

Université Catholique de Louvain
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation



**Présentation du cas de Mlle C. : sentiment
d'influence et anxiété sociale**

Jérôme Beerten

Promoteur : François Nef

Travail de fin de formation présenté en vue de l'obtention du Certificat en
Psychothérapie – Interventions et évaluations psychologiques

Année académique 2019-2020

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur François Nef d'avoir accepté d'être mon promoteur. Mais aussi pour ses précieux conseils, sa clairvoyance, et la légèreté qu'il a distillée tout au long de notre formation.

Je remercie Madame Céline Douillez d'avoir accepté d'être lectrice de ce travail et pour les précieuses connaissances et conseils avisés dont l'utilité m'apparaît chaque jour au contact de mes patients.

Je tiens ensuite à remercier l'ensemble de l'équipe formatrice, qui m'a permis d'aiguiser et d'affûter mes perceptions et compréhensions de mon métier, et je le crois, devenir meilleur thérapeute.

Je remercie finalement chaque participant de ma cohorte, qui au-delà de leur sympathie et leur bienveillance, m'ont interpellé chacun à leur manière.

Enfin, l'année 2019 a vu naître Sohane, qui même si elle ne m'a pas aidé à réaliser ce travail, a tout à coup donné du sens à chaque chose.

Table des matières

Introduction.....	5
Contexte de la consultation et analyse de la demande	5
Données générales	6
Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources.....	7
Sentiment d'influence	8
Anxiété sociale.....	8
Ressources.....	8
Concrétisation des problèmes psychologiques	9
Sentiment d'influence relationnelle : description	9
Expérience de Mlle C. en situation.....	9
Coping habituel.....	9
Attribution causale du problème selon Mlle C.	9
Circonstances d'apparition.....	10
Conséquences actuelles.....	10
Anxiété sociale : description.....	10
Expérience de Mlle C. en situation.....	10
Évolution du problème.....	11
Coping habituel.....	11
Attribution causale du problème selon Mlle C.	11
Circonstances d'apparition.....	11
Conséquences actuelles.....	12
Diagnostic psychiatrique.....	12
Anxiété Sociale	12
Diagnostic différentiel : Obsession d'une dysmorphie corporelle.....	13
Conceptualisation de cas holistique	13
Hypothèses concernant le développement et le maintien des difficultés de Mlle C.....	14
Modélisation holistique.....	18
Analyse processuelle.....	19
Sentiment d'influence	19
Anxiété sociale.....	21

Processus identifiés	23
Modèle de Rapee & Heimberg (1997).....	24
Plan thérapeutique.....	26
Ce qui a été fait	26
Le perfectionnisme.....	26
Les ruminations.....	27
Écart entre les sois	27
Sentiment d'influence	28
En projet thérapeutique	29
Groupe d'affirmation de soi.....	29
Groupe de méditation de pleine conscience.....	29
Exposition à la honte.....	29
Évaluation thérapeutique	29
Bibliographie.....	30

Introduction

Il n'est pas facile en quelques pages d'exposer la complexité et la richesse d'une relation thérapeutique s'étalant sur de nombreuses heures d'échanges. Lorsque j'ai choisi la situation de Mlle C. pour effectuer ce travail, je pensais avoir trouvé la patiente idéale, compliant et régulière, déterminée et efficace. J'ai un peu déchanté en voyant la liste des symptômes et de leur intensité mesurés grâce à la batterie de test de la plateforme du Louvain Experimental Psychopathology. Je me suis demandé si j'avais choisi la bonne patiente, et si j'allais réussir à comprendre quelque chose de ce qu'elle vit, mais surtout à l'aider.

J'espère rendre ici quelque chose de la complexité, sachant que tout ne peut être retranscrit. Elle m'a amené à m'intéresser à un concept subtil à mes yeux : le sentiment d'influence.

Contexte de la consultation et analyse de la demande

Mlle C. a pris contact avec le centre PEPS-E – Psychothérapie Et Pratiques Spécialisées – Emotions afin d'entamer une psychothérapie, le secrétariat l'a dirigée vers moi. Nous prenons un premier rendez-vous début novembre 2019.

Mlle C. n'a pas une idée claire de son ou ses problèmes, c'est pourquoi nous débutons ce premier entretien avec l'idée de comprendre sa demande ainsi que le ou les problèmes auxquels elle est confrontée. Nous n'avons pas de plan a priori pour ce premier entretien, nous lui proposons donc de dire ce qui lui semble nécessaire afin que nous comprenions sa demande.

Voici, pêle-mêle, les premiers éléments qu'elle présente.

Elle dit avoir un manque de confiance en elle au point d'avoir passé un test de quotient intellectuel il y a cinq ans, car elle se trouvait conne (sic). Si depuis lors, cela s'améliore dit-elle, d'autres mécanismes se mettent en place, comme de la jalousie par exemple, qu'elle éprouve envers sa « belle-sœur » ou sa « belle-mère » (respectivement sœur et mère de son petit copain).

Mlle C. dit d'emblée avoir envie d'être plus parfaite. Elle a perdu du poids en cinquième secondaire et le regard des autres sur elle a changé positivement. Suite à cela, elle a commencé insidieusement un « rituel du miroir », c'est-à-dire qu'elle s'observe, se scrute afin de déceler

les imperfections et les changements au fil du temps. Elle se prend en photo pour voir l'évolution.

Petite, sa mère la comparait tout le temps et lui donnait une impression de « ce n'est pas normal ». Elle a une relation difficile avec elle mais tente de l'améliorer.

Elle se dit sensible aux sarcasmes, à l'ironie et aux petites moqueries ambiguës, notamment dans sa belle-famille.

Mlle C. dit avoir un problème avec son image depuis l'âge de dix ans en raison d'une puberté précoce. De plus, elle dit n'avoir jamais vraiment trouvé sa place dans un groupe, avoir toujours été en retrait, parlant peu, se sentant différente et renfermée. En primaire, elle faisait partie d'un groupe de garces (sic) qui harcelaient les autres filles. Elle avait mal pour la personne mais regardait sans rien faire, de peur d'être rejetée et exclue du groupe comme c'était arrivé à d'autres auparavant.

Vers 16 ans, elle a eu quelques comportements d'automutilations (coupures, coup de genoux dans le mur en espérant qu'il casse, un œil au beurre noir avec une brosse à cheveux), et des comportements à risque en couchant avec des garçons qu'elle ne connaissait pas. Elle avait l'impression de ne mériter que ça.

Mlle C. avait déjà consulté une psychologue suite à des difficultés à s'alimenter qu'elle explique liées au fait que sa cousine se soit étouffée avec une chique napoléon. Elle souffrait apparemment d'une phobie de l'étouffement vers dix ou onze ans et cachait sa nourriture. Cela s'est arrêté suite à une thérapie.

Mlle C. voudrait apprendre à s'aimer et se connaître.

Données générales

Mlle C. a 22 ans, est étudiante en 3^e bac en psychologie à l'université.

