



Analyse processuelle d'une problématique de mauvaise estime de soi & ses interventions psychothérapeutiques

Sandra Scius - N°7782-18-00
Promotrice : Mme Vrielynck

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de 2^{ème} année de certificat inter-universitaire de
Psychothérapie-Interventions et évaluations psychologiques
Année académique 2020-21

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Vrielinck, ma promotrice, pour ses conseils et remarques éclairées qui m'ont permis d'approfondir mes connaissances en matière d'analyse holistique et processuelle, tout au long de cette année. Je remercie mes superviseurs, Mme Nachtergaele, Mme Clauw, Mme Foisy, Mme Galdiolo, Mr Nef, Mme Ceschi, qui m'ont aidée à clarifier mes observations et mes analyses.

Un tout grand merci à mes collègues de classe pour ces 3 années fantastiques au sein du certificat inter-universitaire et post-master, comme Céline, Damien, Marie et Laurence pour les échanges riches et variés.

Bien sûr, je remercie les patients, ainsi que Amalia, qui m'ont faits confiance, et qui ont partagé leurs difficultés avec moi tout au long de ces 3 années.

« Aucune grâce extérieure n'est complète si la beauté intérieure ne la vivifie. »

Victor Hugo

Table des matières

Introduction	5
Contexte de la consultation, analyse de la demande, et justification du choix	6
Données générales	6
Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources	8
Concrétisation des problèmes psychologiques	9
Diagnostic psychiatrique	12
Modélisation holistique	15
Identification des processus et tableau	16
Elaboration du plan thérapeutique, planification et liens avec la conceptualisation	19
Projet d'évaluation des interventions	21
Réflexions sur la relation thérapeutique et conclusion	23
Bibliographie	24
Annexes	26
Annexe I - Récapitulatif des processus	

Introduction

Pour conclure ces 3 années d'études, je souhaite faire une présentation détaillée d'une problématique de mauvaise estime de Soi et d'une intervention qui est en cours en ce moment à savoir la pratique de l'auto-compassion.

J'ai été touchée par les difficultés qu'Amalia est venue me présenter en octobre 2020 dans mon cabinet privé à Luxembourg, et j'ai tenté de trouver avec elle, un mécanisme de résilience qui mette à mal un fonctionnement fortement ancré, douloureux, qui amène un rejet de soi.

Aussi, au-delà de cette analyse, au-delà de la pratique formelle de l'auto-compassion, j'ai exploré mes aptitudes dans ma posture compassionnelle, et dans mon ouverture à ce que vit ma cliente, et ai tenté de développer un lien sûr, pour l'aider à explorer son univers intérieur, faire place à son ressenti.

Ce travail démarre par une concrétisation de la problématique, une analyse holistique et processuelle, se poursuit avec une analyse de la littérature ainsi qu'une réflexion critique, et se terminera par la mise en place de l'intervention et son évaluation.

La nécessité des 25 pages m'oblige à être très sélective dans mes références théoriques et d'être concise, en plus de m'obliger à faire l'impasse sur d'autres interventions. J'ai choisi, par exemple, de renoncer à développer la problématique du trouble alimentaire qui concerne ma patiente et de me concentrer sur le cœur de mon travail, à savoir la pratique de l'auto-compassion, comme intervention. Je demande de l'indulgence au lecteur, en plus de le remercier pour le temps qu'il consacrera à la lecture de ce travail.

Contexte de la consultation et analyse de la demande

Amalia est une jeune femme de 26 ans qui s'adresse à moi, en octobre 2020, pour un problème d'épuisement et demande une consultation à mon cabinet au centre-ville de Luxembourg.

Amalia parle facilement, mais ses regards sont furtifs et je peux observer une grande anxiété. Elle me décrit avoir une estime d'elle dégradée, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires depuis qu'elle a 12 ans. Dans le fauteuil, elle me dépeint sa vie comme ce qu'elle nomme être « *un marasme personnel, amoureux, professionnel et familial* ».

Elle n'a jamais consulté un professionnel pour des raisons financières, et me confesse qu'il est temps pour elle de démarrer sérieusement un travail de fond avec un psychologue.

Données générales

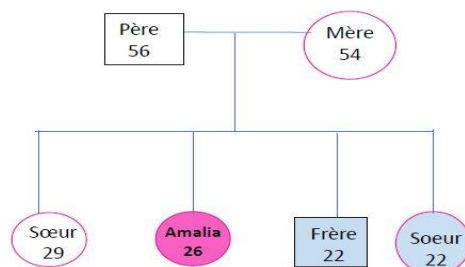
Amalia est de nationalité belge, et travaille depuis 18 mois comme juriste dans un cabinet d'avocat international à Luxembourg. Elle est francophone, et a obtenu un master en droit en 2018.

Professionnellement, Amalia n'aime pas son travail qui est orienté en droit des sociétés et des affaires, et elle souhaite quitter son employeur après l'obtention du titre d'avocate à la cour. En ce moment, Amalia travaille temps plein, à la maison depuis mars 2020, sous l'autorité d'une avocate confirmée pour qui elle a beaucoup d'estime, mais qu'elle juge être très intrusive, l'appelant une quinzaine de fois par jour pour vérifier que son travail est fait. De plus, les tâches sont peu intéressantes, consistant en la recherche d'articles de lois, des publications ou de la vérification de données. Le rythme de travail est excessif, nécessitant des accélérations soudaines, ou des ralentissements qu'elle ne supporte plus. Malgré cette estime partagée avec sa supérieure, il arrive qu'Amalia réponde sèchement au téléphone, ou mente délibérément sur son la qualité de son travail. Elle étudie pour passer le concours du barreau à Luxembourg et doit présenter 11 examens s'étalant entre février 2021 et Juin 2022, et se sent coincée par ce concours et l'obligation de réussite.

Familialement, ses relations avec ses parents et ses frères et sœurs sont de mauvaise qualité, voire inexistantes depuis qu'elle a obtenu son diplôme. Elle décrit une mère comme étant tyrannique, contrôlante et dépourvue d'empathie. Le papa serait père soumis à la matriarche autoritaire.

Amalia a une sœur plus âgée de 3 ans, qui aurait souffert aussi de de la situation ; a un jeune frère et une sœur jumeau, 4 ans plus jeunes qui seraient les « *enfants chéris* » du couple parental.

