Michel Naudet, Psychologue Clinicien, 2017 **www.mnaudet-psy.com** michel.naudet@gmail.com

Les psychothérapies

« Les autres sont des écrans, le thérapeute est un miroir » - Ken Wilber

« Une thérapie, c'est d'abord une confrontation avec soi ; plus exactement avec l'autre qui nous habite. Je est un autre » **-** Journal Psychologies

« Les Psychologues disent que la personne qui essaie de garder tout le monde heureux finit souvent par se retrouver seule » - Anonyme

« Pourquoi la plupart des gens prétendent aller bien alors que ce n'est pas le cas ? Parce que, en dehors d'un thérapeute, il est difficile de trouver des gens qui nous écoutent et se préoccupent sérieusement de nos soucis » - Anonyme

« En psychologie, ce qui vient facilement ne durera pas toujours et ce qui durera toujours ne viendra pas facilement ! » - Anonyme

Quels sont les différents types de thérapeutes ?
Psychiatre : médecin + 3 ans de spécialisation. Le seul à pouvoir prescrire des médicaments et établir des feuilles de soins.

Psychologue clinicien : 5 ans d'études universitaires avec une formation théorique et pratique. Titre protégé depuis 1985.

Psychothérapeute : Avoir suivi une formation théorique de 400h à une thérapie spécifique, accompagnée d'un stage pratique de 600h. Le décret de Mai 2012 stipule que les psychologues cliniciens ayant effectué des stages pratiques dans le secteur de la santé publique ont le droit d'utiliser ce titre.

Psychanalyste : Avoir été analysé pendant plusieurs années par un psychanalyste « agréé », être supervisé pour son premier patient par ce même psychanalyste, avoir suivi la formation théorique. Le titre n'est pas protégé et aucun diplôme n'est exigé à la base.

Débat : A quoi sert une thérapie, quels sont les objectifs :

Changer la personne ? Lui faire prendre conscience d'elle-même, de mieux se connaître, de mieux s'accepter ? Permettre une meilleure adaptation ? La soutenir dans ses épreuves ? Remonter à l'origine de ses souffrances, en déterminer la cause ?

Comment choisir sa thérapie ?
- Se renseigner sur les thérapies, se faire conseiller par quelqu'un (médecin, ami…)
- Il est important de choisir le thérapeute qui vous convienne.
- Etre en accord avec le cadre thérapeutique qu'il propose ; le lieu, la technique utilisée, la durée de la thérapie, des séances, la rythmicité, le prix…
- Poser des questions dès la première séance et si vous avez des doutes, si vous ne vous sentez pas en confiance, vous pouvez aller en voir un autre !

Quel sont les facteurs de réussite dans une thérapie?

- L'alliance thérapeutique : les recherches montrent que l'ingrédient majeur d'une thérapie réussie n'est pas la technique employée mais la bonne relation patient/thérapeute. C'est une rencontre.
- Il faut que le patient soit prêt, qu'il ait **envie** d'entamer un travail sur lui et qu'il se mobilise.
- Le thérapeute et le patient peuvent se donner des objectifs précis.

A-t-on vraiment besoin d'une thérapie si on prend un traitement ?

Les médicaments n'ont pas les mêmes fonctions ni les mêmes effets que la psychothérapie.

- Les traitements médicamenteux permettent d'améliorer voire de faire disparaître les symptômes.
- La prise de médicaments ne remplace pas un travail sur soi. La psychothérapie est souvent complémentaire, elle s'attaque aux causes profondes du mal. Elle va prolonger et consolider les effets des médicaments. Elle peut également prévenir des rechutes.

Quelles sont les différentes thérapies ? :

1. La psychanalyse et les techniques psychanalytiques

La psychanalyse:

C'est un travail qui fait appel à l'inconscient. Et qui se base sur l'idée que les difficultés que rencontre le patient ont des origines dans les conflits irrésolus de l'enfance.