Au niveau familial, Mlle C. vit chez ses parents et a un frère 4 ans plus jeune (voir figure 1). Elle parle très peu avec ses parents et se renferme car elle a peur de ne pas être écoutée et d'être jugée, surtout par sa mère avec qui la relation est difficile depuis toujours. Son père parle peu, n'est pas démonstratif et travaille beaucoup, ce qui le fait dormir lorsqu'il rentre du travail.

Mais lorsqu'il parle il a « toujours raison ». Sa mère a « pris la place » et se montre intrusive la plupart du temps. Elle résume en disant que son père ne demande rien, sa mère demande trop.

Plus jeune, sa mère la comparait à ses copines, la critiquait concernant son « manque d'élan » pour faire de la danse, ou encore qu'elle n'avait « pas le corps pour faire de la gymnastique ». Ces critiques passées génèrent encore aujourd'hui énormément de rancœur et de haine envers elle. Étant jeune, elle cherchait à plaire à sa mère, que celle-ci soit fière d'elle pour quelque chose. Elle a ressenti cette relation comme un amour conditionnel et elle a le sentiment de ne pas être la fille qu'elle aurait voulue.

Elle a encore ses 2 grands-parents paternels avec lesquels elle a une bonne relation. Du côté maternel, sa grand-mère est acariâtre et « se met tout le monde à dos ». Les grands-parents maternels ont eu leur fille lorsqu'ils avaient 45 (mère) et 55 ans (père), et auraient pris leur fille pour la servante, devant se débrouiller seule pour prendre le bus à 6 ans.

Le parcours scolaire de Mlle C. ne présente pas de problème particulier, elle a toutefois échoué en 4^o secondaire. Par contre, elle évoque des souvenirs difficiles avec une institutrice cassante et humiliante en 3^o primaire.

Mlle C. ne se fait pas facilement des amis, elle a souvent l'impression d'être un peu rejetée, pas bien dans le groupe, ou l'impression de déranger. Elle a eu difficile de créer du lien au scout (jusqu'à 12 ans) car elle se sentait différente et même parfois « mouton noir ». En primaire, elle n'était pas à l'aise de faire partie du groupe dominant, qu'elle a quitté en deuxième secondaire. À l'université, elle a commencé le baptême qu'elle a ensuite abandonné. Elle a toutefois vécu une période positive au niveau de ses relations sociales en 4^o secondaire. L'ambiance dans la classe était conviviale et chaleureuse. Son groupe d'amis actuel est principalement issu de cette classe de 4^o secondaire. Elle a d'ailleurs rencontré son copain actuel à ce moment-là.

Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources

Mlle C. présente un tableau impressionnant de problèmes psychologiques. L'enjeu a été de tenter d'identifier ce qui posait « le plus » problème. Notons de manière non exhaustive : image

du corps, perfectionnisme, ruminations, dépression, anxiété, comportements d'évitement, écart entre les sois, régulation émotionnelle. Nous y reviendrons dans l'évaluation.

Sentiment d'influence

Pour Mlle C., les situations qui déclenchent son mal-être de façon intense se passe en famille ou lorsqu'il y a des invités et que sa mère, par exemple, la présente de manière désavantageuse en exagérant ou tronquant les faits. Sa mère véhicule ainsi une image de Mlle C. dans laquelle elle ne se reconnaît pas, et se sent humiliée. Cela la blesse terriblement et est incapable de réagir adéquatement. Ce type d'événement et la relation difficile avec sa mère depuis son plus jeune âge ont eu un impact sur la construction de son sentiment d'influence (sense of agency). Aujourd'hui, ces situations sont devenues insupportables pour Mlle C.

Anxiété sociale

De manière peu étonnante, Mlle C. est mal à l'aise en situations sociales. Elle les craint mais les affronte néanmoins malgré son stress intense. Elle peut toutefois se sentir moins mal à l'aise avec son groupe d'amis. Depuis son plus jeune âge Mlle C. parle peu en situation sociale. Petite, lorsqu'un adulte lui posait une question, sa mère répondait à sa place, et ajoutait parfois « elle ne parle pas beaucoup » même lorsque Mlle C. était sur le point de répondre.

Place dans le groupe

Ressources

Mlle C. est déterminée à changer, elle a attendu longtemps avant de contacter un psychologue en raison de la honte qu'elle ressent mais maintenant se sent prête. D'ailleurs, elle a confié dès le début de la thérapie des événements honteux et difficiles à partager que bon nombre d'autres patients mettent du temps à déposer, montrant par là sa détermination.

Elle est étudiante en psychologie, ce qui lui donne un avantage pour comprendre certains concepts.

Elle est régulière aux des rendez-vous et s'investit dans les tâches demandées.

Elle peut compter sur son compagnon avec qui elle a une bonne relation.

Concrétisation des problèmes psychologiques

Sentiment d'influence relationnelle : description

Le sentiment d'influence impacte chaque relation et chaque interaction, bien que la relation actuelle la plus problématique de Mlle C. est la relation à sa mère, cela est également source de souffrance si cela vient d'autres personnes de la famille (elle ne décrit pas de situation de ce type avec son copain ou ses amis).

Expérience de Mlle C. en situation

Au niveau des sensations : elle tremble, ne sais plus respirer et pleure parfois très fort.

Au niveau des émotions : elle est en colère, se sent à bout et triste.

Au niveau des pensées : « j'en ai marre, tout le monde me saoule, ils ne comprennent rien, je vais me barrer au moins plus personne ne m'emmerdera, je suis mieux seule, de toute façon ça a toujours été comme ça, c'est toujours de ma faute, si j'étais plus là tout le monde serait plus heureux, je ne suis pas normale, personne ne m'aime on me supporte ».

Au niveau des sentiments : ressenti de haine, se sent coincée, sentiment que rien ne va, se sent très négative, sentiment d'être une enfant qui pique une crise.

Tendance à l'action : « je veux m'enfuir, partir mais je ne le fais pas, je m'enferme seule dans ma chambre pour pleurer, j'ai envie de crier mais je ne le fais pas, je tape dans les murs et je renverse des objets, je me recroqueville sur moi, je prends une peluche dans mes bras, j'ai envie d'être réconfortée mais je rejette mon copain s'il le fait ».

Coping habituel

Mlle C. s'échappe de la situation et s'isole, parfois pendant deux jours. Durant ce temps, elle rumine sur ce qu'il s'est passé, mais aussi ressasse les événements similaires passés qu'elle n'arrive pas à oublier. Elle use de distractions (séries, réseaux sociaux, etc.) et parfois cette période est propice à l'exacerbation de son rituel du miroir.

Attribution causale du problème selon Mlle C.

Mlle C. pense que sa mère ne l'aime pas, et qu'elle a quelque chose de pas normal.

Circonstances d'apparition

Les situations où elle est critiquée ou présentée de manière désavantageuse en famille (avec présence ou non de personnes extérieures). L'intensité est au maximum lorsque les critiques viennent de sa mère, mais son frère et son père ont aussi un impact.