Voici le génogramme de la famille proche d'Amalia :



Amalia, dont le père est informaticien et la mère est professeure, décrit avoir ressenti ce sentiment d'avoir été coincée dans cette configuration familiale pour avoir dépendu financièrement de ses parents, et avoir dû faire la navette quotidiennement en train jusqu'à ses 17 ans¹. Elle dit aussi avoir souffert de chantage financier, de fouilles de téléphone, et des brimades qui concernaient son poids, le fait qu'elle n'était pas en train d'étudier et qu'elle « *finirait bête et seule* ».

Scolairement, elle dit ne pas avoir choisi le droit, et avoir suivi le choix de sa mère qui l'a inscrite à la faculté, en fin de secondaires. Par ailleurs, elle a vécu son inscription à la faculté comme une découverte de la liberté, mais aussi une fuite en avant, car elle décrit un manque d'auto-discipline, et de la procrastination, dans ses études.

Depuis ses 13 ans, Amalia a des compulsions alimentaires et s'alimente de façon désordonnée. En 1^{ère} année de bachelor, que sous les conseils d'une collègue étudiante, elle a appris à se faire vomir après des repas copieux, plusieurs fois par semaine. A ce sujet, elle dit ceci : « *Je ne déjeune pas. Le midi, je mange des choses agréables, grasses ou sucrées et il m'arrive de me faire vomir quand je culpabilise trop. Heureusement c'est moins qu'avant, car quand j'étais à l'université, je me faisais vomir tous les jours. Je mange encore plus le soir mais je ne vomis plus qu'1 fois par 15 jours* ».

Amalia mesure 1m69 pour un poids de 71.5kg (IMC =25, normal), et m'informe être descendue à 51 kg quand elle avait 16 ans (IMC= 17,9, faible). Ses périodes d'alimentation faibles lui apportaient un sentiment de « *soulagement et de satisfaction et elle ne trouvait pas de motivation à arrêter.* »

¹ Très bonne élève, Amalia a sauté sa 2^{ème} primaire et est passée de 1^{ère} en 3^{ème} année directement.

Ceci nous montre une variation de 20 kg entre ses 16 et ses 26 ans. Ces épisodes boulimiques sont réapparus ponctuellement pendant les blocus en bachelor et master et se sont poursuivis au-delà du diplôme. Ils sont oujour d'actualité et source de plaintes.

Dans ses relations amoureuses, Amalia. dit « *avoir eu sa dose* ». Elle est célibataire depuis 2 ans et confesse que sa dernière longue relation amoureuse qui a duré 2 ans et demi, n'a pas été gratifiante car il était « *blessant, infidèle et menteur* ». Elle dit « *avoir pris ses jambes à son cou* ». La relation précédente de 3 ans n'était pas gratifiante ni épanouissante, non plus.

Chaque soir, Amalia reste couchée dans son lit où elle a travaillé la journée, et passe 3-4 heures sur des jeux, et des réseaux sociaux comme Candy Crush, Messenger, Instagram, Facebook, ... Son attention se porte sur les informations qui l'oppressent et la projettent dans un avenir gris et terrifiant. Elle évite de décrocher le téléphone quand ses amis l'appellent, somnole sur son lit plusieurs heures par jour, où elle prend également ses repas, en même temps qu'elle travaille, en télétravail.

Elle dit être assez proche de 2 personnes qu'elle définit comme étant son réseau d'amis. C'est avec eux qu'elle passera les fêtes de fin d'année 2020.

Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources

✚ Les problèmes sont les suivants :

1. Une mauvaise estime de Soi implicite: Amalia se sent sans valeur ; se sent être une imposteure, se sent inculte, ne peut pas prendre des décisions, dit manquer de bon sens ;
Ce problème est à mettre en lien avec un syndrome dépressif plus large.
2. Un problème d’Affirmation de Soi

✚ Les ressources sont les suivantes :

- Au niveau interne : Amalia présente de bonnes capacités d'introspection, est attentive à ses ressentis et peut les communiquer facilement. De plus, Amalia est régulière dans le rythme des consultations. Elle s'exprime facilement. Elle est en capacité de couper les relations toxiques.

- Au niveau externe : Amalia dit commencer à pouvoir partager des repas avec des nouvelles amitiés. Aussi, elle évalue la maison où elle loue une chambre, comme étant agréable, confortable et accueillante.

Concrétisation des problèmes psychologiques

1. Description du 1^{er} problème psychologique : Une estime de soi implicite faible et stable (Y1)

Elle s'observe au quotidien tant au travail que dans ses relations privées. Cela se présente de cette façon :

1) Sentiments émotionnels, sensations corporelles, comportements, cognitions :

Sur le plan des cognitions, elle éprouve de fortes croyances évaluatives négatives comme un fort sentiment d'inutilité, de non-valeur, de déficience, et d'inadaptation au monde. Elle se trouve fondamentalement différente des autres. Elle dit ne pas pouvoir soutenir une conversation convenablement. Elle pense que si elle disparaissait demain, personne ne s'en apercevrait. Elle pense qu'elle trompe les gens quand ils viennent à l'apprécier et que si son employeur savait qui elle est réellement, il la licencierait sur le champ. Ce schéma négatif et ruminatif fait qu'elle rejette toute information qui le contredit. Cela corrobore la faible estime de Soi comme problématique de départ.

Sur le plan émotionnel, elle décrit ses émotions comme étant un yo-yo de hauts et de bas dans la honte (notamment corporelle), la peur, la colère sur elle, la tristesse, la culpabilité, le dégoût d'elle-même. Dans un 2^{ème} temps, elle réprime ses émotions.

Au niveau corporel, elle dit ressentir par moment de l'inconfort quant à son image, de l'agitation et de l'insécurité.

Sur le plan comportemental, toute interaction avec un membre de sa famille, avec une collègue de travail, avec un potentiel amoureux, engendre un sentiment d'inefficacité. Elle évite de répondre au téléphone, à un SMS, à une invitation. Ensuite, elle cherche à se réassurer en allant sur les applications de son téléphone, et en mangeant plusieurs boîtes de biscuits, glaces, pour au final se faire vomir.

