

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a network of light blue lines and small circles, resembling a circuit board or a neural network, extending from the top left towards the bottom left.

LES DIFFÉRENTES PSYCHOTHÉRAPIES

LESQUELLES , POUR QUI ET À QUI ADRESSER ?

Psychothérapie: acte de soigner l'esprit par l'esprit

OBJET: ce qui pose problème, ce qui fait souffrir

BUT: le changement ou l'acceptation

Différents cadres mais un dénominateur commun: la rencontre entre 2 personnes qui possèdent un savoir et une relation unique au monde.

Ingrédients nécessaires:

- empathie : capacité de se mettre à la place de l'autre sans quitter la sienne
- confiance : respect d'un cadre, d'une déontologie
- suggestion : capacité à se laisser influencer par le thérapeute, qui dépend de la confiance placée dans ce dernier et la capacité de celui-ci à exercer une influence positive
- engagement de la personne souffrante

OBJECTIFS

- Connaître différentes psychothérapies
- S'y repérer un peu plus
- Pour mieux orienter

DÉROULÉ DE SÉANCE

- Brainstorming
- Les différents courants psychothérapeutiques en France
- Les principales psychothérapies
- Les freins et les réticences

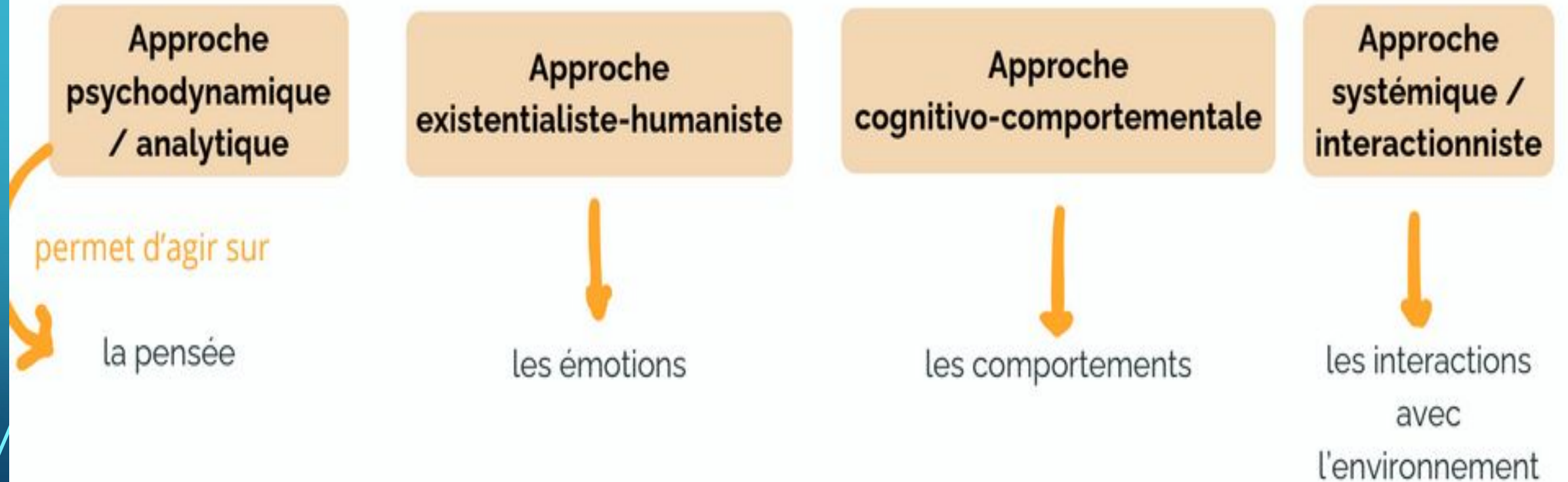
BRAINSTORMING

- Quelles sont les différentes psychothérapies que vous connaissez ?
- Indiquer sur chaque post it :
 - Type de thérapie
 - Principe
 - Indications

LES DIFFÉRENTS COURANTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES EN FRANCE

- Approches psychodynamiques / psychanalytiques
- Approches comportementales et cognitives
- Approches humanistes et existentielles
- Approches systémiques
- Autres (thérapies intégratives, neurosciences)