Conséquences actuelles

Immédiates

- Soulagement, sentiment de reprise de contrôle (Échappement, isolement, ruminations abstraites, répression émotionnelle, distractions)

Différées

- Dévalorisation, honte, sentiment d'humiliation
- Baisse d'estime de soi
- Affects dépressifs
- Questionnement identitaire
- Diminution du partage des émotions
- Procrastination
- Envie de fuir, d'abandonner ses études
- Haine nourrie et culpabilité concernant ce sentiment

Anxiété sociale : description

Mlle C. se sent anxieuse dans la plupart des situations sociales vécues. Moins elle connaît les personnes plus cela génère de l'anxiété. Lorsqu'elle est en présence de personne l'ayant déjà blessée précédemment, cela augmente encore l'anxiété.

Expérience de Mlle C. en situation

Au niveau des sensations : boule dans l'estomac, oppression, étranglement quand elle parle.

Au niveau des émotions : nervosité, stress, honte.

Au niveau des pensées : « je ne sais pas quoi dire, est-ce que je l'ennuie ?, pourquoi il me regarde comme ?, j'arrive pas à parler ça me saoule, tu bug encore sur tes mots, allez tu vas y arriver, c'est pas possible je sais pas faire une phrase complète correctement, arrête de stresser, je veux m'en aller, je sais pas quoi répondre, il va rien comprendre à ce que je lui dit ».

Au niveau des sentiments : se sent coincée, inconfort, impression d'être là sans être là (car perd le fil de la conversation), infériorité, impression que les gens veulent être gentils avec moi pas parce qu'ils m'aiment bien ou qu'ils en ont envie mais par pitié.

Tendances à l'action : baisse les yeux, détourne la tête, balance d'une jambe à l'autre, croise les bras, veux fuir mais reste en attendant que la personne mette un terme à la conversation ou qu'un autre événement vienne couper la conversation, je me force à me mettre dans des situations inconfortables.

Évolution du problème

Aussi loin que Mlle C. se souvienne, elle a été mal à l'aise en situations sociales. Notons que les premiers souvenirs de situations sociales difficiles, en famille ou à l'école, coïncident et sont apparus vers l'âge 10 ou 11ans. Avant cette période, elle se percevait et était perçue comme réservée et calme. Depuis 2 ans, elle se force à se mettre dans les situations source d'inconfort et de stress. Elle sait que l'évitement maintient le trouble.

Coping habituel

Malgré tout, elle observe qu'elle rumine très souvent après ces situations sociales en se demandant ce que l'autre a bien pu penser d'elle. Si la situation s'est passée différemment qu'attendu, elle en est affectée, se critique et se dévalorise.

Attribution causale du problème selon Mlle C.

Elle s'est toujours sentie différente étant plus jeune, ayant difficile de trouver sa place dans les groupes. Mais elle pense que sa mère a aggravé la situation en la comparant à sa cousine beaucoup plus avenante, et lorsqu'elle répondait à sa place lorsqu'un adulte lui parlait, alors qu'elle s'apprêtait à lui répondre.

Circonstances d'apparition

Le stress est présent dans la plupart des situations sociales mais augmente en fonction :

- Du degré d'intimité avec l'autre (amis, connaissances, autres étudiants)
- Du caractère public de l'interaction (dans son groupe d'amis, à une fête publique, en rue avec des inconnus)
- Du danger que l'autre personne représente à ses yeux en fonction des expériences passées (sa mère)

- D'une probable évaluation (exposés dans le cadre de ses études)

Conséquences actuelles

Immédiates

- Évitements subtils de type baisser les yeux, détourner la tête, attendre que quelque chose interrompe la situation.

Différées

- Ne crée pas de nouvelles relations
- Diminution du sentiment d'appartenance
- Affects dépressifs

Diagnostic psychiatrique

Anxiété Sociale

300.23 (F40.10)

A. Peur ou anxiété intenses d'un ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

N.B. Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

N.B. : chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou de réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.
- I. la peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (p.ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs

Spécifier si :

Seulement de performance : si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.

Diagnostic différentiel : Obsession d'une dysmorphie corporelle

Bien que Mlle C. aurait probablement pu entrer dans cette catégorie diagnostique, la première intervention sur le perfectionnisme ainsi que le travail sur les valeurs ont permis de supprimer les rituels du miroir. Il lui arrive encore de s'observer, mais elle a arrêté de prendre des photos, et son apparence physique est l'objet de beaucoup moins de préoccupations actuellement selon ses dires.

Conceptualisation de cas holistique

Le sentiment d'influence relationnelle est le processus interpersonnel par lequel les personnes affectent les émotions, les pensées et les comportements d'autres personnes (Huston, 2002, cité par De Mol & al., 2018).

Selon De Mol & al. (2018), le sentiment d'influence peut être divisé en autonomie, construction et action. L'autonomie est l'aspect motivationnel et fait référence à notre besoin de se sentir efficace dans nos interactions avec les autres, afin de se percevoir comme source de nos propres actions. Il ajoute que les personnes peuvent résister aux actions des autres lorsque cela enfreint leur autonomie, mais simultanément rester dépendant des autres afin d'être reconnus dans leur autonomie (p55), mais nous avons besoin d'être reconnu par l'autre pour construire notre propre sentiment d'influence (p.57)

Hypothèses concernant le développement et le maintien des difficultés de Mlle C.

Certaines composantes présentent dans les interactions entre Mlle C. et sa mère (critiques, comparaison, critique des choix scolaire, etc.) ont rendu difficile la construction de son autonomie, en raison du manque de reconnaissance. Par ses remarques, Mlle C. s'est sentie invalidée dans ses aspirations, insuffisante et honteuse.

Par ailleurs, les récits exagérés ou tronqués de nature désavantageuse racontés par sa mère en public (l'aspect public étant aggravant (Torres & Bergner, 2012)) ont probablement généré un sentiment d'humiliation. Hartling et Luchetta (1999) définissent l'humiliation comme un sentiment dysphorique profond associé au fait d'être ou se percevoir comme étant injustement dégradé, ridiculisé, son identité étant abaissée ou dévalorisée. Selon Klein (1991), la dynamique de l'humiliation implique une interaction entre l'auteur de l'humiliation, une victime, un témoin. L'auteur est guidé par un sentiment de pouvoir, la victime se sent dégradée, confuse, impuissante, paralysée, ou agressée. Les témoins peuvent développer une peur chronique de l'humiliation influençant leurs comportements de façon éventuellement plus forte que les victimes. Le concept de l'humiliation prend donc tout son sens dans une perspective relationnelle. Rappelons que Mlle C. a en outre été témoin de nombreuses humiliations lorsqu'elle faisait partie du groupe de fille dominant à l'école primaire.

Hartling (2007) dans sa recherche de compréhension du phénomène d'humiliation a développé des hypothèses basées sur les recherches en neurobiologie de la souffrance sociale (social pain) et de l'exclusion sociale. Eisenberger & Lieberman (2007) définissent le concept de « douleur sociale » comme l'expérience déplaisante résultant de la perception de la distance psychologique entre soi et son entourage ou entre soi et le groupe social d'appartenance. Cet

écart engendre la « souffrance sociale » chez l'individu. Etre rejeté peut induire un manque de conscience de soi (self-awareness), pré-condition à l'auto-régulation, et par un mécanisme d'évitement, les personnes qui vivent une période de rejet social seraient « motivées » à éviter la conscience d'eux-mêmes (Baumeister & al.,2005).

