et le patient à se concentrer pleinement sur la thérapie, augmente la motivation du patient et exige la fixation d'objectifs réalisables par le professionnel. Le fait que chaque séance soit orientée vers un résultat particulier a pour conséquence que les patients constatent des changements plus rapides [6].

L'intérêt de la thérapie brève est multiple. Tout d'abord, dans le contexte des soins primaires, elle peut permettre de désengorger les systèmes de santé, étant donné qu'elle traite un grand nombre de personnes en un temps plus court, ce qui engendre une éventuelle économie pour les finances publiques [7]. C'est une des raisons pour laquelle la thérapie brève et stratégique a vite été très populaire dans les centres de santé de premiers soins [8]. En ce qui concerne les patients, la thérapie brève et stratégique présente des avantages économiques, mais elle présente

également une réponse adéquate à leurs exigences, étant donné qu'elle se centre sur leurs objectifs personnels [5]. De plus, contrairement à un traitement médicamenteux, il n'y a pas d'effets secondaires [7].

La présente étude a été menée en collaboration avec l'équipe « A 180°/Chagrin scolaire ». Il s'agit d'un regroupement de psychopraticiens travaillant à l'apaisement des souffrances grâce à la thérapie brève et stratégique. Ils s'appuient uniquement et rigoureusement sur les fondements théoriques de l'École de Palo Alto [4]. En plus des consultations généralistes, ils sont tous spécialisés dans l'apaisement des souffrances en milieu scolaire et, notamment, des situations de harcèlement.

Dans le contexte des programmes de prévention et de santé mentale en milieu scolaire, des chercheurs ont préconisé une plus grande disponibilité afin de mieux atteindre les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale [9,10]. En effet, les problèmes de santé mentale sont fréquents chez les jeunes en âge de fréquenter l'école secondaire [11], mais on sait que moins de la moitié des jeunes qui ont besoin de services de santé mentale en bénéficient, ce qui augmente, entre autres, leur risque d'échec scolaire, de délinquance et de suicide [11,12].

Certains auteurs [9–12] expliquent ce phénomène par le fait que de nombreux étudiants ne réussissent pas à s'engager sur du long terme dans les services de santé mentale et ne participaient qu'à une seule séance, sans aucun suivi de la part du clinicien. Par ailleurs, les étudiants qui bénéficient d'un suivi remplissent la charge de travail des prestataires pendant des semaines, voire même des mois [13]. La thérapie brève et stratégique pourrait donc être une piste de solution à ce double problème (arrêt prématuré du suivi ou durée très longue de celui-ci).

Si notre revue de la littérature montre de nombreux intérêts à utiliser la thérapie brève et stratégique, la question de son efficacité se pose.

Selon Gingerich et Eisengart [14], elle est efficace pour résoudre une variété de problèmes rencontrés par les thérapeutes lors des consultations. D'autres travaux ont montré que les thérapies brèves obtiennent des résultats similaires aux thérapies conventionnelles [5], dans la réduction de l'anxiété et des symptômes de dépression [15], dans l'aide à la résolution de problèmes divers [16], dans la réduction des symptômes du syndrome de stress post-traumatique [17], dans la diminution de la consommation d'alcool [18] ou encore dans la prise en charge des troubles émotionnels [19].

Nous pouvons donc en conclure que la thérapie brève est fonctionnelle pour la prise en charge de motifs de consultation variés. De plus, il a également été démontré que la thérapie brève se montre efficace dans la prise en charge de patients avec des caractéristiques différentes et des troubles comorbides [20].

L'efficacité de la thérapie brève a enfin été évaluée comme équivalente à la thérapie cognitivo-comportementale en termes de pourcentage de rejets thérapeutiques, d'abandons, de rechutes et de recours à d'autres services de santé mentale pendant la période de suivi et de durée de la prise en charge [21]. Ce résultat est encourageant car, dans les études récentes qui comparent l'efficacité des différents types de thérapies, c'est la thérapie cognitivocomportementale qui présente les meilleurs résultats.

Certains théoriciens sont même convaincus que cette forme de thérapie peut apporter des changements significatifs et durables en une seule séance [8].

Enfin, les thérapies brèves ont non seulement prouvé leur efficacité immédiatement après le traitement, mais il a été montré que les changements positifs liés à la thérapie perdurent longtemps après la fin de l'intervention [22].

Les études qui ont montré l'efficacité de la thérapie brève (par exemple : [8,15–18,22]) sont d'une importance cruciale, car il est essentiel de démontrer l'efficacité de ces soins, afin de favoriser l'augmentation de leur disponibilité, dans le but d'agir sur la santé publique [13].

Cependant, parmi les études disponibles, beaucoup présentent des lacunes méthodologiques [8]. Par exemple, certaines ne disposent pas de groupe de contrôle, d'autres utilisent uniquement un groupe de contrôle sous forme de « liste d'attente » ou d'autres encore comparent leurs résultats à un groupe de patients qui ont uniquement un traitement médicamenteux [23].

En outre, aucune étude ne s'intéresse à la satisfaction et aux impressions des clients qui ont suivi avec succès une thérapie brève [23]. Si l'efficacité a été mesurée, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre ce qui, dans la thérapie brève et stratégique, conduit à des résultats utiles.

Il existe également très peu d'études de suivi approfondi à long terme. Cette situation est préoccupante, car si deux auteurs ont montré que les effets de la thérapie brève perdurent longtemps après la fin de l'intervention [22], une autre étude montre des rechutes fréquentes après une thérapie brève [24]. Boyhan [25] déclare, lui aussi, que des informations de suivi à plus long terme sont nécessaires pour déterminer si les clients utilisent leur expérience pour créer un changement positif, de façon continue, après la fin de la prise en charge. Dans le même ordre d'idées, Pinosof et Wynne [24] ont déclaré que beaucoup de changements positifs évidents à la fin de la session ne durent pas plus de deux ans.

Enfin, les études actuelles comparent l'efficacité de différentes formes de thérapie, mais il serait intéressant de réaliser des études qui découvrent des processus et des facteurs, au sein des thérapies, qui peuvent être responsables de la facilitation du changement [26] et, notamment, étudier la relation thérapeutique, puisque celle-ci est essentielle dans le résultat d'une thérapie brève et stratégique. Des études ont, en effet, montré que l'efficacité de toute thérapie dépend d'un élément essentiel : la relation thérapeutique [27,28].