4 grands types d'approches thérapeutiques issues de la psychologie



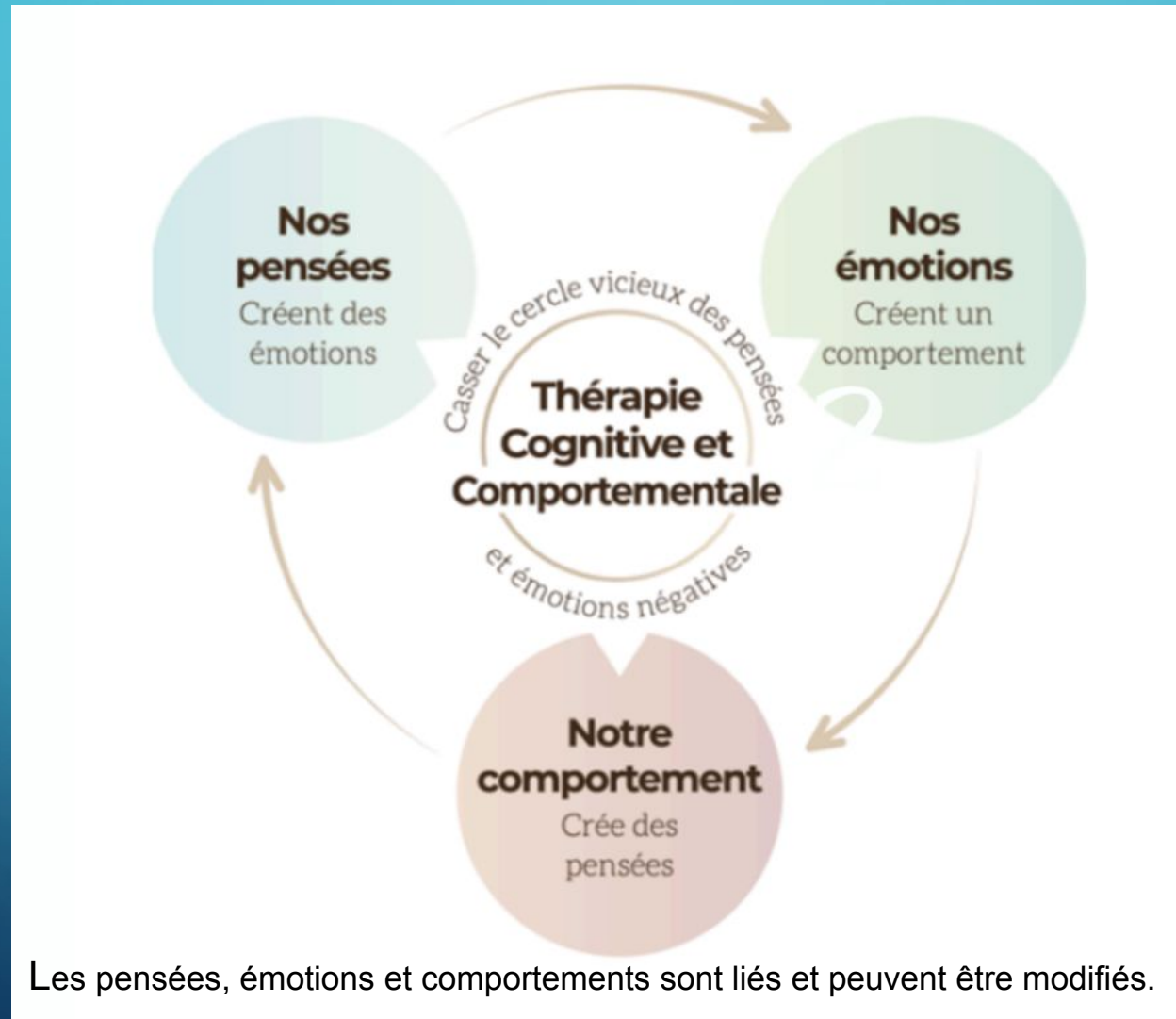
Approches psychodynamiques / psychanalytiques

- **Origine** : Freud et ses successeurs (Jung, Klein, Winnicott...).
- **Concept central** : l'inconscient influence nos pensées, émotions et comportements.
- **Objectifs** : explorer les conflits internes, les expériences infantiles, les relations précoces.