En raison de la diminution de son self-awareness mais aussi afin de répondre au besoin de sécuriser la relation, Mlle C. a probablement cherché à correspondre à ce qu'elle pensait que sa mère voulait d'elle. Malheureusement, par là même, ne se demandait plus ce qu'elle souhaitait pour elle-même. Ces éléments ont pu créer une perte « d'agentivité » dans le sens de Bandura (2001, cité par De Mol & al., 2018) : « human agency refers to the ontological nature of humans as intentionel, self-organising, proactive, self-regulating, and self-reflecting beings who actively contribute to their life circumstances » (p. 54).

Par ailleurs, le mécanisme de l'humiliation (Hartling & al., 2013) consiste à paralyser une cible en déclenchant ses défenses protectrices de honte. C'est précisément ce que l'auteur d'humiliation utilise, même s'il n'y a pas de raison pour que la cible se sente honteuse. Cet effet de paralysie est appelé « effet d'inertie » par Ginges & al., (2008). Ceci est corroboré par ce que Fernandez & al., (2015) appellent « le paradoxe de l'humiliation » qui consiste à accepter une dévaluation injuste du self dans le sens où des tendances à l'action contradictoires sont mobilisées en même temps suite à un événement humiliant et empêche la personne de réagir adéquatement. Les auteurs montrent également que cela engendre davantage de ruminations durant lesquelles la victime ressasse l'événement et rejoue le conflit. Ce type de rumination est décrit par Mlle C. lorsqu'elle dit qu'après les situations de critiques, elle pense à plein de chose qui l'ont blessée et qu'elle n'arrive pas à oublier. Elle rejoue en pensées un hypothétique conflit ouvert où elle dirait enfin ce qu'elle a à dire. Ces événements du passé génèrent encore de la honte aujourd'hui. Les expériences de honte et d'humiliation présentent des « *caractéristiques du traumatisme comme des intrusions, des reviviscences, de l'évitement émotionnel, de l'hyperexcitation, un morcellement du moi et de la dissociation* » (Matos et Al. 2010, p.301).

Selon Tangney (2002) la honte consiste en une appréhension globale négative de soi, contrairement à la culpabilité où on se sent coupable « de quelque chose ». Selon Matos & al. (2002) il convient de distinguer la honte externe, c'est-à-dire la façon dont nous nous voyons

comme existant dans l'esprit des autres, par exemple croire que les autres nous perçoivent négativement ou comme ayant des caractéristiques qui sont peu attrayantes ; de la honte interne qui concerne la façon dont nous nous voyons, y compris les pensées et les sentiments que nous attribuons à nos propres comportements ainsi que les qualités personnelles.

Selon Matos & al., (2010) nos souvenirs honteux constituent un point de référence central dans l'identité de l'individu, point de référence pour faire des inférences et générer des attentes. De plus, selon Matos & al., (2013), la honte externe est en lien avec l'anxiété paranoïde et la honte interne avec l'anxiété sociale.

Selon Hewitt & al., (2017) les éléments tels que la honte et l'humiliation sont des affects pertinents pour le développement du perfectionnisme. Par ailleurs, les auteurs ajoutent que le modèle interne opérant peut donner naissance à l'internalisation de schémas relationnels caractérisés par des états affectifs qui incluent la honte, l'anxiété, la dépression, ou encore la colère. Ces modèles seraient construits sur les expériences (anticipées ou actuelles) d'humiliation, de rejet et d'abandon.

Toujours selon ces auteurs (Hewitt & al., 2017) les chemins menant au perfectionnisme peuvent s'appuyer sur une parentalité sévère, des négligences parentales, des expériences traumatiques et hautement aversives, lorsque l'enfant est idéalisé ou lorsque le perfectionnisme est récompensé.

Par ailleurs, Le perfectionnisme et le soi idéal sont liés de manière proche (Hewitt & Genest, 1990, in Hewitt & al. 2017).

Les remarques, critiques et comparaisons maternelles ont pu avoir un impact sur la construction identitaire et l'autonomie par l'incohérence et l'humiliation ressentie, percevant un risque que son identité lui échappe. Son image sociale et sa construction identitaire, fortement influencée par la manière dont les autres la perçoive, n'est plus sous son contrôle et ne dépend plus de ses propres actions. Au regard de ces éléments, nous posons l'hypothèse que Mlle C. a pu développer un perfectionnisme afin d'éviter la honte et l'humiliation et a engendré un processus de contrôle de son image.

Enfin, le perfectionnisme joue un rôle dans l'anxiété sociale comme le précise Douillez (2016). Mais bien que les pensées auto-critiques n'aient pas été évaluées en tant que telles, au regard

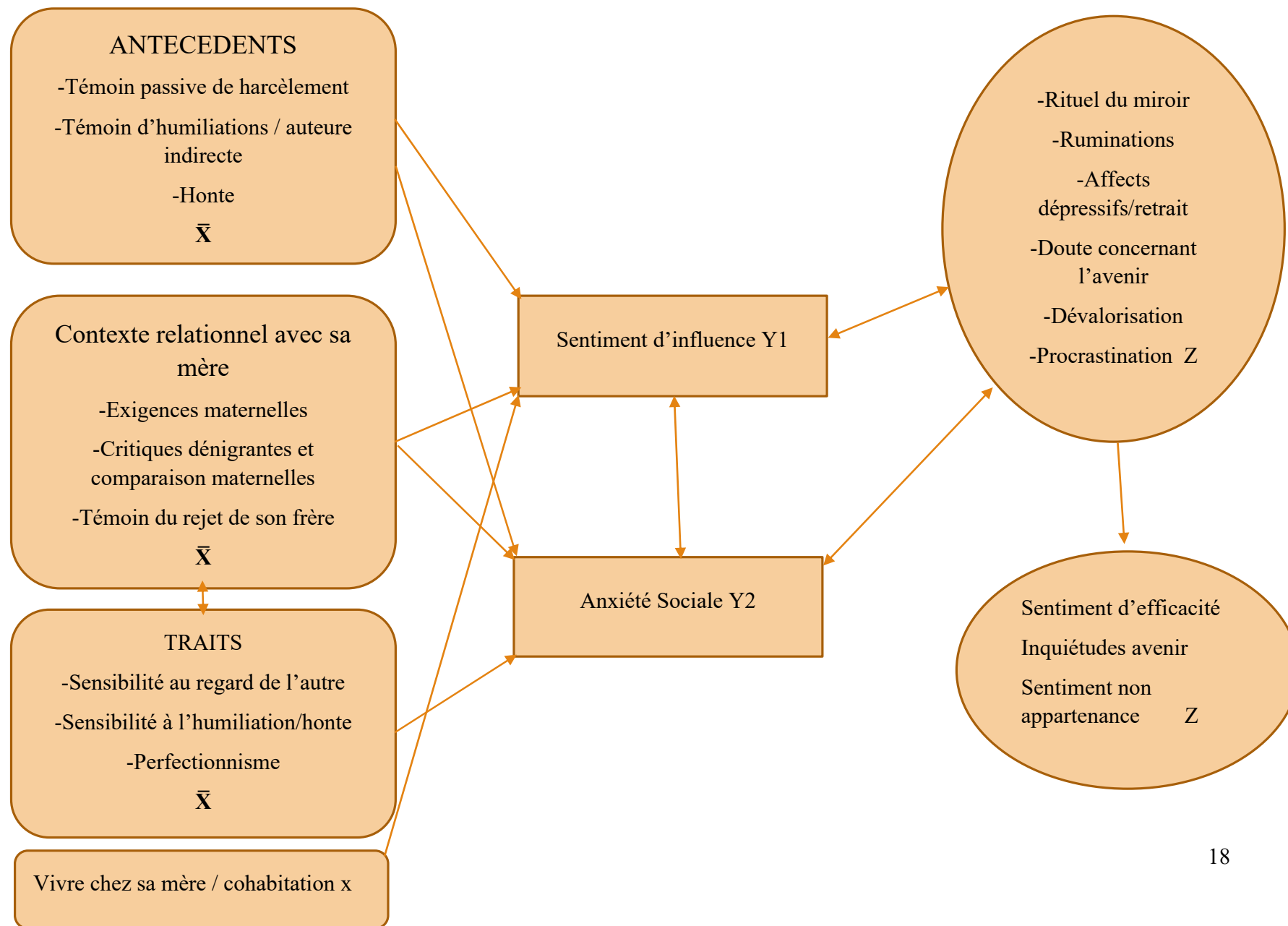
des auto-observations faites par Mlle C., elles semblent assez fortement présentes. Ceci nous conduirait à penser que son perfectionnisme est une complication de son anxiété sociale (Gautreau, 2015), et non un facteur de vulnérabilité à l'anxiété sociale.