J'observe aussi de l'agitation et des insomnies de plusieurs heures, après s'être endormie 2-3 heures.

2) Evolution du problème

Il semble que l'estime de Soi a été initiée de façon précoce par une difficulté à construire une affirmation de soi stable. L'absence d'attachements sécurisés n'a pas permis la création d'une base stable pour fonctionner de manière autonome. Les compétences en autonomie émotionnelle sont faiblement efficaces ce qui aurait fragilisé la construction d'un sentiment d'identité propre.

Amalia a mis en place un perfectionnisme pathologique et s'imagine devoir atteindre des standards élevés pour avoir l'assentiment de son entourage et leur validation.

3) Attributions causales du problème psychologique (selon le patient)

Les attributions causales sont internes la plupart du temps car cette cliente se dit inadaptée et « à côté de ses pompes ».

4) Copings habituels

Les modes de coping principaux sont l'évitement des situations anxiogènes (répression des émotions, procrastination), la recherche de réassurance, les excès compulsifs (réseaux sociaux, ou alimentaires) et l'auto-contrôle (auto-critique, vomissements, ruminations), l'anticipation et l'auto-surveillance.

5) Conséquences

- Poids en Yoyo,
- Cela renforce la culpabilité et le blâme donc répression et déni,
- Apathie,
- La concentration, la planification, et l'attention sont difficiles au travail.

2. Description du 2ème problème psychologique : Problème d'affirmation de soi (Y2)

1) Sentiments émotionnels, sensations corporelles, comportements, cognitions :

Sur le plan des cognitions, elle ne se sent pas capable d'exprimer ses besoins qu'elle a du mal à identifier. Elle agit en fonction des desiderata de son entourage et pense ainsi gagner la paix. Elle éprouve un fort sentiment d'insécurité en situation sociale, et se dit perpétuellement que quelqu'un va la blesser verbalement. Elle dit manquer de soutien, et ne peut compter sur personne. Elle dit se faire avoir, dans ses relations amoureuses et rompt brutalement.

Sur le plan émotionnel, elle réprime ses émotions, et décrit une souffrance constante. L'intensité peut atteindre des proportions importantes et provoquer des crises de larmes.

Au niveau corporel, elle dit ressentir de l'agitation et de la confusion.

Sur le plan comportemental, la sonnerie du téléphone engendre de l'inquiétude au point qu'elle ne décroche plus, ou parle mal à son interlocuteur ; elle culpabilise si elle ne répond pas et active des ruminations, ainsi que de l'indécision, ensuite de l'agitation.

Elle évite les situations sociales là où elle vit, peut quitter la table, ou sortir d'une pièce si elle se sent embarrassée.

J'observe des comportements de soumission et d'hostilité.

2) Evolution du problème

Il semble que le problème d'affirmation de Soi d'Amalia est apparu très tôt dans sa vie et est en lien avec un trait anxieux. Elle décrit n'avoir jamais pu se détendre et être dans un état nerveux constant, ce qui provoque une aversion à la détresse en plus d'une intolérance aux interactions sociales.

Amalia préfère éviter les contacts qui l'insécurisent et s'isole progressivement. Le sentiment d'inefficacité va croissant.

Circonstances d'apparition : La difficulté d'identifier et d'exprimer ses besoins est constante, tant quand elle est seule, ou autant dans ses relations interpersonnelles et amoureuses.

3) Attributions causales du problème psychologique (selon le patient)

Les attributions causales sont internes la plupart du temps car Amalia tire des conclusions hâtives sur ce qu'elle n'est pas et ce qu'elle devrait être, et imagine des conséquences négatives pour elle si elle venait à le faire.

4) Copings habituels : Le mode de coping principal est l'évitement constant, et cela crescendo depuis qu'elle a 13 ans, quand elle rentrait le plus tard possible à la maison, après l'école. Elle supporte une vie de labeur en serrant les dents, dans l'attente d'un projet d'une autre vie en Nouvelle Zélande.

5) Conséquences

- Comportements de soumission qui renforcent la mauvaise estime de Soi et qui vient nourrir un perfectionnisme pathologique

- Anxiété d'évaluation, perfectionnisme clinique et auto-critique
- Compulsions de réassurance :
 - 5.1) Sur les réseaux sociaux : utilisation excessive d'applications sur son portable, jour et nuit, comme Candy Crush, Snapchat, Instagram, Messenger, ...
 - 5.2) Par un trouble alimentaire

Amalia se met à manger excessivement quand 2 paramètres sont réunis : Un sentiment d'abandon et d'isolement, et une humeur basse découlant de frustrations multiples.

Amalia dit ressentir le craving, ce qui la conduit au magasin en urgences. Elle achète plusieurs boîtes de biscuits, de chocolats, de crèmes glacées, et mange la totalité dans la soirée, seule dans sa chambre, secrètement.

Dans un 2^{ème} temps, prise par la culpabilité, elle se fait vomir. Les crises de boulimie ont débuté à 13 ans, auxquelles se sont ajoutées les vomissements à 17 ans.

En conclusion, je peux dire que le sentiment d'insécurité chez Amalia va croissant. La routine du quotidien est oppressante et chaque nouveau contact professionnel est une difficulté. Finalement la perte d'efficacité, par l'absence d'affirmation de Soi, vient renforcer le Y1, soit la mauvaise Estime de Soi.

Diagnostic psychiatrique

Sur l'Axe 1 du DSM 5, les symptômes décrits seraient ceux du trouble dépressif (296.22). Les critères présents sont une humeur dépressive, un sentiment de dévalorisation, une absence de perspectives heureuses, un sentiment d'inefficacité.

Actuellement, il semblerait qu'il y ait rémission partielle. En effet, Amalia présente toujours un sentiment de dévalorisation mais arrive à s'occuper d'elle, et à initier des activités agréables. Deux diagnostics différentiels possibles pourraient être un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ; ou un trouble dysthymique, dont l'aspect chronique ne peut être à ce moment-même confirmé.

Amalia présentait le nombre de critères prescrits par le DSM 5 pour poser le diagnostic de trouble dépressif caractérisé.

Conceptualisation de cas holistique

La succession d'évènements potentiellement traumatisants dans l'histoire de Amalia posent question et attirent mon attention dès la première rencontre.