Approches cognitives et comportementales

- **Origine** : 1^{re} vague = principes du conditionnement (Pavlov, Skinner, 50-70s). On ne s'intéresse ni aux pensées, ni aux émotions. Le but est de modifier les comportements problématiques par apprentissage. Puis révolution neurocognitive (Aaron Beck, Ellis 70-90s) = 2^e vague thérapies cognitivo-comportementales classiques. 3^e vague : thérapies contextuelles ou intégratives (à partir des années 1990-2000)
- **Concept central** : Pensées, émotions et comportements sont liés. Les dysfonctions d'ordre psychologique sont causées par des apprentissages de pensées ou de comportements inadaptés que l'on peut corriger.
- **Objectifs** : corriger les raisonnements problématiques afin de modifier les comportements et les pensées dysfonctionnelles
- **Points forts** : basé sur des preuves, efficacité démontrée pour de nombreux troubles, durée souvent brève
- **Limites** : moins axée sur l'exploration des causes profondes.

Approches cognitives et comportementales (TCC)



Approches humanistes, existentielles

Concept central : chacun possède en soi les ressources pour ne plus souffrir

Objectif : identification des problématiques et ressources du patient

4 sous groupes:

- psycho corporelles : abord par le corps (massages, respiration...)
- courant transpersonnel qui se base sur des notions existentielles voire spirituelles
- thérapies créatives : se base sur le potentiel créatif et l'interprétation des oeuvres produites
- thérapies basées sur la parole

Points forts : Le travail porte plus sur les sensations et les émotions que sur la pensée, plus sur le "comment" que sur le "pourquoi"

Limites : approches parfois difficiles à cerner, prudence dans la compétence du thérapeute.

Approches systémiques

- **Origine** : École de Palo Alto, théories de la communication (Bateson, Watzlawick...).
- **Concept central** : le symptôme prend sens dans un système relationnel (famille, couple...). ce n'est pas le patient qui dysfonctionne mais les interactions entre les différents intervenants du système
- **Objectifs** : modifier les interactions dysfonctionnelles.

Un mot sur :

Thérapies intégratives ? assemblage de différents éléments de thérapies spécifiques avec prise en compte de l'individu dans sa globalité (corps, émotions, pensées, spirituel)

Neurosciences ?

Appartiennent aux **sciences cognitives** : sciences interdisciplinaires pour comprendre le fonctionnement humain.

- Neurosciences : cerveau étudié sur le plan anatomique, biologique, moléculaire, chimique, physiologique...
- Psychologie clinique
- Philosophie
- Anthropologie
- Linguistique

Intrication du biologique avec le contexte social et culturel, l'histoire.

LES DIFFÉRENTES PSYCHOTHÉRAPIES

- Classement dans les colonnes
- Définition des principales psychothérapies et exemples d'applications cliniques