Pourtant, une des critiques, formulées à l'égard de la thérapie brève, est qu'elle met l'accent sur les buts à atteindre aux dépens de la relation thérapeutique [29]. En effet, selon certains auteurs, la thérapie brève applique rapidement des techniques au détriment du développement d'une relation thérapeutique solide [30,31], ce qui diminue son efficacité [30].

À l'inverse, pourtant, Bruns [13], par exemple, montre que des étudiants déclarent une plus grande alliance thérapeutique, lorsqu'ils bénéficient d'une thérapie brève en milieu scolaire, en comparaison à d'autres méthodes plus traditionnelles. Dès lors, ils se déclarent plus satisfaits et on observe une plus grande réduction des symptômes de dépression et d'anxiété.

Ainsi, si l'efficacité de la thérapie brève a déjà été étudiée en comparaison à d'autres formes de thérapies, il serait intéressant de réaliser des études qui découvrent s'il existe un lien entre le résultat du changement et cette relation thérapeutique. Il est donc important de réaliser des études de satisfaction pour découvrir les prédicteurs de la qualité des séances, car ceux-ci permettent de prédire le comportement ultérieur en séance [32] et le résultat de la thérapie [33].

2. Hypothèses

Dans ce contexte théorique, notre question de recherche porte sur l'efficacité de la thérapie brève et stratégique en fonction du motif de consultation. Il existe déjà, dans la littérature, des études montrant son efficacité (par exemple : [8,15–18,22]). Cependant, ces études sont peu nombreuses et beaucoup présentent des lacunes méthodologiques, comme celle de ne pas avoir de groupe contrôle. De plus, elles comparent l'efficacité de différentes formes de thérapie sans étudier, ce qui rend la thérapie brève efficace et sans évaluer les changements à long terme.

Cette recherche a pour objectif principal d'étudier les processus qui rendent la thérapie brève efficace.

L'originalité et les apports majeurs de cette étude sont le fait de questionner les impressions des clients, mais aussi d'évaluer l'influence de la relation thérapeutique sur les changements. Une autre marque d'originalité de notre recherche est qu'elle évalue les effets à moyen terme de la thérapie brève (3 mois après la thérapie), qu'elle distingue les thérapies mises en place dans l'intérêt d'un adulte ou d'un enfant et qu'elle tient compte du motif de consultations (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire).

Nos hypothèses de travail sont que les patients se montrent satisfaits de la thérapie brève, quels que soient leur motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire) et la personne pour laquelle la thérapie est mise en place (enfant ou adulte). Nous présumons également que le changement, engendré par la thérapie brève, se maintient dans le temps (après 3 mois) et que les patients ne rencontrent pas de « rechutes » du motif pour lequel ils sont venus consulter ou que, si tel est le cas, ils savent gérer la situation. De plus, nous faisons l'hypothèse que les aspects relationnels de la thérapie jouent un rôle majeur dans le résultat de la thérapie, et ce, pour tous les patients, quels que soient leur motif de consultation et la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte).

3. Méthodologie

Les données ont été récoltées auprès de patients, ayant bénéficié de séances de thérapie brève et stratégique avec l'équipe « A 180°/Chagrin scolaire », durant l'année 2019. Les centres sont situés à Lyon, Mâcon, Paris, Lille, Lausanne, Liège et Genève. Il s'agit d'un regroupement de psychopraticiens travaillant à l'apaisement des souffrances, grâce à la thérapie brève et stratégique, et tous diplômés en thérapie brève et stratégique et rigoureux praticiens de cette approche. Ils s'appuient uniquement et rigoureusement sur les fondements théoriques de l'École de Palo Alto. En plus des consultations généralistes, ils sont tous spécialisés dans l'apaisement des souffrances en milieu scolaire et, notamment, des situations de harcèlement. Les patients ont tous bénéficié de minimum 2 séances à maximum 10 séances (avec une moyenne de 3,5).

3.1. Procédure et matériel

Trois mois après leur suivi, le centre « A 180°/Chagrin scolaire » a envoyé à chaque patient une enquête de « satisfaction » en ligne. Les patients ont, dès lors, eu l'opportunité, s'ils le souhaitent, de pouvoir donner anonymement leurs impressions concernant certains aspects de la thérapie, dont ils ont bénéficié, mais surtout de ses apports.

Nous les avons interrogés sur les points suivants : motif de consultation ; satisfaction selon une échelle de Likert (1 à 5) ; situer leur souffrance, selon une échelle de Likert (0 à 10), avant la consultation, juste après le suivi et actuellement ; les éléments autres que la thérapie pouvant expliquer le changement ; consulteraient-ils à nouveau ? ; continuent-ils d'appliquer les conseils du thérapeute ? ; y a-t-il eu des rechutes ? ; situer 4 aspects relationnels selon une échelle de Likert (1 à 5), à savoir le fait de se sentir accepté, de se sentir écouté, d'être à l'aise dans la relation thérapeutique et de se sentir en cohérence avec les objectifs travaillés en thérapie. Pour la plupart de ces questions, les répondants avaient également la possibilité de nous laisser un commentaire pour expliquer leur réponse.

3.2. Population

Nous avons récolté 110 questionnaires complétés. Les patients consultent pour divers types de problématiques. Dans le cadre de cette étude, nous les avons classés en 2 grands groupes : les consultations pour un adulte et les consultations pour un enfant. Nous avons ensuite subdivisé ces 2 groupes en 3 sous-dimensions afin d'obtenir 6 groupes de comparaison. Pour les consultations concernant un adulte, nous avons : (1) les difficultés professionnelles (*burnout*, conflits, etc.) ; (2) les problèmes relationnels ; et (3) les psychopathologies (TOCS, insomnie, anxiété, etc.). Pour les consultations concernant un enfant, nous avons : (4) les difficultés scolaires (harcèlement, décrochage, etc.) ; (5) les problèmes relationnels ; et (6) les psychopathologies (troubles du comportement, TOC, etc.). La moitié des sujets de notre échantillon consultent pour la souffrance scolaire d'un enfant. Il nous semble important de préciser que lorsque la consultation concerne un enfant, cela ne signifie pas que les thérapeutes ont rencontré l'enfant. En effet, les praticiens ont parfois travaillé en collaboration avec les parents, et ce, dans l'intérêt de l'enfant : un travail avec les parents permet de modifier la dynamique familiale et d'influencer, par-là, les comportements de l'enfant. Pour cette raison, il ne nous est pas possible de rapporter l'âge des enfants. En effet, lorsqu'un parent est venu consulter pour son enfant, c'est lui-même qui a complété l'enquête en ligne. Il a, dès lors, indiqué son âge à lui.