C'est en faisant l'état de la situation, de ses forces et de ses faiblesses, que je découvre prudemment les éléments cliniques et l'étiologie des troubles qui me sont présentés. Le modèle multi-factoriel sur la dépression de Lewinson, Hoberman, Teri et Hautzinger (1985) m'aide à mettre en évidence la multitude de facteurs étiologiques et de maintien du trouble dépressif. Selon ce modèle, les facteurs environnementaux jouent un rôle dans le trouble dépressif mais les facteurs cognitifs² servent de régulateurs aux influences de l'environnement. Ce modèle tient également compte des facteurs prédisposant (être une femme³, antécédents de dépression,...) mais aussi des facteurs de protection (haute fréquence d'activités plaisantes, capacités de coping,...). A la 4^{ème} consultation, mon diagnostic hésite encore entre un épisode dépressif majeur, une dysthymie au long cours, ou une double dépression. (Keller, Shapiro, 1983). En effet, en ce qui concerne les affects dépressifs, il semblerait que le mode de fonctionnement familial antérieur ait joué (et joue encore) un grand rôle dans la souffrance psychologique actuelle que nous montre Amalia. Selon Young Jeffrey (1996), un certain type d'expériences vécues concourent à la constitution de schémas inadaptés. La frustration des besoins fondamentaux dans la vie précoce (stabilité, compréhension et démonstration d'amour), peut faire surgir des schémas de honte, d'imperfection, et d'insécurité qui initient eux-mêmes des processus mentaux tels que de l'anxiété ou des troubles somatiques et alimentaires. L'adaptation de l'enfant à un manque affectif peut le rendre hypersensible aux critiques et produire une soumission excessive au contrôle des autres, ce qui rend le patient obligé d'agir d'une certaine façon pour éviter la colère et les représailles, voire l'abandon.

La faible estime de Soi ici constatée semblerait être, selon mon avis, le résultat de tensions familiales anciennes qui ont influé son sentiment d'identité. La colère n'est plus en mesure d'être refoulée et produit, dans ce cas, des comportements passifs/agressifs et des explosions non-contrôlées, des symptômes psychosomatiques et/ou une soumission excessive.

Il est fortement possible que les tensions familiales ont coloré fortement sa capacité d'interaction et son ouverture au monde quand elle était enfant. Ce qui la rend fragile dans la situation où elle se sent évaluée, et

² Par exemple, les ruminations, ou pensées répétitives négatives (Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Ruminations Reconsidered : A Psychometric Analysis. Cognitive Therapy and Research Therapy, 27, 247-259.)

³ Les auteurs confirment que le fait d'être une femme est un facteur prédisposant à la dépression, notamment via une propension plus importante aux ruminations, elles-mêmes prédictrices de la dépression (apparition, intensité, rechute). Wagener, A., & Blairy, S. (2016). « Une vision moderne de la dépression et de son hétérogénéité ». Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, XXI (3), 0.n(pas de pagination indiquée)

prise en défaut de compétence, par exemple quand elle n'a pas pu trouver l'article de loi attendu par sa supérieure. Ceci amène la présence de biais cognitifs qui se manifestent au niveau attentionnel et conduiraient à traiter prioritairement des stimuli négatifs et/ou de menace qui avèrerait sa défaillance et renforcerait la mauvaise Estime de Soi, et les évitements.

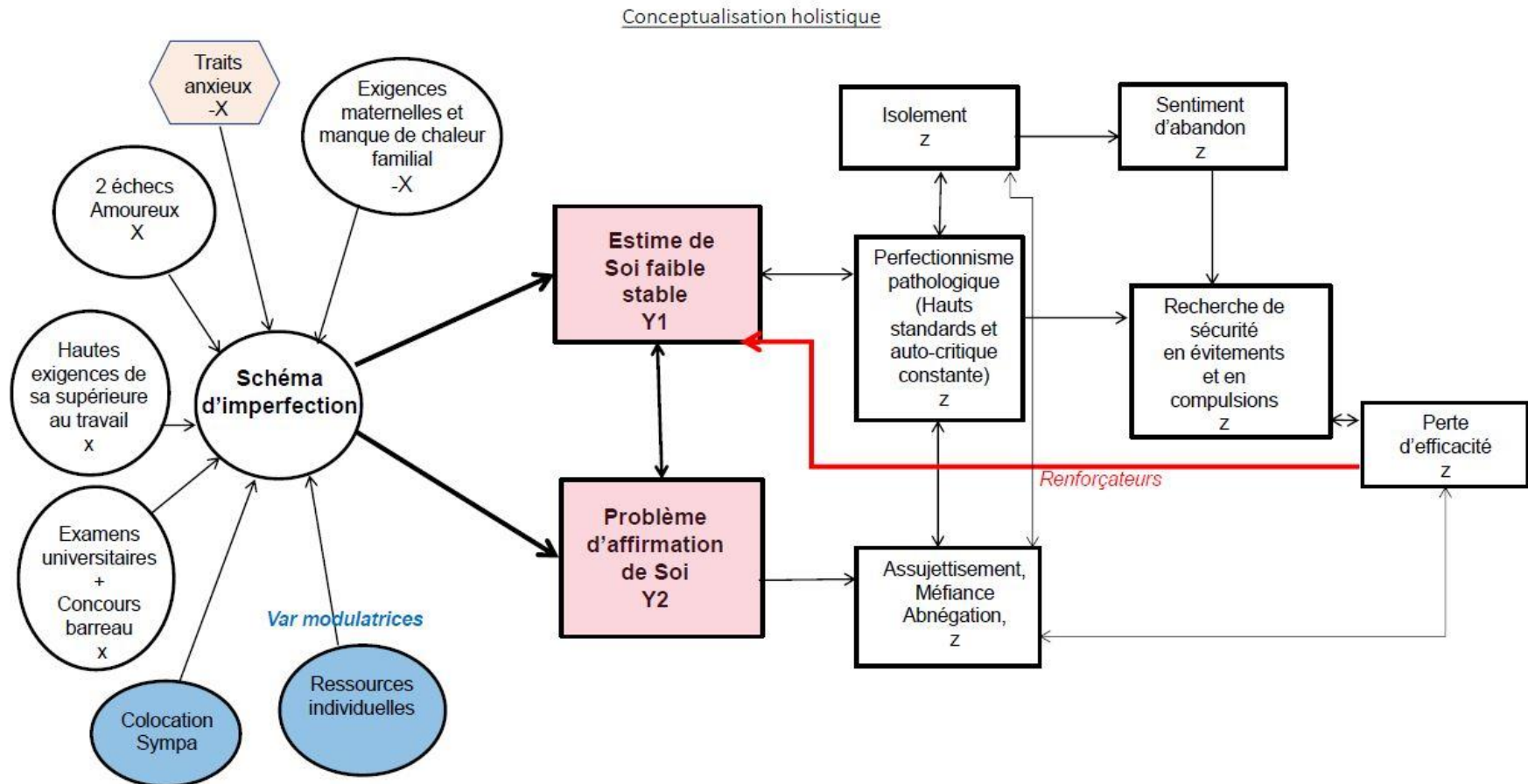
Aussi, notons que les exigences maternelles observées ont été source de pression, créant un gap important entre le Self et l'ideal Self, créant une norme impossible à atteindre, et une impossibilité pour Amalia de s'identifier à une construction atteignable. La littérature évoque la tyrannie de l'apparence (Amadiou, 2002), qui présente comment la perception négative que se font les femmes de leur corps, notamment, en lien avec la pression de l'environnement. Mon hypothèse est qu'Amalia aurait intériorisé le regard négatif de sa mère sur elle. Les conséquences psychologiques sont, une baisse d'estime de Soi, une baisse des performances cognitives, des troubles alimentaires, et de la dépression pour ne citer que ces symptômes (Moradi B., Huang Y.P., 2008).