Type de thérapie	Principe	Indications	Contre-indications	Effets attendus	Exemple	Mémoire mobilisée	Profils de personnalité adaptés
TCC	Modifier pensées et comportements	Anxiété, phobies, TOC, addictions, dépression, insomnie, douleurs	Faible motivation, personnalité instable	Réduction symptômes, stratégies concrètes	Exposition phobique	Mémoire procédurale (apprentissage), sémantique (restructuration cognitive)	Obsessionnelle, anxieuse, évitante
Psychodynamique / Psychanalyse	Explorer inconscient et conflits	Névrose, angoisse troubles personnalités, répétitions de schémas	Psychose aiguë, crise suicidaire	Compréhension de soi, évolution relationnelle	Analyse de rêves, association libre	Mémoire épisodique, autobiographique, implicite/émotionnelle	Névrotique, borderline, histrionique
Systémique	Travailler sur interactions familiales/couple	Conflits familiaux, troubles enfants/adolescents	Refus d'implication familiale	Amélioration communication	Décrochage scolaire lié aux disputes parentales	Mémoire épisodique (scènes relationnelles), implicite (patterns)	Dépendante, évitante, profil relationnel
Humaniste (Gestalt, ACP, AT...)	Accent sur vécu subjectif et authenticité	Dépression/anxiété légère, quête de sens	Psychose sévère	Affirmation de soi, développement personnel	Chaise vide	Mémoire épisodique (expériences), implicite (émotions)	Évitante, dépendante, quête identitaire
EMDR	Désensibiliser souvenirs traumatiques	TSPT, traumatismes	Psychoses, instabilité émotionnelle	Apaisement, réduction intrusion	Mouvement oculaire sur souvenir	Mémoire épisodique (trauma), implicite/émotionnelle	Anxieuse, traumatisée, évitante
Pleine Conscience	Méditation sur l'instant présent	Prévention rechutes dépressives, anxiété, douleurs	Dissociation sévère, psychose	Régulation émotionnelle, acceptation	Méditation respiration	Mémoire procédurale (pratique méditative), implicite (émotionnelle)	Anxieuse, obsessionnelle, perfectionniste
Hypnose	État modifié de conscience mobilisant ressources inconscientes	Douleur chronique, anxiété, phobies, addictions	Psychose, dissociation sévère	diminution symptômes,	Visualisation apaisante	Mémoire implicite/émotionnel épisodique,, Mémoire sémantique	Suggestible, anxieuse, phobique
Somatic Experiencing (SE)	Libération trauma via sensations corporelles	TSPT, psychosomatique, anxiété somatique	Psychose non stabilisée	Régulation physiologique	Observer tremblements corporels	Mémoire implicite/émotionnelle, procédurale (réflexes corporels)	Traumatisée, évitante, hypersensible
TLMR (Thérapie du Lien et du Monde Relationnel)	Explorer les blessures du lien et restaurer une sécurité relationnelle	Traumatismes relationnels, troubles de l'attachement, difficultés affectives	Psychose aiguë, incapacité à soutenir une relation thérapeutique	Amélioration du lien à soi et aux autres, réparation des traumatismes relationnels	Explorer un souvenir de rupture affective dans la relation thérapeutique sécurisée	Mémoire épisodique (souvenirs relationnels), implicite/émotionnelle (attachement)	Personnalité dépendante, évitante, borderline

Les différentes approches



LES DIFFÉRENTS COURANTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES EN FRANCE

- Ce qui compte pour qu'une psychothérapie fonctionne :
 - L'implication du patient 40%
 - L'alliance thérapeutique 30 %
 - La confiance en l'efficacité du traitement 15 %
 - **La spécificité de la thérapie 15%**

FREINS ET RÉTICENCES

- Situations cliniques
 - L'étudiant qui présente un trouble anxieux
 - Le patient qui commence à présenter des troubles qui vous font penser à un burn out
 - La patiente qui présente des signes de dépression depuis plusieurs semaines mais qui ne veut pas de médicament et a déjà vu un psycho quand elle était petite et cela n'avait rien donné
 - La patiente douloureuse chronique, réfractaire à tout traitement, dont l'existence tourne autour de ses symptômes et du handicap généré par ses symptômes

FREINS ET RÉTICENCES

- Difficultés du médecin à orienter le patient
- Aspect financier
- La confiance dans les psychologues à qui on adresse / le réseau
- Échec d'une première thérapie (voire plus)
- Patient qui n'en voit pas l'intérêt
- La mauvaise image du soin psychique dans la population

FREINS ET RÉTICENCES

- Difficultés du médecin à orienter le patient

- Évaluer dans quelle catégorie se trouve le patient : **Aiguë** / **Chronique** / **Existentielle**

Exemple : dépression réactionnelle, réponse symptomatique à la souffrance puis chronicisation avec échec de la réponse symptomatique, échec des traitements médicamenteux puis atteinte existentielle de la dépression (envahit tous les champs de la vie de la personne)

Est-ce que le patient a une vision seulement médicale de sa problématique ?

Ou bien a-t-il ouvert l'idée qu'il puisse y avoir une composante psychologique à sa problématique ?

Dans la catégorie chronique ou existentielle, il s'agit de traiter la relation de la personne à son symptôme.