Le thérapeute invite la personne à dire ce qui lui vient spontanément à l'esprit et à associer les idées comme elles viennent. De son côté, l'analyste écoute avec une attention flottante qui permet de faire des associations. Il doit faire preuve d'une neutralité bienveillante et éviter la suggestion.

Cette approche utilise également l'interprétation des résistances du patient pendant les séances, l'interprétation des rêves et du transfert du patient vers le thérapeute.

Le cadre : Le divan (la position allongée favorise la relaxation), deux à trois séances par semaine, de 20 à 45mn. Durée : environ 5ans, voire 10 ans et plus.

Indications : comprendre un symptôme, une souffrance. Personne en situation de mal être ou bien qui souhaite entamer un travail pour mieux comprendre son fonctionnement.

Il y a plusieurs courants psychanalytiques (freudien, lacanien, …). Avant d'entamer une psychanalyse, se renseigner sur les différentes écoles.

La thérapie d'inspiration psychanalytique :

Elle est principalement influencée par la psychanalyse. Mais elle s'adapte aux exigences du monde moderne. Plus courte, moins de séances hebdomadaires, plus d'intervention du thérapeute.

Elle vise une transformation du patient en profondeur et sur la durée

Le cadre : traditionnellement le divan, mais de plus en plus en face à face. Une séance par semaine, 45mn, durée environ 3 ans.

Important : Beaucoup de psychologues d'orientation analytique proposent ce type de thérapies, tous ne sont pas psychanalystes, leur poser la question.

Les thérapies de soutien visent à renforcer les mécanismes d'adaptation actuels. Objectif : aider une personne à comprendre une situation de crise et s'interroger sur ses capacités d'adaptation à la réalité. Exemple : deuil, maladie, traumatisme.

Le psychodrame :
Il s'agit d'une psychothérapie par « dramatisation », c'est-à-dire par l'intermédiaire du jeu de théâtre. Elle se pratique sous forme individuelle, individuelle en groupe et en groupe. Ce dispositif comprend un psychothérapeute qui est le meneur de jeu et des co-thérapeutes qui peuvent participer au jeu de rôle. Le psychothérapeute va proposer un jeu de rôle adapté à la problématique du patient. Le patient choisit lui- même les autres protagonistes de sa scène (co-thérapeutes et/ ou autres patients). Ce medium convient particulièrement aux enfants, et aux patients ayant des difficultés à s'adapter à un cadre thérapeutiques rigoureux.

2. La thérapie comportementale et cognitive (TCC) :

C'est une thérapie directive visant à faire prendre conscience de ses comportements inadaptés et à les critiquer, en analysant les pensées et émotions qui provoquent ces comportements.

Le principe de base est qu'il n'y a pas de pensée sans émotion et vice-versa.

Cette thérapie vise à identifier et modifier les mauvaises habitudes du patient avec la mise en situation. Le thérapeute, actif et directif, formule une hypothèse qui sert de "contrat" thérapeutique. Il encourage le patient à s'affirmer et à renoncer à ses croyances irrationnelles.

Thérapie brève de 6 mois à 2 ans.

Indications : corriger un comportement, une peur, une obsession, une inaptitude, trouble de l'estime de soi.

L'approche TCC ne s'oppose pas à la psychanalyse. Basée sur les situations, elle permet de traiter directement et rapidement la souffrance mais, à terme, le patient peut entreprendre une thérapie plus approfondie et globale pour donner du sens à son mal-être. Cette approche est décrite plus en détail dans la seconde partie du chapitre.