Le [Tableau 1](#) informe de la façon dont les sujets ont été distribués dans les différents sous-groupes ([Tableau 1](#)).

3.3. Analyses statistiques

Les participants ont ainsi été catégorisés en 6 groupes. Les données quantitatives, récoltées via le questionnaire en ligne, ont été traitées par SAS, un logiciel d'analyse statistique. Les variables ne sont pas normalement distribuées. Nous avons donc dû choisir des tests statistiques en conséquence (statistiques non paramétriques).

Tableau 1
Distribution des sujets en 6 motifs de consultations.

Adulte			Enfant		
Psychopathologie	Problème relationnel	Difficulté professionnelle	Psychopathologie	Problème relationnel	Difficulté scolaire
n = 13	n = 11	n = 5	n = 9	n = 17	n = 54
11,93 %	10,09 %	4,59 %	8,26 %	15,60 %	49,54 %

Tableau 2
Moyenne et écart-type du taux de satisfaction en fonction du motif de consultation.

Motif de consultation	Souffrance scolaire	Psychopathologie d'un enfant	Difficulté relationnelle d'un enfant	Souffrance professionnelle	Psychopathologie d'un adulte	Difficulté relationnelle d'un adulte
MoyenSatisfaction score/2	1,35	1,55	1,41	1,8	1,69	1,73
Écart-type	1,03	0,73	1,06	0,45	0,48	0,65

Par rapport aux aspects relationnels jouant un rôle majeur dans la thérapie, nous avons déterminé leurs liens avec le degré de satisfaction grâce aux corrélations de Spearman. Pour tester les liens entre les aspects relationnels et la capacité de gérer une crise, ainsi que la rechute et la tendance à consulter à nouveau, nous avons appliqué les tests de Kruskal–Wallis et de Wilcoxon.

En ce qui concerne l'analyse de l'efficacité à long terme de la thérapie brève, nous avons utilisé le test exact de Fisher afin de tester la relation entre les caractéristiques des sujets et le taux de rechute, s'ils étaient enclins à consulter à nouveau et si les conseils sont mis en pratiques. Ces derniers points ont aussi été évalués en fonction du type de problème des sujets grâce au Chi².

En outre, les commentaires laissés par certains participants nous ont permis de faire une étude plus qualitative, notamment en regroupant le type de réponses communes en catégories, pour en faire des pourcentages, nous permettant de dégager des pistes d'explications aux résultats statistiques.

4. Résultats

4.1. Hypothèse générale concernant l'efficacité de la thérapie brève et stratégique

Dans notre échantillon, 66,7 % des personnes se disent très satisfaites de la thérapie, 3,7 % ne sont pas satisfaites et 9,6 % n'ont pas d'avis.

Nous remarquons que ce niveau de satisfaction n'est pas significativement différent en fonction du motif de consultation ($H = 1,4499$; $p = 0,6939$) : tous semblent aussi satisfaits, quelle que soit la raison pour laquelle ils consultent (Fig. 1).

Sur les 11 personnes non satisfaites, 3 ont déclaré que c'est parce que la thérapeute n'a pas voulu rencontrer leur enfant (Tableau 2). En effet, dans le cas où les parents consultent pour leur enfant, il est possible que le thérapeute utilise le parent comme co-thérapeute et donc travaille avec les parents sans rencontrer l'enfant. Trois autres personnes ont déclaré que la thérapie a été, selon eux, trop brutale et, c'est pourquoi, il ne leur a pas été possible de réaliser les tâches demandées par le thérapeute. Dans le même ordre d'idée, une personne nous explique qu'elle aurait désiré plus de concret, notamment des exemples de phrases à répondre dans les situations de harcèlement, afin d'aider le patient à reprendre du contrôle sur la situation. Deux personnes parlent d'aspects plus organisationnels et se plaignent d'un manque de disponibilités pour obtenir un rendez-vous ou d'une séance trop courte. Enfin, deux personnes parlent d'aspect plus relationnels : elles déclarent ne pas s'être senties suffisamment écoutées.

Distribution en pourcentage du taux de satisfaction rapporté par les participants.

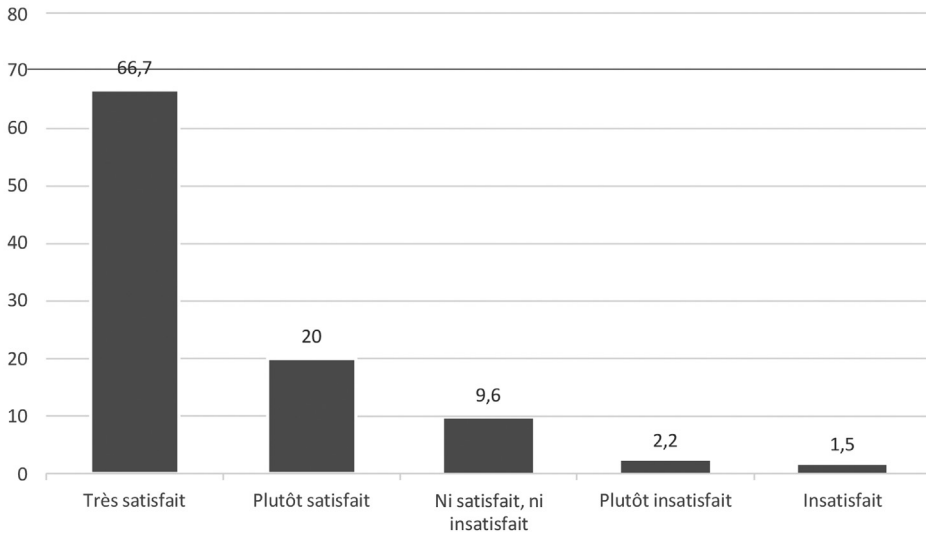


Fig. 1. Distribution en pourcentage du taux de satisfaction rapporté par les participants.