- Réfléchir avec lui sur son **objectif**, la **finalité** attendue de la thérapie
- Identifier le profil de personnalité du patient
- Aborder la thérapie **tôt**, comme un plus et non comme un échec à ce qui a été fait

FREINS ET RÉTICENCES

- **Aspect financier**

- Mon soutien psy: 12 séances/ année civile, enfants à partir de 3ans et adultes, sans ordonnance, avance de frais tarif conventionné 50e (hors C2S) <https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>



- Santé psy étudiants : 12 séances/année universitaire sans avance de frais

FREINS ET RÉTICENCES

- La confiance dans les psycho à qui on adresse / le réseau

- Définition psychologue/ psychologue clinicien/psychothérapeute/ psychopraticien
Avoir un numéro RPPS (prof. médicaux et paramédicaux) ou Adeli (prof. réglementés non médicaux)
≠ psychopraticien (non réglementé)
Psychothérapeute = titre professionnel mais pas spécifique à une profession
Facture, sites internet des psychologues, parcours de formation
- Réseau de professionnel ci-joint
- Associations : Forsyfa (pour la systémie), EMDR France, AFTCC aftcc.org, MDA, Pâtes aux beurrés, ANEF
FERRER <https://www.anef-ferrer.fr>, Somatic experiencing
<https://www.apf-somatic-experiencing.com/trouver-un-therapeute/>, Citadelles, CESaME 44 (migrants), Psy
situe.es <https://psysafeinclusifs.wixsite.com/psysafe/get-involved>, Solipsy

FREINS ET RÉTICENCES

- Échec de thérapie ? facteurs prédictifs de drop-out (études empiriques)

- échec de la mise en place d'une relation interpersonnelle
- personnalités "borderline" : effet direct sur l'alliance thérapeutique
- la façon dont le patient se représente un thérapeute, une thérapie
- Attentes quant à la durée de la thérapie
- cadre organisationnel inadapté

L'échec inaugural pourrait être la porte d'entrée dans une thérapie qui ne naîtra que dans un second temps.

La relation thérapeutique reste la donnée essentielle.

FREINS ET RÉTICENCES

Et si c'était un traumatisme complexe ?

Définition

Présentation

Pourquoi il est plus compliqué d'accepter une thérapie?

Le traumatisme complexe (ou CPT) est une forme de trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui résulte d'expositions prolongées à des situations traumatisantes, un contexte. Il diffère du TSPT classique par la durée, leurs conséquences profondes sur la personnalité et le développement.

Causes :

- Maltraitance physique, affective ou fusion invoquée dans l'enfance
- Négligence parentale ou abandon
- Violence domestique
- Exposition prolongée à des conflits ou à la guerre
- Emprise psychologique (manipulation, lumineuse)
- Environnements instables et insécurisants

Symptômes principaux (qui entraînent parfois une erreur diagnostique avec des patients étiquetés à tort de trouble bipolaire ou psychose...)

Le traumatisme complexe entraîne une perturbation globale du fonctionnement psychologique, émotionnel et relationnel :

Dérégulation de l'humeur

- o Difficultés à gérer le stress, les émotions intenses (colère, honte, culpabilité..) o Parfois des effets explosifs ou un isolement

2. Problèmes relationnels

- o Difficulté à établir et maintien des relations d'intérêt
- o Peur de l'abandon ou dépendance affective

3. Image de soi négative

- o Sentiment de honte, de culpabilité,
- o Impression d'être "cassé(e)" ou indigne d'amour. Souillure, différents des autres etc ??

4. Symptômes dissociatifs: o Dépersonnalisation: , o Amnésie partielle ou flashbacks intrusifs

5. Hypervigilance et symptômes v physiques: o Troubles du sommeil, fatigue chronique, o Réactions de panique ou de sursauts

6. Altération de la perception de l'agresseur: o Préoccupation (y compris préoccupation de revanche), o Attribution irréaliste d'un pouvoir absolu à l'agresseur