Selon Collazzoni et al., (2014) il existe un lien entre humiliation, sensibilité interpersonnelle et dépression. L'humiliation est corrélée avec la sensibilité interpersonnelle et un environnement familial primaire négatif. Les facteurs de résilience (comme le support social) agissent comme un « Buffering effect » et peuvent contrer les effets d'un environnement primaire négatif et protéger du développement de troubles mentaux à l'âge adulte. Toujours selon Collazzoni et al., l'« anger-hostility » est une réaction normale dans les situations de rejet et d'humiliation mais les personnes dépressives pourraient ne pas avoir la capacité de se défendre (internalisation) tandis que les personnes non dépressives maintiennent cette capacité (externalisation).

Il existe également une relation forte entre anxiété sociale et dépression (Ingram, Ramel, Chavira, & Cher, 2005).

Les ruminations abstraites font l'objet d'une attention particulière, puisqu'elles constituent un médiateur de la relation entre les préoccupations perfectionnistes et la réactivité négative (Kornacka & Douillez, 2014), mais également un médiateur de la relation entre les préoccupations perfectionnistes et les symptômes dépressifs (Di Schiena, Luminet, Philippot, & Douillez, 2012).

Modélisation holistique



Analyse processuelle

Sentiment d'influence

Antécédents		Processus psychologiques	Processus psychologiques	Conséquences	
Contexte	Stimuli			Immédiates	Différées
Familial	Critiques, propos désavantageux	<p>Processus motivationnel Motivation contrôlée Peur d'une évaluation négative</p> <p>Processus cognitifs Anticipations anxieuses Crainte de la honte, de l'humiliation</p> <p>Croyance impérative : je dois avoir une bonne relation avec ma mère</p> <p>Perfectionnisme</p> <p>Locus de contrôle externe</p> <p>Processus Interpersonnel</p> <p>Processus émotionnel Répression et déni</p>	Sentiment d'influence	<p>Échappement (+S-)</p> <p>Ruminations abstraites : (+S-) « pourquoi ma mère fait-elle ça ? » Biais interprétatifs « elle fait ça pour me faire du mal » « elle fait ça parce qu'elle ne m'aime pas »</p> <p>Réactivité émotionnelle (-S-) « Tristesse, colère, rage, casse des objets »</p> <p>Évitements : distractions « Série, réseaux</p>	<p>Retrait social Diminution partage des émotions</p> <p>Dévalorisation : honte, sentiment d'humiliation, baisse estime de soi</p> <p>Questionnement identitaire ?</p> <p>Procrastination</p> <p>Diminution sentiment efficacité</p> <p>Négativité, irritabilité, susceptibilité</p> <p>Augmentation écart entre les sois</p>

		Processus de réponse émotionnelle Tendance à la soumission		sociaux, etc. » et suppression émotionnelle (-S-)	Augmentation du perfectionnisme orienté vers soi Contrôle retrait : envie de fuir la famille/arrêter ses études/tout recommencer ailleurs Contrôle rituel de l'image corporelle (+S-) Affects dépressifs
--	--	---	--	--	--

Anxiété sociale

Antécédents		Processus psychologiques	Problème psychologique	Conséquences	
Contexte	Stimuli			Immédiates	Différées
Familial	Critiques, propos désavantageux	<p>Processus motivationnel Motivation contrôlée Peur d'une évaluation négative</p> <p>Processus cognitifs Anticipations anxieuses Pensées automatiques auto-critiques Biais d'attention sur les sensations physiques et sur les signaux menaçants</p> <p>Processus métacognitifs de type 1 Vision de soi de l'extérieur</p> <p>Métacognitif de type 2 Schéma de vulnérabilité</p> <p>Perfectionnisme</p> <p>Processus interpersonnel</p> <p>Conditionnement classique référentiel</p> <p>Locus de contrôle externe</p>	Anxiété sociale	Comportements sécurisants : Evitements (-S-) Ruminations abstraites : (+S-) Suppression émotionnelle	Retrait social Diminution partage des émotions Dévalorisation : honte, sentiment d'humiliation, baisse estime de soi Questionnement identitaire Procrastination Diminution sentiment efficacité Augmentation écart entre les sois Augmentation du perfectionnisme orienté vers soi Négativité, irritabilité, susceptibilité Contrôle rituel de l'image corporelle

		Processus émotionnel Répression et déni			(+S-) Affects dépressif
--	--	--	--	--	----------------------------

Processus identifiés

Concernant le sentiment d'influence

- Processus motivationnel : motivation contrôlée
 - Mlle C. craint les désaccords et les conflits avec sa mère de peur de ne pas pouvoir se défendre adéquatement et de se sentir blessée, honteuse ou humiliée. Elle craint une évaluation négative.
- Processus cognitifs
 - Biais attentionnel : Mlle C. est attentives aux signaux potentiellement menaçants
 - Anticipation anxieuse : Mlle C. craint la honte et l'humiliation.
 - Croyances impératives : je dois avoir une bonne relation avec ma mère.
- Perfectionnisme
 - Les attentes de Mlle C. sont élevées et spécifiquement envers sa mère. D'une certaine manière, elle « n'a plus le droit à l'erreur ».
- Locus de contrôle externe
 - Mlle C. a le sentiment de ne rien pouvoir faire pour que ça se passe différemment.
- Processus émotionnel
 - Mlle C. réprime ses émotions et ne les identifie pas facilement.
 - Mlle C. a une tendance à la soumission dans ces situations. Elle se soumet « tant que c'est supportable », et explose ensuite.