4.2. Efficacité à moyen terme (3 mois) et rechutes

Nos résultats montrent qu'il existe une différence significative entre les résultats obtenus juste après la fin de la thérapie et 3 mois après la fin de la thérapie ($T=866$; $p < 0,0001$). Les patients ont rapporté qu'ils estiment que leur difficulté est significativement moindre, 3 mois après la fin de la thérapie, en comparaison à juste après la fin de la thérapie.

Quels que soient les motifs de consultation et la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte), on ne constate pas de différence significative dans la manière de répondre aux sous-questions : (1) reviendriez-vous consulter en cas d'autres difficultés ? ($\text{Chi}^2 = 2,3808$, $p = 0,3041$; $\text{Chi}^2 = 0,5814$, $p = 0,6724$) ; (2) continuez-vous à appliquer les conseils donnés ? ($\text{Chi}^2 = 2,5368$, $p = 0,2813$; $\text{Chi}^2 = 0,0598$, $p = 1$) ; (3) avez-vous des rechutes ? ($\text{Chi}^2 = 7,5972$, $p = 0,1075$).

En outre, nous observons que plus les personnes déclarent qu'elles reviendraient consulter à nouveau, en cas d'autre problème, plus elles continuent d'appliquer les conseils qui leur ont été donnés lors de la thérapie ($\text{Chi}^2 = 6,3841$; $p = 0,0222$).

Ces sous-questions permettent de mieux comprendre pourquoi la thérapie brève peut se montrer efficace 3 mois après la fin de la thérapie (Fig. 2). Après chacune d'entre elles, les participants pouvaient librement laisser un commentaire. Voici les informations que nous avons collectées par cette voie.

Une analyse qualitative a été réalisée grâce aux commentaires libres que certains participants ont laissés.

Premièrement, 38 personnes rapportent se sentir plus efficaces et pouvoir gérer les nouvelles difficultés grâce aux conseils donnés. Quinze participants déclarent moins « culpabiliser » et prendre moins en charge les difficultés des autres (que ce soit leur enfant, les conflits entre collègues ou autre). Enfin, 11 participants décrivent qu'à présent, ils ont adopté la manière de penser du thérapeute : en cas de nouvelle difficulté, ils réfléchissent à l'image du thérapeute et endossent ce rôle, que ce soit pour eux-mêmes ou pour leur enfant. Par exemple, ces personnes essayent d'imaginer le pire en cas de peur, comme ils ont pu le faire en séance.

Deuxièmement, lorsqu'il y a rechute, la difficulté est moins importante et/ou moins fréquente. Quatre participants rapportent que les rechutes sont présentes, uniquement dans les moments de faiblesse, comme la fatigue ou lorsqu'ils rencontrent un évènement douloureux. Dans le même ordre

Sous questions permettant d'évaluer l'efficacité après 3 mois de la thérapie brève.

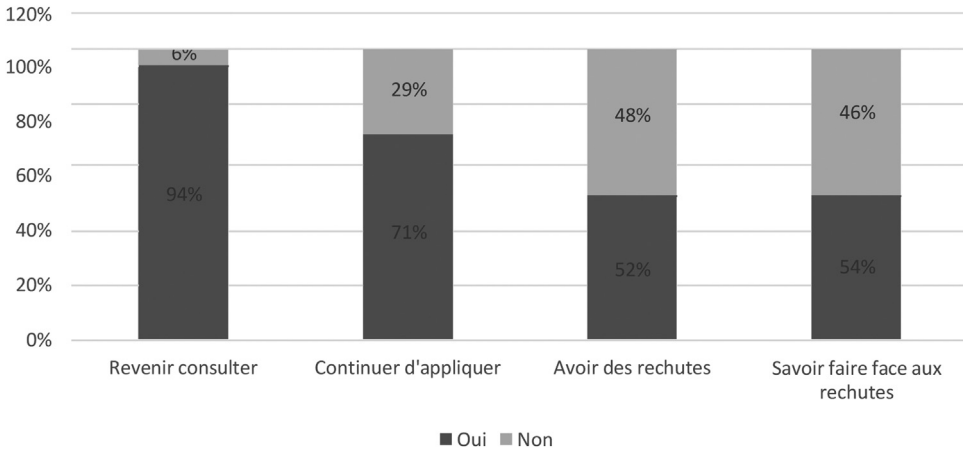


Fig. 2. Sous questions permettant d'évaluer l'efficacité après 3 mois de la thérapie brève.

d'idée, 2 participants décrivent qu'un problème du même type est toujours d'actualité, par exemple parce qu'ils se retrouvent à nouveau dans une relation amoureuse compliquée.

Troisièmement, nous observons que 31 participants déclarent parvenir à gérer les rechutes, quand il y en a, grâce aux conseils donnés en thérapie ; 12 rapportent y parvenir parfois, mais expliquent que la difficulté reste présente ; une personne nous explique qu'elle parvient à gérer le problème pour lequel elle est venue consulter, mais que sa manière d'y pallier l'amène à une nouvelle difficulté ; ainsi, lorsqu'elle s'occupe de son aîné, elle a l'impression de délaisser ses autres enfants. Enfin, deux personnes nous rapportent que quand elles sont en difficulté, pour y pallier, elles ont besoin de reprendre rendez-vous.

4.3. Aspects relationnels de la thérapie

Nous avons mesuré 4 aspects plus relationnels de la thérapie : le fait de se sentir accepté, de se sentir écouté, d'être à l'aise dans la relation thérapeutique et de se sentir en cohérence avec les objectifs travaillés en thérapie.

Il existe des corrélations significatives et positives entre le degré de satisfaction concernant la thérapie et les 4 aspects relationnels que nous avons mesurés, à savoir le fait de se sentir accepté ($r=0,37191$; $p<0,0001$), compris ($r=0,54745$; $p<0,0001$), d'être à l'aise ($r=0,37799$; $p<0,0001$) et en cohérence avec ses objectifs personnels ($r=0,59282$; $p<0,0001$). Cela signifie que plus une personne est satisfaite de l'efficacité de la thérapie, plus elle est également satisfaite des aspects « relationnels » des entretiens.

À l'inverse, moins une personne est satisfaite des aspects relationnels de sa thérapie et moins elle est satisfaite de l'efficacité de la thérapie (Tableau 3).

Nous observons une corrélation significative entre le fait de faire des « rechutes » et celui de se sentir compris ($T=3182,5$; $p=0,0031$). Ainsi, les personnes qui déclarent s'être senties comprises lors de la thérapie font significativement moins de rechutes que celles qui déclarent ne pas s'être senties comprises.