3- Les thérapies humanistes:

Les psychothérapies humanistes sont nées aux U.S.A. à partir des années 50. Il s'agit de remettre l'homme au centre de la psychologie, devenue de plus en plus scientifique. L'approche centrée sur la personne de **Carl Rogers** (1902- 1987) met l'accent sur le fait que « **chaque être humain a les ressources intérieures nécessaires à son développement personnel ».** Le thérapeute doit faire preuve d'empathie envers le patient et ceci dans une bienveillance inconditionnelle. Thérapeute et patient sont dans l'acceptation de soi et de l'autre afin de permettre l'authenticité (principe de **congruence**) de la relation thérapeutique. Le thérapeute peut partager quelques facettes de son vécu avec le malade (principe de **transparence**). Cette méthode a pour but de permettre au patient à mieux se connaitre et s'accepter dans sa totalité (appréciation organismique = acceptation de soi dans la totalité de son organisme biologique et psychique)

4. L'approche dite de la pleine conscience (mindfulness).

Il s'agit de techniques issues de pratiques méditatives Bouddhistes dont on a extrait toute connotation spirituelle ou religieuse. Ces techniques ont été développées en milieu universitaire dans le cadre de recherches sur la réduction du stress (travaux de John Kabatt Zinn).
Cette approche a aussi été développée en groupe dans le cadre de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience comme prévention de la rechute dépressive par Zindel Segal (Toronto), psychologue cognitiviste (dans les années 90-2000).

C'est une thérapie de l'ici et du maintenant consistant à vivre pleinement les ressentis provoqués par son propre corps et par l'environnement.
Le principe : être présent et bienveillant. Etre présent à soi et au monde.
La pratique régulière de cette forme de méditation permet de se centrer sur les sensations présentes sans porter de jugement ni se laisser entrainer dans des ruminations.
Indications : cette approche est utilisée pour la prévention de rechutes dépressives et pour apprendre à mieux gérer son stress.
On distingue les approches **MBSR** (Mindfulness-Based Stress Reduction) pour la gestion du stress et de l'anxiété et **MBCT** (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) plus particulièrement adaptée à la dépression.

Les thérapeutes MBCR et MBCT sont le plus souvent à la base professeurs de Yoga, sophrologues, psychiatres ou psychologues.

5. La psychoéducation/Education thérapeutique :
« Mieux comprendre sa maladie pour mieux se soigner ». Informer le patient sur sa pathologie et les comportements appropriés pour une adaptation optimale. Cette approche, actuellement appliquée principalement aux troubles de l'humeur, aux addictions et aux schizophrénies, concernait à l'origine les maladies chroniques comme l'asthme et le diabète. Mieux savoir pour mieux se soigner. Elle est toujours associée à une psychothérapie.

6. L'EMDR

Découverte par hasard en 1987 par une psychologue, Francine Shapiro, l'EMDR postule qu'une anxiété d'origine traumatique peut disparaître grâce à des mouvements oculaires. Au fil des ans et des chocs vécus, certaines informations traumatiques ne sont pas traitées et donc pas mémorisées. L'objectif de l'EMDR est de donner du sens et de la conscience aux affects douloureux en favorisant le transfert d'information entre cerveau affectif et cognitif.

7. Les thérapies d'orientation corporelle:

Relaxation, sophrologie, hypnose....

Exemple : La *danse thérapie* - Travail sur les sensations en lien avec les émotions. Le mouvement doit servir à prendre conscience de ce que le corps exprime comme émotions. Le sujet apprend à connaitre ce qu'il communique aux autres par le biais de ses mouvements et gestes.

8. Les thérapies systémiques, thérapies de couple
Le problème d'une personne peut venir d'un dysfonctionnement familial. L'équilibre du patient dépend en grande partie des relations, passées ou présentes, qu'il entretient avec sa famille. Ces

thérapies mettent l'accent sur les interactions familiales, visent à dénoncer les modes d'échanges pathogènes et à rétablir une communication claire entre les membres de la famille.

9. Analyse transactionnelle

L'analyse transactionnelle (aussi appelée AT) est une théorie de la personnalité et de la communication. Elle postule des « états du Moi » (Parent, Adulte, Enfant), certains authentiques, d'autres provenant de l'enfance (agir, penser, ressentir comme ses parents), analysés à travers les échanges relationnels, appelés « transactions ». Cette théorie a été fondée par **Éric Berne**, médecin psychiatre américain, dans les années 1950 à 1970.