De plus, il semblerait bien qu'Amalia a développé des comportements de contrôle, d'auto-surveillance, tendant vers un perfectionnisme pathologique, ne pouvant jamais atteindre son Idéal, et jamais satisfaite de ses efforts. Ces jugements très sévères à son égard sont consommateurs de ressources attentionnelles et conditionnent les perceptions, et les comportements.

Pour terminer, les recherches montrent que le manque de bienveillance et d'ouverture aux expériences internes et externes médiatisent la relation entre l'image du corps et la détresse des jeunes femmes présentant des troubles alimentaires, de même que cela est associé à un haut niveau d'anxiété. (Kelly, Borairy, 2014)

C'est cette analyse qui va me pousser à m'attarder sur une intervention en particulier à savoir la pratique de l'Auto-compassion comme outil de résilience, que je développerai ultérieurement.

Analyse holistique



Analyse processuelle

Voyons voir ce que nous dit l'analyse processuelle.

<u>Antécédents</u>		<u>Processus</u>	<u>Probl psycholog.</u>	<u>Conséquences</u>	
<u>Contexte Facilitateur</u>	<u>Stimuli Déclencheur</u>	<u>Var explicative</u>	<u>Var dépendante</u>	<u>Immédiates (Renforcat/Punisseur)</u>	<u>Différées</u>
Traits anxieux Tensions familiales Tensions professionnelles Tensions dans ses 2 dernières relations amoureuses	Les situations interpersonnelles avec les parents, la fratrie, les colocataires, les collègues-avocats Emotions négatives De peur Schéma d'imperfection	<u>Motivationnels</u> Si motivation, c'est par régulation externe (récompense-punition de l'environnement) <u>Métacogn de type II</u> Schéma d'imperfection <u>Cognitions</u> Détresse importante dans les Ecart entre les Soi Croyances dysfonctionnelles évaluatives et négatives Biais attentionnels et interprétatifs: - Hypervigilance sur les mots utilisés par les autres et sur leur comportements non-verbaux. - Le moindre signe est interprété négativement Ruminations abstraites <u>Emotionnel</u> Déficit de régulation <u>Comportementaux</u> Evitement des situations d'évaluation, auto-contrôle Catastrophisation <u>Interpersonnels</u> Soumission et Impulsivité: Agressivité si elle se sent jugée malgré ses justifications ou si elle se sent jugée trop sévèrement	Estime de Soi faible stable Se dit: - « <i>Inadaptée</i> - <i>Inculte</i> - <i>Ratée</i> - <i>Pessimiste et regrette ses choix</i> - <i>Indécise</i> - <i>Fautive</i> - <i>Faible</i> - <i>Craintive</i> - <i>Inutile</i> - <i>Incasable</i> » Rejète les compliments	-S- Perfectionnisme pathologique, auto-critique et auto-surveillance Recherche de ré-assurance Se met des objectifss élevés (concours barreau) +S- Sentiment de Honte notamment corporelle +S- Se renforce dans ses schémas d'imperfection +S- Sentiment d'inutilité Anxiété de performance OS- Répression émotionnelle OS- Procrastination OS- Rejet +S- Culpabilité	Augmentation sentiment d'impuissance et renforcement de la mauvaise estime de Soi Anxiété pour les examens ou les comptes-rendus à sa supérieure + Vomissements Apathie Perte d'efficacité Visualise tout ce qui reste à faire Evitements par les jeux sur son téléphone Concentration , et attention faibles Agitation et insomnies Compulsions alimentaires Isolement Anxiété Méfiance

<u>Antécédents</u>		<u>Processus</u>	<u>Probl psycholog.</u>	<u>Conséquences</u>	
<u>Contexte Facilitateur</u>	<u>Stimuli Déclencheur</u>	<u>Var explicative</u>	<u>Var dépendante</u>	<u>Immédiates (Renforceurs/punisseurs)</u>	<u>Différées</u>
Isolement Traits anxieux Mauvaise Estime de Soi Ressources insuffisantes Surtout face à la détresse Schéma d'imperfection	Contact s • Familiaux • Sociaux et amoureux • Professionnels	<u>Motivationnels</u> Si motivation, c'est par régulation externe (récompense-punition de l'environnement) <u>Métacogn de type II</u> Schéma d'incompétence Comparaisons aux autres <u>Cognitions</u> Biais interprétatifs Déficit de désengagement Attributions causales externes: « <i>Ils me saoulent tous</i> » <u>Emotionnel</u> Déficit de régulation <u>Comportementaux</u> Evitements situationnels et comportemental Anticipation anxieuse Déficit d'inhibition Manque de préméditation <u>Interpersonnels</u> Soumission ou évitement Affirmation de Soi passive/agressive	Affirmation de Soi faible Peur des situations d'évaluation Indécision Aucun espace de plaisir dans les interactions	°S- Procrastination +S- Acceptance sans lutter pour avoir la paix Agitation Répression émotionnelle (refoulement colère et peur) OS- Rejet (en évitant des situations douloureuses) +S- Faux sentiment d'adaptation (en se collant aux règles sociales) Compulsions alimentaires et jeux +S+ Sentiment de contrôle en se soumettant	L'anxiété s'accroît La perte de sommeil s'accroît Mauvaise Estime de Soi perdure Ressentiment Ruminations Perte d'efficacité Concentration difficile Perte d'attention Hostilité, ruptures brutales des liens Méfiance