En outre, une corrélation significative montre que plus les personnes déclarent s'être senties à l'aise ($T=1445,5$; $p=0,0365$) et comprises ($T=3182,5$; $p=0,0031$), par le thérapeute, plus elles continuent d'appliquer les conseils reçus en thérapie.

Tableau 3
Corrélations entre le taux de satisfaction et 4 aspects de la relation thérapeutique.

	Satisfaction	Accepté	À l'aise	Compris	Objectif
Satisfaction		0,37 <0,0001	0,38 <0,0001	0,55 <0,0001	0,59 <0,0001
Accepté	0,37 <0,0001		0,58 <0,0001	0,52 <0,0001	0,62 <0,0001
À l'aise	0,38 <0,0001	0,58 <0,0001		0,59 <0,0001	0,56 <0,0001
Compris	0,55 <0,0001	0,52 <0,0001	0,59 <0,0001		0,67 <0,0001

Enfin, les aspects relationnels semblent avoir une importance considérable sur le fait que la personne reviendrait ou non consulter en cas de difficulté future. En effet, nous observons une corrélation significative entre les 4 aspects relationnels mesurés et le fait de déclarer revenir à nouveau consulter en cas de difficulté future : se sentir accepté (T = 169 ; p = 0,0004), compris (T = 104 ; p < 0,001), à l'aise (T = 190,5 ; p = 0,0027) et en cohérence avec ses objectifs personnels (T = 116 ; p < 0,0001).

Par contre, nous n'observons pas de lien significatif entre le fait de pouvoir gérer les rechutes (s'il y en a) et les 4 aspects relationnels mesurés : le fait de se sentir accepté (H = 1,0156 ; p = 0,6918), compris (H = 0,4229 ; p = 0,8094), à l'aise (H = 1,2398 ; p = 0,538) et en cohérence avec ses objectifs (H = 1,2787 ; p = 0,5276). Ceci ne signifie pas qu'il n'en existe pas mais, tout simplement, que nos données ne nous permettent pas d'observer cet effet.

5. Discussion

Notre question de recherche porte sur l'efficacité de la thérapie brève et stratégique, en fonction du motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou professionnelle/scolaire), mais aussi sur la distinction des thérapies mises en place dans l'intérêt d'un adulte ou d'un enfant. Son objectif principal est d'étudier les processus qui rendent la thérapie brève efficace, à court mais également à moyen terme, en questionnant les impressions des clients. Nous visons également à évaluer l'influence de la relation thérapeutique sur les changements.

Notre première hypothèse de travail est que les patients se montrent satisfaits de la thérapie brève, quels que soient leur motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire) et la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte).

Nous pouvons confirmer cette hypothèse.

En effet, la grande majorité de notre échantillon s'est montré très satisfaite ou satisfaite de la thérapie. De plus, ce niveau de satisfaction n'est pas significativement différent en fonction du motif de consultation ou de la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte).

Notre résultat est cohérent avec d'autres études de la littérature, portant sur d'autres motifs de consultation (par exemple : [8,15–18,22]).

Ensuite, selon notre deuxième hypothèse, nos résultats montrent que le changement, engendré par la thérapie brève, se maintient dans le temps (après 3 mois) et, ainsi, que les patients ne rencontrent pas de « rechutes » du motif pour lequel ils sont venus consulter ou que, si tel est le cas, ils savent gérer la situation. Nos résultats ont montré, en effet, que le changement, engendré par la thérapie brève, se maintient dans le temps. Ainsi, la souffrance est évaluée comme étant moins forte juste après la fin de la prise en charge. En outre, il semble que cette souffrance continue de s'apaiser dans le temps, car les participants l'évaluent comme encore plus faible 3 mois après la fin du suivi. En effet, les patients ont rapporté qu'ils estiment que leur difficulté est significativement moindre, 3 mois après la fin de la thérapie, en comparaison à juste après la fin de la thérapie. Nous pouvons présupposer que le patient a besoin d'entraînement, et donc de temps, pour maîtriser la nouvelle stratégie mise en place grâce à la thérapie brève.

En ce qui concerne les rechutes, seule la moitié des participants déclare ne pas avoir de rechutes et on ne constate pas de différence significative dans la manière de répondre, quels que

soient les motifs de consultation et la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte).

Toutefois, notre étude montre des éléments intéressants et encourageants pour la clinique : en cas de rechutes, plus de la moitié des participants affirment pouvoir gérer efficacement. Pour cela, certains participants déclarent y parvenir grâce aux conseils donnés en thérapie. En outre, lorsqu'il y a rechute, la difficulté est moins importante et/ou moins fréquente. Ce résultat est encourageant et témoigne de la nécessité que les thérapeutes préparent leur patient à d'éventuelles rechutes et à la manière de les gérer.

En effet, il semblerait qu'un des apports de la thérapie brève et stratégique soit de donner confiance aux patients qui rapportent, en effet, se sentir plus efficaces. Ils parviennent à gérer les nouvelles difficultés grâce aux conseils donnés, notamment en adoptant la manière de penser du thérapeute. Ceci montre l'importance de « conscientiser » ce qui a été fait en thérapie pour « autonomiser » le patient et non pas le rendre « dépendant » du thérapeute. Une très faible minorité de personnes semblent être dans cette situation et ont déclaré devoir revenir consulter lors de rechutes.

Notre étude semble donc présupposer que les effets de la thérapie brève et stratégique se maintiennent dans le temps. Ce résultat est en cohérence avec deux autres études [22], même si nos résultats démontrent, tout comme l'étude de Pinsof & Wynne [24], que des rechutes peuvent être fréquentes après une thérapie brève. En effet, nous avons montré qu'il y a rechute dans la moitié des situations.

Cependant, lorsqu'il y a rechute, nos données montrent que les difficultés sont moins fréquentes et/ou intenses qu'avant de consulter et que les patients savent, pour la plupart, y faire face. Cette constatation permet de répondre positivement au questionnement de Boyhan [25] concernant le suivi à plus long terme : les clients utilisent leur expérience pour créer un changement positif, de façon continue, après la fin de la prise en charge.

Notre troisième et dernière hypothèse est que les aspects relationnels de la thérapie jouent un rôle majeur dans le résultat de la thérapie, et ce, pour tous les patients, quels que soient leur motif de consultation ou la personne pour qui la thérapie est mise en place. Nous pouvons confirmer cette hypothèse.