10. P.N.L (Programmation Neuro-Linguistique)

La Programmation Neuro-Linguistique est centrée davantage sur l'expérience que sur la théorie en ce qui concerne la communication et le changement. Apparue dans les années 1970 aux États-Unis, la P.N.L. peut se résumer comme une certaine « façon de regarder le monde ».

La Programmation Neuro-Linguistique est en premier lieu essentiellement constituée par la « modélisation ». Il s'agit d'observer les comportements de réussite, d'en déterminer les conditions de succès et de les reproduire au mieux. La modélisation PNL concernait des gens repérés pour leurs talents : d'abord des thérapeutes, et s'est ensuite étendue à des inventeurs, des sportifs, des managers, des artistes, des étudiants ou bien encore des informaticiens.

Exemple de prise en charge de phobie sociale fonction des différentes approches thérapeutiques

A partir d'un cas concret de psychopathologie, nous allons voir comment chacune des approches exposées ci-dessus va prendre en charge le patient.

La phobie sociale :

Définition (DSM IV) : Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.

L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.

Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.

L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situations(s) sociale(s) ou de performance redoutée(s) perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

Cas d'André :

André, 25 ans, est très angoissé à l'idée de se trouver en société. Il est de nature introverti et évite toute vie sociale. Il fait des études d'architecte qui permettent un travail assez solitaire. Mais il

doit bientôt présenter son projet devant un jury. Il est dévoré d'angoisse un mois avant la date de présentation. La veille et le jour de la présentation, André est pris d'une attaque de panique (vertiges, sudation engendrés par l'angoisse d'être confronté à des personnes dont il sera le centre d'attention). Son attaque de panique est telle qu'il est incapable de sortir de chez lui et ne se présente pas à son examen.

→ Les méthodes psychanalytiques :

La cure psychanalytique : va tenter de faire prendre conscience à André que sa phobie sociale est un mécanisme de défense qui a émergé en réponse à une angoisse infantile dont il n'a plus conscience (refoulée). Ainsi, les attaques de panique et la phobie sociale sont des symptômes en réaction à l'activation inconsciente d'un conflit infantile, ou plus précoce. Il va bien sûr falloir du temps avant de repérer l'origine de l'angoisse. Ce qui va aussi prendre du temps, c'est d'admettre que l'angoisse prend sa source dans un conflit infantile (complexe d'Œdipe ou angoisse archaïque de séparation).

Selon la théorie freudienne, il y a deux origines à l'angoisse :

- l'angoisse automatique qui correspond à la détresse du nourrisson lorsque sa mère ne répond pas à ses besoins vitaux. L'angoisse est ici ressentie face à un danger imminent. Plus tard, certains types de situations dans lesquelles le sujet se sent en détresse peuvent réactiver cette angoisse signale (dite primaire).

- L'angoisse signale = qui est une angoisse anticipatrice d'un danger, une appréhension. Elle émerge suite à l'angoisse automatique de façon adaptative.

Les autres types d'angoisses (castration, morcellement, perte, mort…) procèdent de ces deux d'angoisses fondamentales.

Dans une autre perspective, la théorie jungienne va s'attacher à comprendre ce que symbolise le symptôme et la situation qui le provoque. L'objectif étant de comprendre ce qui fait obstacle au processus d'individuation (autonomisation) du jeune homme.

Le psychodrame = jeu de mise en situation avec repérage des réactivations du conflit infantile dans la situation actuelle.

André va pouvoir demander à jouer son rôle dans une situation d'examen. Le thérapeute meneur devra identifier les mouvements psychiques d'André (résistances, mécanismes de défense). Les co-thérapeutes et les participants pourront repérer les faiblesses d'André afin de l'aider à comprendre son fonctionnement à surmonter son angoisse.