Elaboration du plan thérapeutique & Planification

Le résumé des processus mentaux se trouve en annexe III, et c'est sur lui que je me repose pour faire mon choix d'intervention psychothérapeutique.

Je vais au préalable présenter mon plan thérapeutique global et sa planification, et puis je rentrerai en détails dans la présentation de mon intervention qui est le coeur de ce travail.

Mon plan thérapeutique se présente comme ceci :

Séances	Contenu	Objectifs
Séances 1 à 5	a) Anamnèse et installation du lien thérapeutique b) Discussion autour des conceptualisations holistique et processuelle c) Auto-observations selon Beck d) Questionnaire de Young e) Explications de la démarche thérapeutique	f) Prise de conscience du fonctionnement globale et des interactions entre les problématiques g) Auto-observations de ses représentations d'elle-même et du monde, de ses croyances dysfonctionnelles h) Fixer les objectifs du client i) Psycho éducation sur l'anxiété sociale j) Tableau d'enregistrement des pensées (Chaloults & al., 2014), dé-fusion pensée-action, explication de la restructuration cognitive, restructuration cognitive (Rusinek, 2006)
Séance 6 à 11	a) Ruminations b) Ecart entre les sois, Estime de Soi et Affirmation de Soi c) Perfectionnisme d) Compétences sociales	e) Psychoéducation : différence entre la réflexion productive et les ruminations qui maintiennent les affects dépressifs, auto observation (détecter les ruminations), observer les conséquences des ruminations (Nef., 2018), utiliser la rumination comme un indice pour agir autrement (qu'est-ce que je ferai si je ne rumine pas ?) (Nef., 2018), exercices de méditation guidée et/ou de pleine conscience (Nef., 2018). f) Exploration des ressources g) Réaliser une balance exigences et ressources (Dethier, 2019), apprendre à reconnaître ses qualités (Dethier, 2019), apprendre à accepter que l'on reste imparfait (Dethier, 2019), ouvrage didactique « Imparfait, libre et heureux » de Christophe André (2019) h) Pratique de l'Auto-compassion i) Flèche descendante, restructuration cognitive, défi sur les croyances, travail sur les biais interprétatif (tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles de Chaloult & al., 2014.).
Séances 12 à 15	a) Activation comportementale b) Tableau de Beck à remplir	c) Explications et principes d) 2 tâches par jour dans un agenda, pour les 15 prochains jours, avec une cote de 1 à 10

Hormis, la conscientisation des processus de rumination, de biais attentionnels et interprétatifs, je décide, au travers de la pratique de l'Auto-compassion, de tenter de mettre à mal les processus-clés telles que les croyances dysfonctionnelles qui génèrent un sentiment de honte et de culpabilité chez ma cliente.

Les recherches démontrent que les trois composantes définissant l'auto-compassion, à savoir la bienveillance envers Soi (chaleureusité, tolérance envers l'échec), la reconnaissance de son humanité et la pleine conscience (aux expériences internes et externes) influencent positivement l'estime de Soi (Neff KD, 2010). La bienveillance s'oppose à l'auto-critique et permet de développer un point de vue moins critique sur Soi. La reconnaissance de son humanité permet de comprendre que personne n'est parfait et de rationaliser les imperfections. C'est ce à quoi je me suis attachée de faire avec ma cliente en initiant une restructuration cognitive avec succès. La pleine conscience des émotions négatives permet de pouvoir les nommer et de les accepter.

Pour toutes ces raisons, et celles citées plus haut dans l'analyse holistique, J'ai mis en place 5 exercices avec Amalia.

1. La pratique des chaises issue de la Gestalt : il s'agit d'installer deux chaises, qui matérialisent la voix critique et une voix alternative bienveillante et compassionnelle. J'ai demandé à Amalia de se rappeler d'une situation dans laquelle elle a été critique et la faire énoncer depuis la chaise critique. Puis lui permettre d'envisager une autre perspective avec une voix bienveillante matérialisée par l'autre chaise. Amalia a pu ouvrir le dialogue entre ses deux voix dans le but de comprendre les ressentis et les besoins de chacune. La pratique se termine lorsque le conflit a pu être apaisé et que chacune des deux voix ont pu tout exprimer et se sentir pleinement « entendue », ce qui peut durer en moyenne 30 minutes.

2. La lettre à un meilleur ami : J'ai demandé à Amalia d'écrire une lettre à une meilleure amie qui rencontrerait les mêmes difficultés que la personne. Il ne s'agit pas de lui donner des solutions, mais d'exprimer notre compassion et notre amitié pour qu'il ne se sente pas seul avec ce qu'il traverse. Ce changement de perspective active plus facilement une posture compassionnelle qui n'est parfois pas du tout envisageable envers soi-même dans un premier temps. Puis ensuite de la lire à voix haute en

adressant la lettre à elle-même. Amalia a beaucoup aimé et réfléchi sur cet exercice dont elle m'a reparlé à plusieurs reprises.

3. Une activité pour prendre soin de Soi : j'ai demandé à Amalia de lister plusieurs activités dans lesquelles elle pourrait prendre soin d'elle ou d'un besoin qui compte pour elle. Ce n'est pas tant l'activité en elle-même qui compte, mais l'intention de prendre soin de soi. Cela a contribué à faire évoluer la relation à soi.