Dans le cadre de cette étude, nous montrons que les quatre aspects relationnels de la thérapie (le fait de se sentir accepté, de se sentir écouté, d'être à l'aise dans la relation thérapeutique et de se sentir en cohérence avec les objectifs travaillés en thérapie) influencent positivement le degré de satisfaction du client concernant la thérapie, et ce, quel que soit le motif de consultation, mais également que la consultation concerne un enfant ou un adulte.

Nos données nous permettent d'encore mieux déterminer comment certains aspects relationnels influencent l'efficacité de la thérapie.

En effet, les personnes qui déclarent s'être senties comprises, lors de la thérapie, font significativement moins de rechutes que celles qui déclarent ne pas s'être senties comprises. Nous faisons l'hypothèse que le fait d'être compris permet au patient de modifier l'image qu'il a de lui-même et lui donner confiance en lui, de manière assez puissante, pour modifier sa manière de fonctionner en dehors du cabinet.

Plus les personnes déclarent s'être senties à l'aise et comprises par le thérapeute et plus elles continuent d'appliquer les conseils reçus en thérapie, ce qui permet de maintenir à long terme le résultat de la prise en charge. Cependant, des études ultérieures sont nécessaires afin de mesurer si cet effet se maintient encore plus dans le temps, même après 3 mois. En effet, Pinsof et Wynne [24] ont déclaré que beaucoup de changements positifs évidents à la fin de la session ne durent pas plus de deux ans.

Enfin, les quatre aspects relationnels évalués sont corrélés positivement avec le fait que la personne reviendrait consulter en cas de difficulté future. Par contre, les aspects relationnels mesurés ne sont pas corrélés au fait de pouvoir gérer les rechutes. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que si la thérapie brève et stratégique est efficace, c'est en partie lié aux aspects relationnels. Ces résultats sont intéressants et offrent des pistes de réflexion. Cependant, il conviendrait de les approfondir avant de pouvoir en tirer des conclusions plus larges, car d'autres facteurs non pris en compte dans cette étude peuvent les influencer. Il conviendrait de creuser l'impact des aspects relationnels sur l'efficacité perçue de la thérapie en collectant les données de manière plus qualitative, mais également en pouvant les comparer à un groupe contrôle.

6. Limites et intérêts de notre recherche

Bien que des résultats intéressants aient pu être mis en évidence, nous souhaitons à présent attirer l'attention du lecteur sur certaines limites présentes dans cette étude. Premièrement, lorsqu'une thérapie concernait un enfant, le thérapeute a parfois travaillé uniquement avec les parents. Dans d'autres cas de figure, le thérapeute a travaillé en grande partie avec l'enfant (dans les cas de harcèlement scolaire par exemple) et, pourtant, il semble que ce soient les parents qui aient complété l'enquête de satisfaction. Deuxièmement, seuls les patients qui le souhaitaient ont répondu à cette enquête de satisfaction, ce qui a peut-être entraîné un biais de sélection. Troisièmement, nous avons ainsi un nombre de sujets très faible dans certains groupes de comparaison (seulement 5 adultes consultent pour des difficultés professionnelles alors que 54 enfants sont amenés en consultation pour des difficultés rencontrées sur le plan scolaire). Quatrièmement et dernièrement, l'enquête a été complétée par les participants de chez eux : nous n'avons donc aucun contrôle sur les conditions de passation.

Malgré ces limites, la présente étude présente un intérêt certain. En effet, les études, présentes dans la littérature, qui évaluent l'efficacité de la thérapie brève, sont peu nombreuses et beaucoup comparent l'efficacité de différentes formes de thérapie, sans étudier ce qui rend la thérapie brève efficace et sans évaluer les changements à long terme.

Ainsi, l'originalité de cette étude est qu'elle met en lumière certains processus qui rendent la thérapie brève efficace, en s'intéressant, notamment, aux aspects relationnels de la thérapie, et ce, en questionnant les impressions des clients. En outre, cette étude évalue les effets à moyen terme de la thérapie brève (3 mois après la thérapie) et tient compte du motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire), mais également de la distinction entre les thérapies mises en place dans l'intérêt d'un adulte ou d'un enfant.

7. Implications cliniques

Notre étude souligne certains aspects thérapeutiques influençant le résultat à court terme et à plus long terme (3 mois après la fin de la thérapie) de la prise en charge. Nos résultats peuvent servir de « *guideline* » aux thérapeutes pratiquant la thérapie brève et stratégique afin de leur proposer des pratiques à favoriser ou améliorer. En outre, ces points sont communs et applicables avec tous les clients, qu'ils soient adultes, enfants ou adultes consultant pour aider leur enfant, mais aussi quel que soit leur motif de consultation :

- dans le cas où le thérapeute ne souhaite pas rencontrer l'enfant, il est primordial qu'il s'assure que le parent en comprend la raison et l'accepte ;
- s'assurer que les tâches demandées ne soient pas trop éloignées de ce que le patient peut envisager de faire et bien les concrétiser ;
- au niveau organisationnel, s'assurer, si possible, que des plages horaires soient disponibles et veiller à faire des séances qui respectent le temps annoncé dans le cadre de travail annoncé ;
- importance de laisser le temps nécessaire à la personne pour qu'elle puisse se sentir écoutée ;
- importance de préparer les patients à réagir en cas de rechute. En effet, celle-ci est plutôt fréquente (dans la moitié des situations rapportées). Pour cela, il semble judicieux de faire prendre conscience au patient de ce qui a été expérimenté, durant la thérapie, pour qu'il puisse adopter la logique de pensée du thérapeute et éviter une « dépendance » au thérapeute.

Notre échantillon était composé pour plus de la moitié de consultations pour motif de harcèlement scolaire. La thérapie brève peut être particulièrement intéressante pour prendre en charge les souffrances scolaires des enfants au vu du contexte actuel. En effet, les brimades constituent actuellement un problème considérable dans les écoles en raison des graves conséquences négatives sur la santé des enfants qui en sont victimes [34,35]. L'intimidation est définie comme un ensemble systématique et répété de comportements hostiles envers un individu qui ne peut pas se défendre correctement [36]. La prévalence des enfants et des jeunes victimes d'intimidation varie de 10 à 30 % dans différents pays européens et aux États-Unis [34]. En Europe du Nord, le nombre de situations de harcèlement

enregistrées varie de 7,2 % en Suède à environ 20 % au Danemark et en Finlande [37]. En Norvège, environ 10 à 15 % des écoliers, âgés de 8 à 13 ans, sont exposés à des brimades [38].