André, dans un désir de changement peut aussi choisir de jouer le rôle d'un membre du jury afin de voir si ses craintes sont les mêmes lorsqu'il est évaluateur et non plus évalué.

→La thérapie humaniste :

Le thérapeute va entrer en empathie avec le sujet et vivre avec lui l'émotion suscitée par la situation. C'est le partage de l'émotion entre le patient et le thérapeute qui va aider à dépasser le symptôme. Le thérapeute va communiquer au patient ce qu'il a vécu et compris de l'émotion de son patient afin d'échanger un éprouvé qui va pouvoir être vécu, compris et anticipé par le biais de l'empathie.

Le thérapeute va dire à André qu'il a ressenti la même angoisse que lui en situation d'interaction sociale. Il va lui apprendre à accepter cette angoisse qui fait partie de lui avant d'entrer en relation avec l'autre. Le but est de faire de cette peur une singularité dont André doit s'accommoder pour la rendre vivable.

→La thérapie systémique :

La famille d'André a toujours fait en sorte de lui éviter des situations angoissantes, et s'est organisée en fonction de ses attaques de panique (pas d'activité sociale, la mère d'André s'occupait de toutes les démarches qui effrayaient son fils (papiers administratifs, inscriptions à la fac, etc…). Pour éviter à André d'être mal à l'aise en groupe, le père a toujours proposé à André des loisirs qu'ils pouvaient effectuer tous les deux.

La thérapie systémique va repérer le mode de fonctionnement familial qui s'est organisé (systémisé) autour du symptôme d'André, et qui ne se rend même plus compte des efforts que cela sous- tend.

Thérapeutes et co-thérapeutes vont aider la famille à se réorganiser en dehors du symptôme qui a contaminé la famille, pour aider André à être plus autonome face à son trouble et à sa prise en charge.

Zoom sur les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)

Alors que la psychanalyse se penche sur les conflits inconscients qui nous habitent, souvent depuis l'enfance, les TCC s'intéressent principalement à nos *comportements observables* actuels.

Cette méthode a pour objectif d'aider le patient à prendre conscience de ses comportements inadaptés face à une **situation** donnée et à les critiquer, en analysant les **pensées** et **émotions** qui provoquent ces **comportements**.

Le principe de base est qu'il n'y a pas de pensée sans émotion et vice-versa.

L'émotion naît dans le corps et constitue toujours le signal d'un manque (émotion négative) ou d'une satisfaction (émotion positive).

Une émotion peut être d'origine :

- **externe** : réaction directe à un stimulus de l'environnement (peur, colère, joie, etc.). Elle survient alors avant la pensée (éclair avant tonnerre)
- **interne** : provoquée par une pensée **volontaire** (ex : *je repense au jardin de ma grand-mère et je suis nostalgique*) ou **involontaire** (association d'un fait passé avec la situation présente (« *j'ai peur de cet homme qui crie, il me rappelle mon instituteur si sévère* »).

Le rôle principal d'une émotion est d'attirer notre attention sur une situation ou une pensée qui perturbe notre équilibre somatique ou psychique. Le rôle de la pensée est d'interpréter l'émotion, d'en définir la nature et la source puis d'élaborer un comportement (verbal ou moteur) visant à supprimer l'émotion si celle-ci est négative ou à la prolonger si l'émotion est positive.