4. Donner de la compassion à la voix critique : de manière verbale ou écrite, il est possible de s'adresser à la voix critique avec empathie en essayant de comprendre ce qu'elle souhaite de bon pour nous en utilisant des reproches. Il s'agit de déterminer les émotions et besoins derrière les critiques. Amalia m'a donné cet exemple: « Tu n'es qu'une bonne à rien et une mauvaise fille », et a pu demander à cette voix quelle est l'utilité de cette intervention, et son objectif.

5. Un toucher compassionnel envers soi : nous avons travaillé les aspects posturaux et physiques de l'auto-compassion. Cela peut être d'identifier un geste bienveillant envers soi, comme se mettre la main sur le cœur, sur l'épaule avant de s'ouvrir à un dialogue bienveillant. Amalia a essayé également de trouver le ton de voix doux avec lequel s'adresser à elle-même. Je l'ai aidée également à trouver une phrase clef qu'elle peut se répéter pour se reconnecter au sentiment de bienveillance envers elle-même.

Au fur et à mesure des 15 premières séances, Amalia s'est beaucoup détendue. Au-delà de la remédiation cognitive, de l'acceptation émotionnelle, la pratique de l'auto-compassion a été un outil majeur dans le suivi d'Amalia qui a conforté un changement de perspective concernant son jugement évaluatif d'elle-même et des autres.

Mise en place d'une évaluation des interventions

Pour évaluer mes interventions, il est important de prendre le temps de savoir à quel stade du changement la cliente se situe, de façon régulière.

Amalia me consulte pour des difficultés importantes et est au stade de l'action (Prochaska et Di Clemente, 1970). Le soutien et l'encouragement sont nécessaires. Le rythme de la patiente est préservé. Mon discours vise le maintien et la consolidation des acquis. Les échanges sont riches et la motivation à changer est renforcée. Il s'agit de résister à la tentation de retourner vers les comportements anciens. Il est également important de prendre en compte les feedbacks d'Amalia par rapport aux exercices proposées. Si besoin est, d'ajuster la thérapie en fonction de sa demande. Après la 1^{ère} séance, j'ai demandé à Amalia de réaliser les tests online, sur le site CPS de l'UCLouvain, et voici les noms des échelles administrées :

<u>Anxiété</u>	Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger (STAI forme Y1) (Crépin & Delerue)
<u>Evitements expérientiels</u>	Questionnaire d'évitement et de fusion (AFQ-Y) (Corman, Dambrun, Bay, & Peffault de La Tour, 2018)
<u>Ruminations</u>	Mini-Certs : A Short Questionnaire to Assess Constructive and Unconstructive Repetitive Thinking (Douilliez, Philippot, Heeren, Watkins & Barnard, 2013)
<u>Ecart entre les sois</u>	SD-S: Self-Discrepancies Scale (Philippot, Dethier, Baeyens, & Bouvard, 2018). Cette échelle est en anglais.
<u>Syndrôme dépressif</u>	BDI- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). Beck Depression Inventory Manual (2nd Edition). Paris, France: Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
<u>Impulsivité</u>	UPPS Impulsive Behavior Scale- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.-C., Khazaal, Y., Besche-Richard, C., & Van der Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behaviour Scale. Comprehensive Psychiatry, 53, 609-615.
<u>Méta- cognitions</u>	MCQ-- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire : properties of the MCQ-30. Behaviour Research and Therapy, 42, 385-396.
<u>Intolérance à l'incertitude</u>	Echelle d'intolérance à l'incertitude- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.
<u>Evitement</u>	MEAQ- Gamez, W., Chmielewski, M., Ruggero, C., Kotov, R., & Watson, D. (2011). Development of a Measure of Experiential Avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. Psychological Assessment, 23(3), 692–713.
<u>TAC (trouble alimentaire compulsif)</u>	EDI-2: Eating Disorder Inventory-2, Garner L., 1991; Nevenon, Clinton D., Norring C., 2006 Inventaire de la boulimie d'Edinburgh; Henderson M., Freeman CPL., 1987
<u>Estime de Soi</u>	Rosenberg

La comparaison des résultats des différentes échelles, avant-après, démontrent une nette amélioration, 8 mois après le début de la prise en charge.

Le schéma auto-évaluatif s'est assoupli et l'estime de Soi implicite est d'un meilleur niveau. L'identification de cette vision de Soi spontanée est meilleure tant au niveau des croyances que des émotions associées, comme par exemple la honte et le dégoût qui ont quasiment disparues. Face aux menaces interprétées comme telles, Amalia montre plus de flexibilité cognitive, montre moins de crainte à être reconnue à sa juste valeur. Elle se trouve plus méritante et montre une certaine fierté sur certains sujets, ce qui peut encore être amélioré. Les comportements de retraits sont moins flagrants. De plus, elle me confie avoir arrêté les vomissements tout au long de la psychothérapie, et avoir espacé de plus en plus aisément les compulsions alimentaires, au point de me décrire une seule rare crise par mois, depuis janvier 2021.

Le trouble alimentaire s'est fortement adouci, en corrélation également avec la pratique d'une activité sportive. Amalia a en effet initié de nouvelles activités, ce printemps 2021, dans lesquelles elle prend soin d'elle et par lesquelles elle peut arriver à se détendre. Cette nouvelle dynamique l'amène à revoir ses objectifs professionnels et à postuler activement pour un nouvel emploi.

Réflexion sur la relation thérapeutique et Conclusion

Tout d'abord, le jeune âge de ma cliente, ainsi que la problématique maternelle, m'a fait réaliser rapidement que je devais être extrêmement prudente dès les premières séances, à ne pas activer des représentations néfastes à la création d'un lien sécurisant, mais à plutôt m'asseoir dans une posture de bienveillance et d'ouverture. J'ai augmenté mon curseur sur l'axe de chaleur et ai diminué le curseur de l'axe de dominance, pour laisser un espace d'expression à ma cliente, autant qu'il a été possible.

Deuxièmement, mes supervisions m'ont fait comprendre que ce regard compassionnel allait être réutilisé par ma jeune cliente, pour qu'elle puisse se regarder autrement et envisager

d'autres manières d'expérimenter sa vie. Elle me dit avoir mis en place tous les exercices et tirer une certaine fierté de sa progression.