- o Idéalisation ou reconnaissance paradoxale

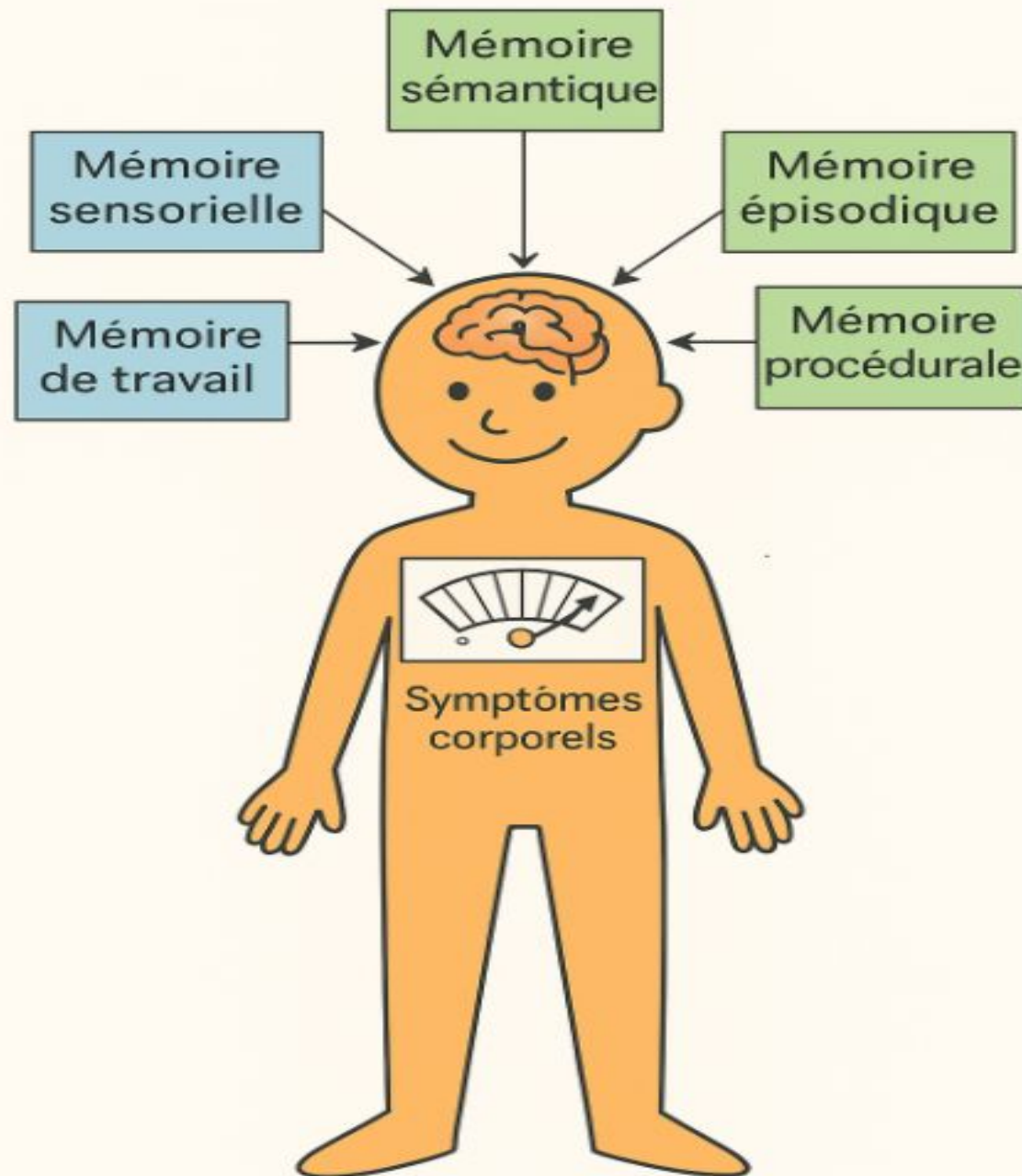
parmi les difficultés à entrer dans une thérapie pour les patients victimes de trauma complexe , outre les symptômes liés à ceux-ci , le médecin peut rappeler 4 émotions importantes présentes chez les patients souffrant de trauma complexe :

1) La culpabilité : tentative de tirer une leçon utile d'un désastre et de retrouver un certain sentiment de contrôle (je suis méchante puisque sinon maman ne me taperait pas)

2) La honte : réponse à l'impuissance , à la violation de l'intégrité corporelle et à l' indignité subies sous le regard de quelqu'un d'autre. (qui entraîne souvent une résistance dans le travail)

3) Le doute : incapacité à soutenir son propre point de vue tout en restant en connexion avec les autres .Certains enfants se retrouvent à nier leur identité pour rester en contact avec leurs parents.