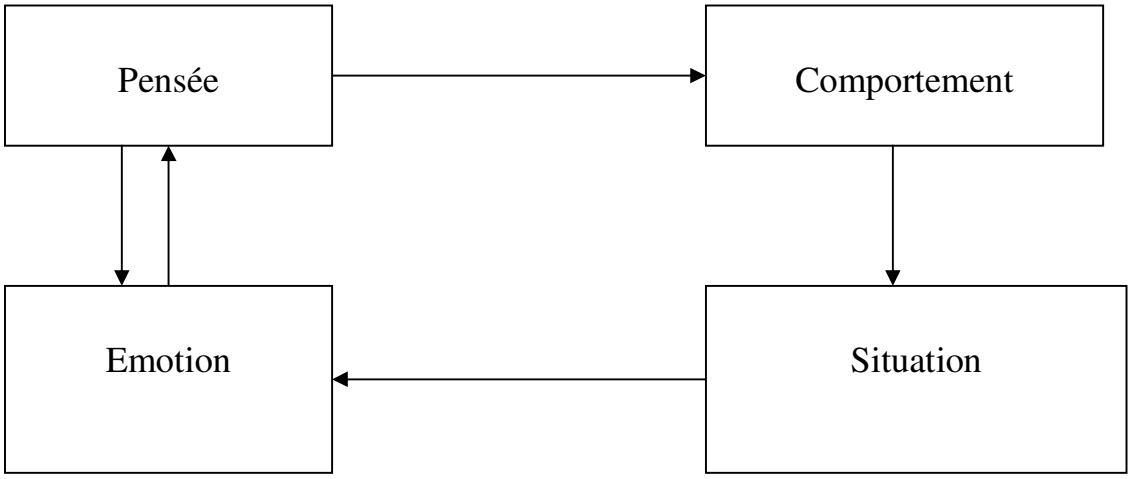
Un comportement volontaire est toujours le résultat d'une telle succession de pensées et d'émotions.

Exemples :

« *Je prends le thé avec cette charmante personne, je me sens bien, je voudrais que ce moment dure toujours, j'essaie de prolonger au maximum notre conversation* ».

« *L'homme qui s'approche de moi m'inspire de la peur, je le trouve inquiétant, je préfère changer de trottoir* »

Une pensée va provoquer une émotion qui, elle-même va donner lieu à une autre pensée, etc.



Mais la pensée n'est pas objective et ne reflète pas toujours la réalité. Entre l'événement déclencheur et la pensée consciente donnant un sens à cet événement, il y a toujours un filtre psychique inconscient. Il s'agit d'une **interprétation**, fruit de notre personnalité, de nos **expériences passées**, de **notre éducation** mais également de notre **humeur** présente.

On appelle ***distorsion cognitive*** le processus psychique inconscient visant à déformer les événements que nous vivons et à les percevoir de manière erronée. Il existe plusieurs types de distorsions ; citons par exemple l'inférence arbitraire (conclusions hâtives sans preuve), *l'abstraction sélective* (ne porter attention qu'aux détails négatifs), la *surgénéralisation* (tirer une conclusion à partir d'un fait isolé), la *maximisation* ou *minimisation* (exagérer ce qui ne va pas et négliger ce qui va bien), les pensées dichotomiques (noir ou blanc, tout ou rien). Cette distorsion des faits donne lieu à des **pensées dysfonctionnelles**.

Exemple d'abstraction sélective : « *Mon intervention dans cette conférence doit être ennuyeuse à en mourir, une personne du troisième rang s'est endormie* ». Il serait plus juste de voir que le reste de l'auditoire écoute, et de penser que la personne qui s'est endormi était juste fatiguée.

Le filtre qui cause ces interprétations erronées est profondément enfoui dans notre personnalité. On l'appelle ***schéma cognitif***. Il détermine l'orientation fondamentale de nos pensées : « *Au fond, je ne vaux rien* », « *Si les choses ne vont pas comme je le souhaite, ce sera la catastrophe* », « *Pour être aimé je dois toujours être parfait* », « *Si je me montre comme je suis, tout le monde me rejettera* ».

Quel rôle vont jouer les TCC ?

Les TCC vont vous aider dans un premier temps à identifier ces pensées dysfonctionnelles qui déclenchent et entretiennent des émotions pénibles et à adopter des comportements plus appropriés pour atténuer ces émotions ou empêcher leur survenance.