Concernant l'anxiété sociale

- Processus motivationnel
 - Mlle C. crainte de paraître ridicule et d'en ressentir de la honte. Peur d'une évaluation négative.
- Processus cognitifs
 - Biais attentionnels : Mlle C. oriente son attention sur les sensations physiques de stress et sur son interlocuteur
 - Pensées automatiques auto-critiques : Mlle C. se critique dans la situation (p.ex. « tu bug encore sur tes mots, j'arrive pas à parler ça me saoule »)
- Processus métacognitif de type I
 - Vision de soi « de l'extérieur » : « j'ai le sentiment d'être là sans être là, je perds le fil de la conversation »

- Processus métacognitif de type II
 - Schéma de vulnérabilité : « je n'ai jamais été à l'aise en situations sociales ».
 - Perfectionnisme : attentes élevées concernant son image.
- Conditionnement classique référentiel
 - Les situations de harcèlement dont elle a été témoin en primaire ont probablement joué un rôle.
- Locus de contrôle externe
 - Mlle C. se sent coincée dans ces situations et « attend que ça passe », comme si elle n'avait pas le sentiment de pouvoir agir sur la situation.
- Processus émotionnels
 - Mlle C. réprime ses émotions et ne les identifie pas facilement.

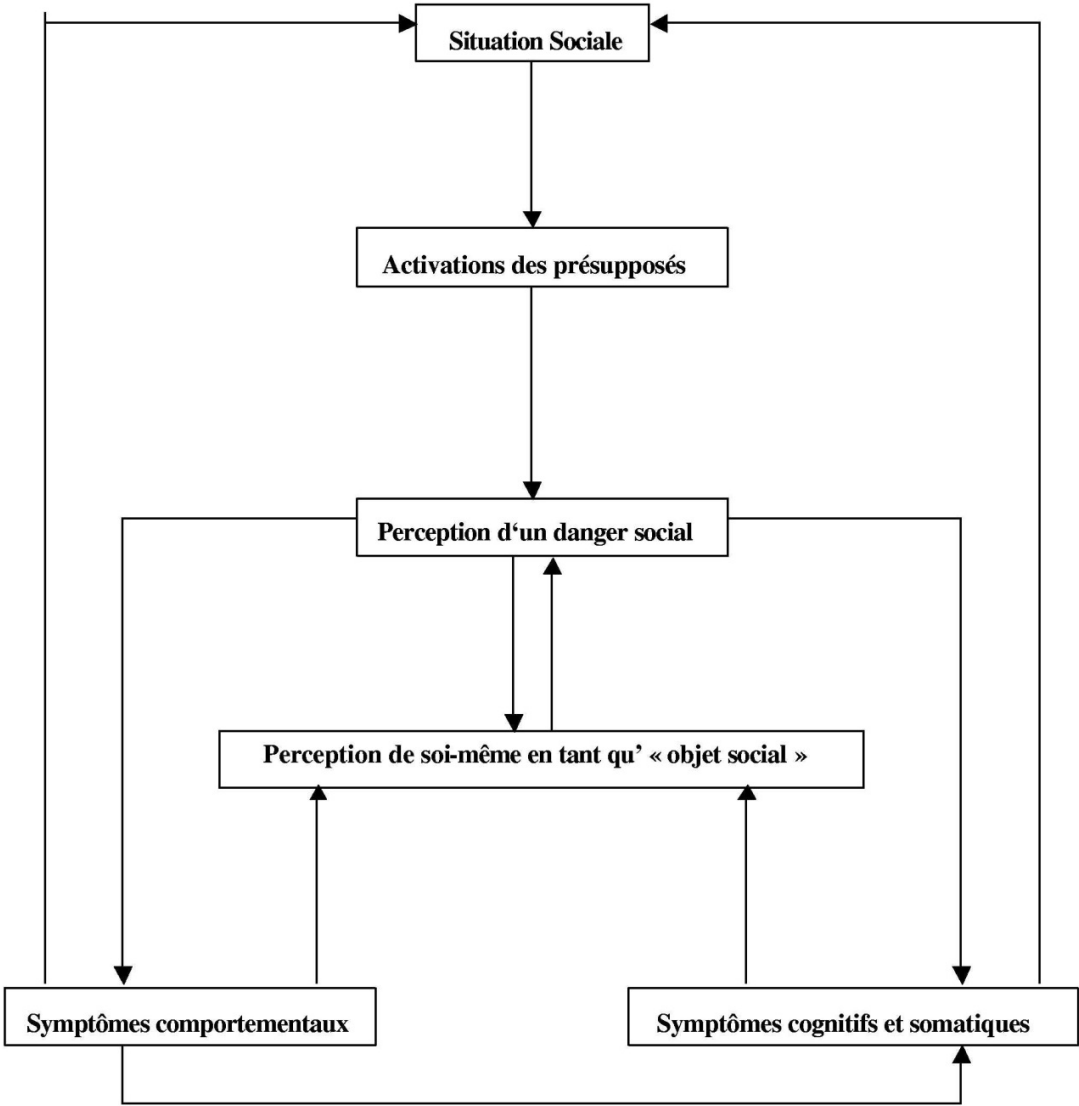
Modèle de Rapee & Heimberg (1997)

Selon ce modèle, lorsqu'un sujet anxieux social est confronté à une situation sociale, réelle ou imaginée, il se forme une représentation mentale de son apparence externe et de son comportement vu par les autres : la conscience du soi public. Cette représentation résulte de l'intégration d'une variété d'informations, telles que les informations récupérées en mémoire à long terme (p. ex. expériences antérieures dans des situations semblables), les indices internes (p.ex. les symptômes physiques), et les indices externes (p.ex. le feedback de l'audience).

Le sujet anxieux social alloue ses ressources attentionnelles à la représentation mentale de soi et des menaces externes potentielles (p.ex. froncements des sourcils, signe de fatigue ou de désintérêt, etc.). En même temps, il formule des prédictions sur les standards que le public utilise pour juger la performance.

Le sujet fait une comparaison entre sa représentation mentale de soi « vu par les autres » et ce qu'il suppose être les standards d'évaluation de la performance au sein du public. C'est l'écart entre ces deux types d'informations qui va déterminer la perception de la probabilité d'une évaluation négative et de ces conséquences sociales. La prédiction d'une évaluation négative va provoquer de l'anxiété dans ses différentes composantes (physiologiques, cognitives, comportementales) et ces différents signaux vont venir ré-alimenter la représentation que le sujet anxieux social se fait de lui-même: le cercle vicieux est ainsi amorcé.