Dans le contexte de ressources limitées et à la recherche de modèles de pratiques plus efficaces, de nombreux professionnels de l'école utilisent des modèles de pratiques d'intervention brève qui se concentrent davantage sur les résultats à atteindre que sur les problèmes à résoudre [39,40].

Les exigences imposées aux prestataires de services en milieu scolaire, combinées aux contraintes contextuelles, nécessitent la disponibilité de stratégies de santé mentale efficaces qui s'adaptent au contexte scolaire [41–44]. C'est pourquoi, « Chagrin scolaire », en plus de recevoir les enfants en consultation, propose également des formations aux enseignants.

8. Perspectives futures

Notre étude a montré que la thérapie brève et stratégique présente des résultats efficaces sur base d'un questionnaire de satisfaction qui s'intéresse aux impressions des patients. Toutefois, afin de valider ces résultats, il serait opportun de mettre en place un dispositif, avec un groupe contrôle, afin de pouvoir comparer si l'effet obtenu est lié à la thérapie brève et stratégique ou à d'autres aspects communs à d'autres types de thérapies. En effet, cela est une critique faite à la plupart des études de la littérature. Cette comparaison permettrait également de distinguer les effets propres aux outils de la thérapie brève et ceux liés à des aspects plus relationnels présents dans différentes formes de thérapie.

En outre, notre étude s'intéresse aux effets, juste après la thérapie, mais également aux effets qui persistent 3 mois après la fin de la thérapie. Or, Pinosof et Wynne [24] ont déclaré que beaucoup de changements positifs, évidents à la fin de la session, ne durent pas plus de deux ans. Ainsi, il serait intéressant de constater les effets sur du plus long terme après la fin du suivi.

Enfin, notre étude distingue les thérapies mises en place dans l'intérêt d'un adulte ou d'un enfant. Toutefois, nous n'avons aucune information concernant les impressions des enfants eux-mêmes. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de les mesurer.

9. Conclusion

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à l'efficacité de la thérapie brève et stratégique en fonction du motif de consultation. Il existe déjà, dans la littérature, des études montrant son efficacité (par exemple : [8,15–18,22]). Cependant, ces études sont peu nombreuses et beaucoup comparent l'efficacité de différentes formes de thérapie sans étudier, ce qui rend la thérapie brève efficace et sans évaluer les changements à moyen ou long terme.

C'est pourquoi nous avons décidé d'étudier les processus qui rendent la thérapie brève efficace, en questionnant les impressions des patients. Pour ce faire, nous avons proposé aux patients un questionnaire. Celui-ci leur a été envoyé par mail 3 mois après leur prise en charge et 110 personnes ont complété le formulaire.

Les résultats que nous avons obtenus démontrent que les patients se montrent en grande majorité satisfaits de la thérapie brève, quels que soient leur motif de consultation (souffrance relationnelle, liée à une pathologie ou encore liée au contexte professionnel ou scolaire) ou la personne pour qui la thérapie est mise en place (enfant ou adulte).

En outre, le changement, engendré par la thérapie brève, se maintient dans le temps (après 3 mois), et il continue de se produire dans le temps au point que le problème est décrit par les patients comme significativement moindre 3 mois après la fin de la thérapie, en comparaison à juste après la fin de la thérapie. Nous pouvons présupposer que le patient a besoin d'entraînement, et donc de temps, pour expérimenter et maîtriser la nouvelle stratégie mise en place grâce à la thérapie brève. Toutefois, la moitié des personnes interrogées rapportent rencontrer des « rechutes » du motif pour lequel elles sont venues consulter, mais celles-ci sont moins fréquentes et moins intenses. Une explication à cette constatation est le fait qu'elles rapportent pouvoir y réagir de manière adéquate grâce au changement induit par la thérapie brève et stratégique. Il semblerait qu'un des apports de la thérapie brève et stratégique soit de donner suffisamment de confiance aux patients pour pouvoir agir différemment et efficacement.