Troisièmement, pour réaliser cette pratique, j'ai fait l'exercice moi-même, en travail personnel avec mon psychothérapeute, d'expérimenter ce qui n'est pas de trouver une solution à tout prix, ou de changer mes émotions, mais bien d'être bien avec moi-même malgré les difficultés. J'ai développé cette capacité à être bienveillante avec moi et d'accueillir ce qui vient.

Ce dernier exercice d'analyse qui clôture ma 3^{ème} année de formation, a été une formidable opportunité d'exercer un savoir-faire et un savoir-être, d'innover dans ma pratique tout en prenant conscience des progrès et des avancements majeurs dans ma pratique de la psychothérapie. Je suis satisfaite d'avoir pu créer les conditions d'une guérison chez ma cliente, d'avoir activer ses ressources et une meilleure compréhension d'elle-même.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition) (M.-A Crocq & J. D. Guelfi, Trans.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson. (Original work published 2013)
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Clauw, L., Nachtergaeel, H. (2019). Séminaire avancé de pratique clinique de 1^{ère} année du master de spécialisation en cliniques psychothérapeutiques intégratives et séminaire sur l'estime de Soi.. Louvain-La-Neuve: UCLouvain.
- Fennell, M. (2013). *Surmonter la faible estime de Soi*. Dunod
- Fennell, M. (1998). Low self-esteem. Dans N Tarrier, A. Wells and G. Haddock (Eds), *Treating Complex cases. The cognitive behavioural therapy approach*. West Sussex: John Wiley and sons.
- Foisy, M.-L. (2019). Séminaire avancé d'entretien motivationnel de 1^{ère} année du master de spécialisation en cliniques psychothérapeutiques intégratives. Louvain-La-Neuve: UCLouvain.
- Gilbert P. Proctor S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and selfcriticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical psychology an psychotherapy*, 13, 353-379
- Kraft, B., Jonassen, R., Heeren, A., Harmer, C., Stiles, T., & Landrø, N. I. (2019). Attention Bias Modification in Remitted Depression Is Associated With Increased Interest and Leads to Reduced Adverse Impact of Anxiety Symptoms and Negative Cognition. *Clinical Psychological Science*, 7(3), 530–544. DOI: 10.1177/216770261882
- Orth, U, Robins, R.W.(2016). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in psychological science*, , 455-460.
- Philippot, P. (2007). *Emotions et psychothérapie*. Nouvelle édition 2019. Bruxelles: Ed. Mardaga.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New-York: Basic books.
- Van der Linden, M. (2016). S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques. In J.-L. Monestès & C. Baeyens (Eds.), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : Alternatives aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (pp. 11-25). Paris, France : Dunod.
- Wollast R. (2018). La compassion pour Soi-même peut-elle protéger des conséquences néfastes liées à une image corporelle négative.
Researchgate.https://www.researchgate.net/publication/334064524_La_compassion_pour_soi-meme_peut-elle_proteger_des_consequences_nefastes_liees_a_une_image_corporelle_negative
- Young, J.E. , Klosko, J.S., Weishaar, M. E. (2017). *La thérapie des schémas*. Louvain La-Neuve: Editions De Boeck Supérieur.

Annexe I

Résumé des processus

1) Les processus motivationnels

Nous observons une motivation extrinsèque selon deux versants : Une régulation externe de l'action (récompense punition de l'environnement), et une régulation introjectée de l'action (règles de conduites & obligations/interdictions). La motivation est alors régulée par l'extérieur.

- Concernant les affects dépressifs : « Je n'en peux plus des reproches de mon entourage car il me semble tout faire pour les satisfaire».
- Concernant l'anxiété : « La soirée sera calme si mon mari est satisfait de mes actions chez les médecins et près des puéricultrices ».

En se pliant à ce qu'on attend d'elle, les conséquences immédiates servent de renforçateurs à perpétuer les comportements attendus.(conditionnement opérant)

L'autre moitié du temps, Amalia peut montrer une régulation intrinsèque tourner vers l'intérêt du couple et les plaisirs personnels, en pratiquant des activités de yoga.

2) Les processus métacognitifs de type II

Dans les deux problématiques psychologiques (affects dépressifs et anxiété), Amalia se structure sur un type de schéma d'incompétence. Elle est en recherche d'attention et de réassurance de façon presque permanente.

3) Les processus cognitifs

Dans les deux problématiques psychologiques, un biais attentionnel envers les éléments et événements négatifs est présent. En effet, elle portera plus facilement son attention sur les remarques négatives des autres ou envers une tâche future à laquelle elle pourrait échouer. Cela crée un gap important entre le Self, Ideal Self et Social Self, vu l'importance en fréquence et intensité, des croyances dysfonctionnelles évaluatives.

De plus, nous constatons un biais interprétatif ce qui veut dire que Amalia a tendance à interpréter de manière négative les stimuli.

Dans la problématique, nous observons, en plus, un déficit de désengagement : En consultation, Amalia amène toujours les mêmes situations qui provoquent de la détresse. Ceci semble nourrir les ruminations abstraites dépressives de la 1ère problématique à savoir la faible estime de Soi.

4) Les processus émotionnels

Dans les deux problématiques psychologiques, Amalia a du mal à réguler ses émotions, en fonction du contexte si l'enjeu est grand. En réprimant ses émotions, elle évite la détresse, mais nourrit une agitation anxieuse et des ompulsions de tout ordre.

5) Les processus comportementaux

Dans la problématique des affects dépressifs, Amalia nous montre des comportements d'évitement, de procrastination, qui lui évitent les situations d'évaluation, et le rejet attendu, mais nourrit un fort isolement.

Ses difficultés dans l'expression de ses désirs et sentiments, nourrissent un sentiment d'inadéquation et d'inadaptation qui se renforcent quotidiennement. D'autre-part, nous observons un déficit d'auto-apaisement qui nourrit la culpabilité, lui fait entrevoir un avenir sombre, de la méfiance, et engendre de la frustration.

6) Les processus interpersonnels

Dans les deux problématiques psychologiques, Amalia se sent très inconfortable dans les relations interpersonnelles, active des comprtements d'évitement, de soumission, puis d'agressivité, si elle se juge inadéquate ou si elle se sent jugée par les autres. Cela produit à long terme du ressentiment, un sentiment de victimisation voire de l'hostilité.