Modèle de Rapee & Heimberg (1997)



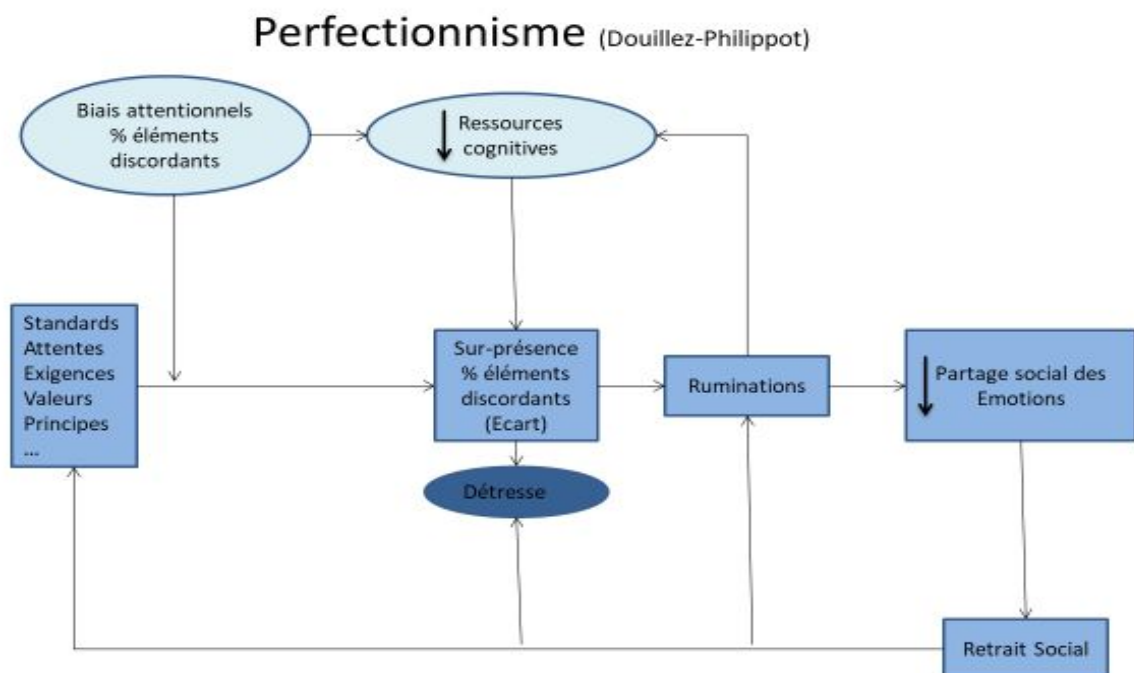
Plan thérapeutique

Ce qui a été fait

Mlle C. étant en formation de psychologie et comprenant très bien les concepts, mais aussi se livrant sans retenue invalidante, le travail thérapeutique s'est jusqu'ici passé de manière très positive. Toutefois, Mlle C. n'a pas souhaité poursuivre par visionconférence lors du confinement. À ce jour, nous sommes à 13 consultations de 50 minutes depuis le début du suivi thérapeutique début novembre 2019.

Le perfectionnisme

Étant donné le caractère transdiagnostique du perfectionnisme, nous avons discuté de cette représentation du perfectionnisme sur base des différentes situations problématiques de Mlle C. Ce modèle m'a été transmis lors d'une supervision avec monsieur Philippot.



En faisant des liens entre chaque élément et les situations concrètes décrites par Mlle C., elle a pu commencer à voir un schéma d'ensemble et prendre une certaine distance avec le processus dans

son ensemble. En effet, ce schéma peut rendre compte tant de ses rituels du miroir, que des situations sociales, ou des interactions conflictuelles avec sa mère. Nous avons également nommé les processus transversaux tels que la pensée dichotomique, les pensées auto-critiques, et la surgénéralisation. Nous avons ensuite discuté de « comment on s'en sort » et avons évoqué l'idée du calcul coût/bénéfice (conseil donné au cours par Mme Douillez), et des choix à faire dans chaque situation, en fonction de nos besoins, envies, valeurs et aspirations privilégiées dans la situation.

Cela lui a permis aussi de percevoir que la poursuite du perfectionnisme est illusoire puisque nous pouvons toujours constater un écart si nous voulons le voir.

Sa réflexion suite à la présentation de ce schéma : « c'est exactement ce que je vis », dit certainement quelque chose de la prise de conscience effectuée ce jour-là. Elle a bien sûr conservé celui-ci, je conseille régulièrement de le « coller sur le frigo » et de le reprendre lorsqu'on se sent perdu.

Les ruminations

Nous avons discuté du thème des ruminations sur base du document de psychoéducation (Annexe IX). Nous avons aussi évoqué les différentes manières de se désengager de ces ruminations. Notamment en privilégiant la pensée concrète, ce qui signifie de distinguer les pensées concrètes et abstraites, parfois entremêlées. Mais surtout de différencier les éléments sur lesquels Mlle C. a un pouvoir d'action de ceux sur lesquels elle n'en pas.

Écart entre les sois

Sur base du questionnaire d'écart entre les sois, nous avons fait un travail sur les valeurs de Mlle C. En effet, afin de la guider dans ses choix personnels, mais aussi tenir compte de ses propres valeurs lorsqu'elle est en conflit avec sa mère, il nous a paru important de clarifier le concept de soi. Une source de mal-être de Mlle C. est notamment lorsqu'elle-même a une attitude ou un comportement qui va à l'encontre de ses valeurs. Par exemple lorsqu'elle répond agressivement à sa mère.

Ce travail sur les valeurs et la clarification du concept de soi est important également en ce qui concerne la flexibilité psychologique. Ce travail lui demande de faire un effort d'introspection et nourrit son self-awareness. Une des difficultés de Mlle C. vient du fait qu'elle éprouve le besoin de comprendre pourquoi sa mère est comme elle est et fait comme elle fait. Malheureusement ce processus de réévaluation cognitive échoue actuellement probablement en raison du fait que les

interprétations concurrentes ne peuvent trouver appui dans le corps. En effet, le self-awareness est « *une précondition pour faire des inférences concernant l'état mental chez les autres* » (Decety & Lamm, 2006, p.1154).

Sentiment d'influence

Ceci nous amène à ce que Lawrence & Valsiner (2003, cité par De Mol & al., 2018) appellent les processus d'internalisation et d'externalisation. L'internalisation est le processus cognitif et émotionnel à l'œuvre lorsque les personnes évaluent et tentent de comprendre d'autres personnes sur base de leurs besoins personnels et relationnels, leurs croyances et leurs attentes. L'externalisation est le processus subséquent qui prend place lorsque les personnes agissent ensuite en fonction des significations construites via l'internalisation.

Mlle C. commence ce processus de se représenter que les motivations de sa mère ne sont pas de rendre sa fille malheureuse, mais qu'elle aussi, se construit une identité de mère au fur et à mesure des années. Discuter de cette complexité devrait permettre non seulement de prendre soin de la relation avec sa mère mais aussi de prendre distance avec cette relation.