Enfin, les aspects relationnels de la thérapie, que nous avons évalués, jouent un rôle majeur dans le résultat de la thérapie, et ce, pour tous les patients, quels que soient les motifs de consultation ou la personne pour qui la thérapie est mise en place. Nos données nous permettent d'encore mieux comprendre comment certains aspects relationnels influencent l'efficacité de la thérapie. En effet, plus les aspects relationnels sont positifs, plus le patient continue d'appliquer les conseils donnés par le thérapeute, revient consulter en cas de besoin ou encore diminue le nombre de rechutes.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence des aspects de la thérapie brève et stratégique jugée, par les patients, comme essentiels afin de garantir la satisfaction de la prise en charge et, par-là, l'efficacité. La mise en évidence de ces facteurs permet des ajustements cliniques intéressants pour les thérapeutes.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ramírez NH, Díaz CAG. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Av Psicol Latinoam* 2009;27(1):165–76.
- [2] Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine* 2010;8(1):38.
- [3] de Shazer S. *Words were originally magic*, xviii. New York, NY, US: W W Norton & Co; 1994. p. 285 [Words were originally magic].
- [4] Piquet E. In: *Faites votre 180°*. Paris: Payot; 2015. p. 9–27.
- [5] Lyons R, Low P. Brief psychological therapy in primary care: the psychologist's challenge. *Brief psychological therapy in primary care: the psychologist's challenge* 2009;38(1):8.
- [6] Fosha D. Brief integrative therapy comes of age: a commentary. *J Psychother Integr* 2004;14(1):66–92.
- [7] Gálvez-Lara M, Corpas J, Venceslá JF, Moriana JA. Evidence-based brief psychological treatment for emotional disorders in primary and specialized care: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology* 2019;9, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02674>.
- [8] Lee M-Y. A Study of Solution-Focused Brief Family Therapy: Outcomes and Issues. *1st The American Journal of Family Therapy*; 1997. p. 3–17.
- [9] Atkins MS, Hoagwood KE, Kutash K, Seidman E. Toward the integration of education and mental health in schools. *Adm Policy Ment Health* 2010;37(1):40–7.
- [10] Weist MD, Evans SW. Expanded school mental health: challenges and opportunities in an emerging field. *J Youth Adolescence* 2005;34(1):3–6.
- [11] National Alliance on Mental Illness. In: *Mental health by the numbers; 2021* [Disponible sur : <https://www.nami.org/mhstats>].
- [12] Green JG, McLaughlin KA, Alegria M, Costello EJ, Gruber MJ, Hoagwood K, et al. School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013;52(5):501–10.
- [13] Bruns EJ, Duong MT, Lyon AR, Pullmann MD, Cook CR, Cheney D, et al. Fostering SMART partnerships to develop an effective continuum of behavioral health services and supports in schools. *Am J Orthopsychiatry* 2016;86(2):156–70.
- [14] Gingerich WJ, Eisengart S. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research*. *Fam Process* 2000;39(4):477–98.
- [15] Saravanan C, Alias A, Mohamad M. The effects of brief individual cognitive-behavioural therapy for depression and home-sickness among international students in Malaysia. *J Affect Disord* 2017;220:108–16.
- [16] Bannink FP. Solution-focused brief therapy. *J Contemp Psychother* 2007;37(2):87–94.
- [17] Kip KE, D'Aoust RF, Hernandez DF, Girling SA, Cuttino B, Long MK, et al. Evaluation of brief treatment of symptoms of psychological trauma among veterans residing in a homeless shelter by use of accelerated resolution therapy. *Nurs Outlook* 2016;64(5):411–23.
- [18] Díaz CAG, Villamizar CG, Alarcón LEF. Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología* 2003;12(1):38–48.
- [19] Shepardson RL, Funderburk JS, Weisberg RB. Adapting evidence-based, cognitive-behavioral interventions for anxiety for use with adults in integrated primary care settings. *Fam Syst Health* 2016;34(2):114–27.
- [20] Osma J, Castellano C, Crespo Delgado E, Garcia-Palacios A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Behav Psychol Psicología Conductual* 2015;23:447–66.
- [21] Barcons C, Cunillera O, Miquel V. Effectiveness of brief systemic therapy versus cognitive behavioral therapy in routine clinical practice. *Psicothema* 2016;28(3):298–303.
- [22] Vázquez FL, Torres A, Blanco V, Díaz O, Otero P, Hermida E. Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: a randomized controlled trial. *J Psychiatric Res* 2012;46(11):1456–66.
- [23] Simon J, Nelson T. Results of last session interviews in solution focused brief therapy. *J Fam Psychother* 2005;15(4):27–45.
- [24] Pinsof WM, Wynne LC. The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. *J Marital Fam Ther* 1995;21(4):585–613.
- [25] Boyhan PA. Clients' perceptions of single session consultations as an option to waiting for family therapy. *Aust N Z J Fam Ther* 1996;17(2):85–96.

- [26] Wampold BE. In: *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. New York: Routledge; 2013. p. 79.
- [27] Kelley ML, Braitman A, Henson JM, Schroeder V, Ladage J, Gumienny L. Relationships among depressive mood symptoms and parent and peer relations in collegiate children of alcoholics. *Am J Orthopsychiatry* 2010;80(2):204–12.
- [28] Marmarosh CL, Gelso CJ, Markin RD, Majors R, Mallery C, Choi J. The real relationship in psychotherapy: relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *J Counsel Psychol* 2009;56(3):337–40.
- [29] Wettersten KB, Lichtenberg JW, Mallinckrodt B. Associations between working alliance and outcome in solution-focused brief therapy and brief interpersonal therapy. *Psychother Res* 2005;15(1–2):35–43.
- [30] Nylund D, Corsiglia V. Becoming solution-focused in brief therapy: remembering something important that we already knew. *J Syst Ther* 1994;3 [5–2].
- [31] Ozechowski TJ. To the editor. *J Marital Fam Ther* 1994;20:205–6.
- [32] Lent RW, Tracey TJC, Brown SD, Soresi S, Nota L. Development of interests and competency beliefs in Italian adolescents: an exploration of circumplex structure and bidirectional relationships. *J Counsel Psychol* 2006;53(2):181–91.
- [33] Mallinckrodt B. Session impact, working alliance, and treatment outcome in brief counseling. *J Counsel Psychol* 1993;40(1):25–32.
- [34] Analitis F, Velderman MK, Ravens-Sieberer U, Detmar S, Erhart M, Herdman M, et al. Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics* 2009;123(2):569–77.
- [35] Cassidy T. Bullying and victimisation in school children: the role of social identity, problem-solving style, and family and school context. *Soc Psychol Educ* 2009;12(1):63–6.
- [36] Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(7):1171–90.
- [37] Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H, Köhler L. Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study. *Child Care Health Dev* 2005;31(6):693–701.
- [38] Vatn AS, Bjertness E, Lien L. Mobbing og helseplager hos barn og ungdom. *Medisin og vitenskap* 2007;15(127):1941–4 [cité 7 juin 2021 ; Disponible sur : <https://tidsskriftet.no/2007/08/oversiktsartikkel/mobbing-og-helseplager-hos-barn-og-ungdom>].
- [39] Kahn BB. A model of solution-focused consultation for school counselors. *Professional School Counseling*; Alexandria Vol. 3, N° 4, (Apr 2000): 248. Disponible sur : <https://www.proquest.com/openview/8c50bd893290553aceb78fb4e50cdf56/1?pq-origsite=gscholar&cbl=11185>.
- [40] Williams GR. The application of solution-focused brief therapy in a public school setting. *Fam J* 2000;8(1):76–8.
- [41] Evans SW, Weist MD. Commentary: implementing empirically supported treatments in the schools: what are we asking? *Clin Child and Fam Psychol Rev* 2004;7(4):263.
- [42] Forman SG, Shapiro ES, Coddling RS, Gonzales JE, Reddy LA, Rosenfield SA, et al. Implementation science and school psychology. *Sch Psychol Q* 2013;28(2):77–80.
- [43] Lyon AR, Ludwig K, Romano E, Koltracht J, Stoep AV, McCauley E. Using modular psychotherapy in school mental health: provider perspectives on intervention-setting fit. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014;43(6):890–1.
- [44] Owens JS, Lyon AR, Brandt NE, Masia Warner C, Nadeem E, Spiel C, et al. Implementation science in school mental health: key constructs in a developing research agenda. *Sch Ment Health* 2014;6(2) [99–11].