4) La double pensée : l'enfant doit trouver le moyen de construire une forme d'attachement primaire à des donneurs de soins dangereux ou négligents. Il doit trouver le moyen de développer le sens de la confiance et du sentiment de sécurité avec des donneurs de soins indignes de confiance et peu sûrs . Il doit développer une capacité d'autorégulation corporelle dans un environnement hostile



FREINS ET RÉTICENCES

- Patient qui n'en voit pas l'intérêt
- La mauvaise image du soin psychique dans la population

CONTACTS

Annuaire non exhaustif

avec association (TCC, Psychotrauma de l'ouest, Somatic Exp, thérapie familiale)

noms transmis par psychiatres, psychologues, CMP, etc..

ALORS QU'EST CE QU'ON EN RETIENT ?

- Aller voir sites internet
- Définition psychopraticien et psychologue
- Schema espace vital
- Penser au trauma complexe
- 40% reussite lié à implication du patient
- Physiopatho
- 12 séances mon soutien psy sans adressage / dispositif dédié étudiants
- Centre régional psychotrauma de Nantes (sensibilisation, outils) / Nouvelle Aquitaine en visio
- Positionnement en tant que soignant

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- Pépín C. Vivre avec son passé: une philosophie pour aller de l'avant. Paris: Allary Éditions; 2023. Charles Pépín propose une exploration philosophique enrichie par les neurosciences pour apprendre à faire du passé une ressource plutôt qu'un poids, en puisant dans la philosophie, la culture et les pratiques thérapeutiques récentes
- Heller L, LaPierre A. Guérir les traumatismes du développement: restaurer l'autorégulation, l'image de soi et Paris: InterÉditions; 2024. Les auteurs présentent le modèle NARM (Neuro-Affective Relational Model), une approche thérapeutique innovante pour traiter les traumatismes développementaux en rétablissant l'autorégulation et l'image de soi
- Levine PA. Guérir par-delà les mots: comment le corps dissipe le traumatisme et restaure le bien-être. Paris: [éditeur français non précisé]; [année non précisée]. (Titre original : Healing Trauma). Levine examine le trauma comme un déséquilibre corporel, que le corps peut dissoudre naturellement grâce à des processus somatiques et l'approche Somatic Experiencing
- Herman JL. Reconstruire après les traumatismes: de la maltraitance domestique aux violences sociales. Paris: [éditeur français non précisé]; 2023. (Titre original : Trauma and Recovery). Ouvrage fondamental sur le trauma complexe, décrivant les stades du rétablissement et les réponses thérapeutiques aux violences domestiques et sociales
- Bardot E, Bardot V, Roy S. De l'HTSMA à la thérapie du lien et des mondes relationnels: naviguer à travers les mondes traumatiques — guide thérapeutique. Paris: [éditeur non précisé]; 2022. (Cultura)

BIBLIOGRAPHIE

- Psychologues ou Psychiatre formés au psychotrauma : <https://www.crp-pays-de-la-loire.fr/annuaire/>
- EMDR France <https://www.emdr-france.org/fr/annuaire/recherche>
- Les 4 courants de psychothérapies en video <https://www.youtube.com/watch?v=CymiMzUg8yc&t=8s>
- Traumatismes et Système Nerveux : Comment se Libérer du Mode Survie
https://www.youtube.com/watch?v=HVVpa_-pLkE
- Qu'est ce qu'une TCC <https://www.atcco.fr/les-tcc>
- <https://psyaparis.fr/echec-therapie-psychologie/>

Pour aller plus loin ...

Vidéo “Ce que ton cerveau ne veut pas que tu saches avec A. Moukheiber”

<https://youtu.be/daQytfibS5Q>

Vidéo “ Suis-je mon cerveau” Arte, avec A. Moukheiber

<https://youtu.be/bu4vQSR4ge4?si=RY1qUHCYiailXRmO>

Vidéo “Conférence Neuromania à la Cité Miroir” A. Moukheiber

<https://youtu.be/jU4v07Cqe8g>