Dans un second temps, le thérapeute va s'attacher à identifier la nature des processus cognitifs (distorsions) qui déforment les pensées puis les schémas cognitifs profonds à l'origine de ces processus.

Le but n'est pas de remplacer ces schémas par d'autres plus adaptés, l'être humain est incapable de changer à ce point. L'objectif est double : d'une part assouplir les schémas cognitifs, en acceptant par exemple d'être parfois imparfaits et, d'autre part, prendre conscience de la manière dont nous déformons nos perceptions (« *j'ai tendance à exagérer mes torts* », « *je ne vois que le côté négatif des choses* », etc.).

Par quels moyens ?

Le thérapeute va vous demander de dresser un tableau à 4 colonnes (tableau de Beck) – Situation – Emotion – Cognition (pensée) – Comportement) recensant les situations déclenchant des comportements inadaptés, avec les émotions et les pensées qui accompagnent cette situation ainsi que le comportement inadapté qui en résulte. (Situation, émotion ressentie, pensées, comportement).

Exemples illustrant les pensées erronées

Exercice *: Vous assistez à une réunion animée par votre médecin habituel. Le lendemain, il vous croise dans la rue, vous regarde un instant et continue son chemin sans vous saluer. Comment réagissez-vous ?*

La réaction la plus logique est de penser que votre médecin est distrait ou bien a des soucis, que vous n'êtes nullement en cause. Vous pouvez également penser que c'est un goujat ou qu'il s'intéresse si peu à ses patients qu'il ne les reconnaît même pas le lendemain. Dans tous les cas, vous lui attribuerez à juste titre la responsabilité de cette situation et vous n'éprouverez aucune émotion négative.

Mais si, par exemple, vous manquez d'estime de vous ou si votre humeur est sombre, votre filtre interne peut déformer votre perception objective de la situation et provoquer des pensées dysfonctionnelles telles que « *je suis si transparent(e) qu'il ne m'a même pas remarqué(e) lors de la réunion* » ou « *mon intervention d'hier a été tellement nulle qu'il m'en veut et refuse même de me saluer* ». Vous placez alors la responsabilité sur vous-même et ressentez une émotion négative (honte, sentiment d'abandon, vexation). Si vous êtes suffisamment affirmé, il vous sera possible de mettre fin à cette émotion en adoptant un comportement positif, par exemple en saluant vous-même votre médecin de façon appuyée. En général, ce dernier prendra conscience de son manquement et répondra à votre salut, peut-être en s'excusant de sa distraction. Mais si vous manquez d'affirmation de soi, vous ne direz rien et resterez sur cette émotion négative qui viendra renforcer votre manque d'estime de vous-même ou votre humeur négative.

Tableau de Beck initial

Situation	Emotion	Pensée	Comportement
Mon thérapeute me croise sans me saluer	Tristesse	Je suis si transparente que même mon thérapeute ne me reconnaît pas dans la rue	Aucun, je subis comme d'habitude cette situation humiliante

Tableau de Beck après analyse

Situation	Emotion	Pensée alternative	Comportement alternatif
Mon thérapeute me croise sans me saluer	Neutre	Il est dans ses pensées	Si j'ai un doute, je vais le saluer de façon un peu plus explicite

<u>Jeu de rôle</u> : Une patiente surconsomme de l'alcool lorsqu'elle est seule chez elle et que son mari est en déplacement professionnel. Dans cette situation, elle ressent une impression de tristesse, d'abandon, de jalousie. Elle se dit que l'alcool l'aidera à chasser ces sentiments et consomme jusqu'à tomber dans le sommeil.

En séance, son thérapeute l'amène à préciser les émotions ressenties, notamment la jalousie et la tristesse. Elle pense en fait que son mari ne l'aime plus car, il y a quelques années, il l'appelait chaque soir quand il était en déplacement. Maintenant, il ne lui téléphone plus. Elle le soupçonne même de le tromper, d'où sa jalousie.