Le sentiment d'influence s'oppose aux comportements de contrôle. Selon De Mol & al., (2018) le contrôle implique une conception mécanique de l'influence incluant une association linéaire entre causes et effets. Tandis que le sentiment d'influence demande de découpler les intentions des effets, en raison des processus d'internalisation et d'externalisation partagés par chacun.

L'objectif poursuivi avec Mlle C. n'est pas de la rendre plus habile à « gagner » les conflits avec sa mère, ou encore « d'avoir le dernier mot », mais d'apprendre patiemment à se faire entendre dans ses besoins et aspirations tout en restant en lien avec sa mère.

Nous sommes actuellement dans cette phase de la thérapie, nous discutons des manières d'être assertif, de se faire entendre tout en respectant l'autre, ses besoins et ses valeurs, en prenant tour à tour différents rôles.

Lors de la dernière séance, Mlle C. me confie avoir vécu une grosse crise en famille au sujet de tâches domestiques. Mettant en action ses acquis de la thérapie, elle a suscité une réelle discussion avec ses parents, et ensuite avec son père. Celui-ci ne s'est pas montré commode tout au long de leur discussion, mais a pu entendre réellement sa fille et se laisser impacter par elle. Non seulement elle a réussi à défendre son point de vue mais elle aussi a partagé des sentiments et affects

authentiques avec lui. De plus, ses parents ont aussi décidé qu'ils aideraient leur fille à s'installer en février prochain avec son compagnon (qui travaille). Ce type d'événement participe à la reconstruction de son sentiment d'influence.

En projet thérapeutique

Assez rapidement après le début de la thérapie nous avons évoqué deux groupe thérapeutiques auxquels Mlle C. pourrait participer : l'affirmation de soi et la méditation de pleine conscience organisés par des membres de l'équipe de PEPS-E.

Elle était tout à fait preneuse et enthousiaste, et ce serait déjà fait si le confinement en raison du COVID-19 n'avait pas eu lieu, avec les reports subséquents de ces activités.

Groupe d'affirmation de soi

Ce groupe, basé sur les recommandations et les exercices de Fanget & Rouchouse (2007) a une efficacité éprouvée. Il serait fastidieux ici d'en détailler le contenu.

Groupe de méditation de pleine conscience

La méditation de pleine conscience est appliquée au traitement des troubles anxieux (Kabat-Zinn, et al., 1992 ; cité par Mikolajczak & Desseille, 2012). La pratique de la pleine conscience est positivement corrélée aux stratégies adaptatives de régulation cognitive de l'émotion comme la focalisation sur la planification ou la réévaluation positive, et négativement corrélée avec la tendance à se blâmer ou à faire des scénarios catastrophes (Jerman et al., 2009 ; cité par Mikolajczak & Desseille, 2012). Kumar et al. (2008), cité par Mikolajczak & Desseille (2012) a observé que l'augmentation des capacités de pleine conscience était liée à une réduction des symptômes dépressifs mais aussi de la rumination et de l'évitement des émotions.

Exposition à la honte

La participation à un tel groupe de méditation de pleine conscience servirait de support à une intervention de type exposition à la honte telle que défendue et développée par Vincent Trybou (2018).

Évaluation thérapeutique

Les questionnaires utilisés pour effectuer notre ligne de base en vue de l'évaluation du traitement thérapeutique sont présentés en annexes.

Bibliographie

Collazzoni, A., Capanna, C., Bustini, M., Stratta, P., Ragusa, M., Marino, A., & Rossi, A. (2014). Humiliation and interpersonal sensitivity in depression. *Journal of affective disorders*, *167*, 224-227.

Collazzoni, A., Capanna, C., Bustini, M., Marucci, C., Prescenzo, S., Ragusa, M., ... & Rossi, A. (2015). A Comparison of Humiliation Measurement in a Depressive Versus Non-clinical Sample: A Possible Clinical Utility. *Journal of clinical psychology*, *71*(12), 1218-1224.

Collazzoni, A., Capanna, C., Marucci, C., Bustini, M., Riccardi, I., Stratta, P., & Rossi, A. (2014). Humiliation: an excluded emotion. *Journal of Psychopathology*, *20*, 252-257.

Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, *6*, 1146-1163.

De Mol, J., Reijmers, E., Verhofstadt, L., & Kuczynski, L. (2018). Reconstructing a sense of relational agency in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *39*(1), 54-66.

Denson, T. F., Pedersen, W. C., Ronquillo, J., & Nandy, A. S. (2009). The angry brain: Neural correlates of anger, angry rumination, and aggressive personality. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *21*(4), 734-744.

Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in cognitive sciences*, *8*(7), 294-300.

Fanget, F., & Rouchouse, B. (2007). *Affirmation de soi (L') : Une méthode de thérapie*. Odile Jacob.

Fernández, S., Saguy, T., & Halperin, E. (2015). The paradox of humiliation: The acceptance of an unjust devaluation of the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(7), 976-988.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression : the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.

Gilbert, P., Irons, C., Olsen, K., Gilbert, J., & McEwan, K. (2006). Interpersonal sensitivities: Their links to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), 37-51.

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. The Self-Conscious Emotions. *Theory and Research*, 283-309.

Ginges, J. A., & Atran, S. (2008). Humiliation and the inertia effect: Implications for understanding violence and compromise in intractable intergroup conflicts. *Journal of Cognition and Culture*, 8(3), 281-294.

Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586.

Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2013). Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs: randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1048-1056.

Hartling, L. M. & Luchetta, T. (1999). Humiliation: assessing the impact of derision, degradation, and debasement. *The Journal Primary Prevention*, 19, 259–278.

Hartling, L. M. (2007). Humiliation: real pain, a pathway to violence. Preliminary Draft.

Hartling, L. M., Lindner, E., Spalthoff, U., & Britton, M. (2013). Humiliation: a nuclear bomb of emotions?. *Psicologia Política*, (46), 55-76.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F., Kealy, D., & Zhang, L. C. (2017). The Perfectionism Social Disconnection Model. *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*.

Klein, D. C. (1991). Introduction to the Issue. *Journal of Primary Prevention*, 12(2), 87-91.

Maddux, J. E., Norton, L. W., & Leary, M. R. (1988). Cognitive components of social anxiety: An investigation of the integration of self-presentation theory and self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(2), 180-190.

Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299-312.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 334-349.

McConochie, W. C., Leung, D. M. A. (2010). Exploring Humiliation as a Possible Psychological Cause of Major Conflict. En ligne : <http://psychologicalresearch.org>

Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an FMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of cognitive neuroscience*, 14(8), 1215-1229.

Tangney, J. P., Fisher, K. W. (1995). *The Self-Conscious Emotions : Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New-York : Guildford Press. En ligne : DOI : 10.1037_10458-008.

Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic journal of psychiatry*, 58(4), 267-276.

Torres, W. J., & Bergner, R. M. (2010). Humiliation: its nature and consequences. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 38(2), 195-204.

Trybou, V. (2018). *Comprendre et traiter l'anxiété sociale: Nouvelles approches en TCC*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.trybo.2018.01.