En fait, les dernières fois que son mari l'avait appelée, il avait eu l'impression de la déranger, ça l'avait agacé et c'est la raison pour laquelle il n'appelait plus.

Le thérapeute va essayer d'amener la patiente à verbaliser les pensées dysfonctionnelles et à imaginer des pensées alternatives ainsi que des comportements mieux adaptés (parler à son mari plutôt que de noyer son chagrin…)

Autre exemple *: Patient hospitalisé pour épisode dépressif, aujourd'hui en voie d'amélioration. Il se plaint à son médecin que ses amis ne viennent pas le voir et le laissent tomber alors que quand tout allait bien il les couvrait de bienfaits (invitations, cadeaux, attentions diverses, etc.). En fait, depuis son hospitalisation, le patient est très lourd : il inonde ses amis de SMS et d'appels en se plaignant de son état. Ceux-ci sont désarmés car ne sachant pas trop que dire et comment réagir. Ils ont même un peu honte d'être en bonne santé et se protègent (plus ou moins consciemment) en évitant tout contact.*

Le thérapeute va faire émerger la vraie raison de ce silence et conseiller au patient d'être plus léger, de suggérer simplement à ses amis de venir le voir pour profiter du parc et d'un bon moment.

Par un jeu de questions (maïeutique socratique ou flèche ascendante), le thérapeute va vous aider à formuler des pensées alternatives plus positives et proches de la réalité.

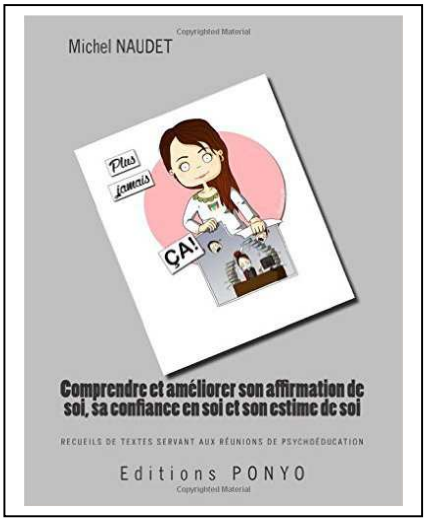
Biblio :

Bien choisir sa psychothérapie, Comment s'y retrouver dans la galaxie psy ? **Sylvie et Pierre Angel, Edition Larousse, 2010**

http://www.aftcc.org/ Site de l'Association Française de Thérapies Cognitives et Comportementales

http://www.ff2p.fr/ Syndicat national des psychologues

Un recueil complet des textes relatifs aux thèmes abordés lors des réunions est disponible sur Amazon (taper « amazon naudet estime » dans Google ou bien aller sur mon site pour accéder à la commande).



Michel Naudet, Psychologue Clinicien, 2017 **www.mnaudet-psy.com** michel.naudet@gmail.com

Réunions Affirmation/Estime de soi

Cycle Avril-Juin 2016

Michel Naudet, Psychologue

Le mercredi de 16h30 à 18h30, salle de réunion des communs

(participation soumise à autorisation de votre psychiatre)

	6/4	La psychothérapie : par qui et pour qui ? Différentes approches
Nouveau cycle		
1	**13/4**	Affirmation de soi, confiance en soi, estime de soi… Etes-vous concerné ?
2	**20/4**	L'affirmation de soi : savoir dire « non » et autres difficultés
3	**27/4**	La confiance en soi
4	**4/5**	Estime et Amour de soi
5	**11/5**	Apprendre à mieux se connaître
6	**18/5**	Acceptation de soi et lâcher prise
7	**25/5**	Mieux communiquer : l'empathie
8	**1/6**	Identifier et gérer ses émotions
9	**8/6**	Le sentiment de culpabilité
10	**15/6**	Peut-on changer sa personnalité ?
11	**22/6**	La procrastination (remettre au lendemain)
12	**29/6**	Qu'est-ce que le bonheur ?