

La relation thérapeutique





Une **relation thérapeutique** est un ensemble d'échanges qui se passent entre deux personnes dans le cadre d'un soin apporté à l'une d'elles:

- soit en complément à d'autres actions (médicaments, hospitalisation, rééducation, activités...)
- soit comme modalité principale et privilégiée (psychothérapie verbale individuelle, groupale ou médiatisée)



COURS 1

La relation initiale, comme prototype des autres relations



Une relation fusionnelle

Le nourrisson méconnaît son état de dépendance, car dans son esprit lui et son environnement ne font qu'un. L'acquisition de la personnalité n'est pas achevée et se fera dans la relation à l'autre.



Winnicott et l'indistinction
moi et non moi



Anzieu et le Moi-peau: fantasme
primaire d'une peau commune

La mère suffisamment bonne selon Winnicott

Holding

- Portage physique et psychique
- Sentiment de solidité interne
- Garante des sentiments de sécurité intérieure
- Intériorisation du soutien extérieur (structure interne)



Handling (Taking care)

- Le prendre soin
- Ensemble de contacts qui donne à l'enfant le sentiment d'être un tout
- La mère nomme les différentes parties du corps de l'enfant (enveloppe contenante)



Object presenting

- Objet trouvé créé
- Illusion d'omnipotence
- Frustrations progressives



Passer de 1 à 2



L'objet transitionnel, c'est le
doudou

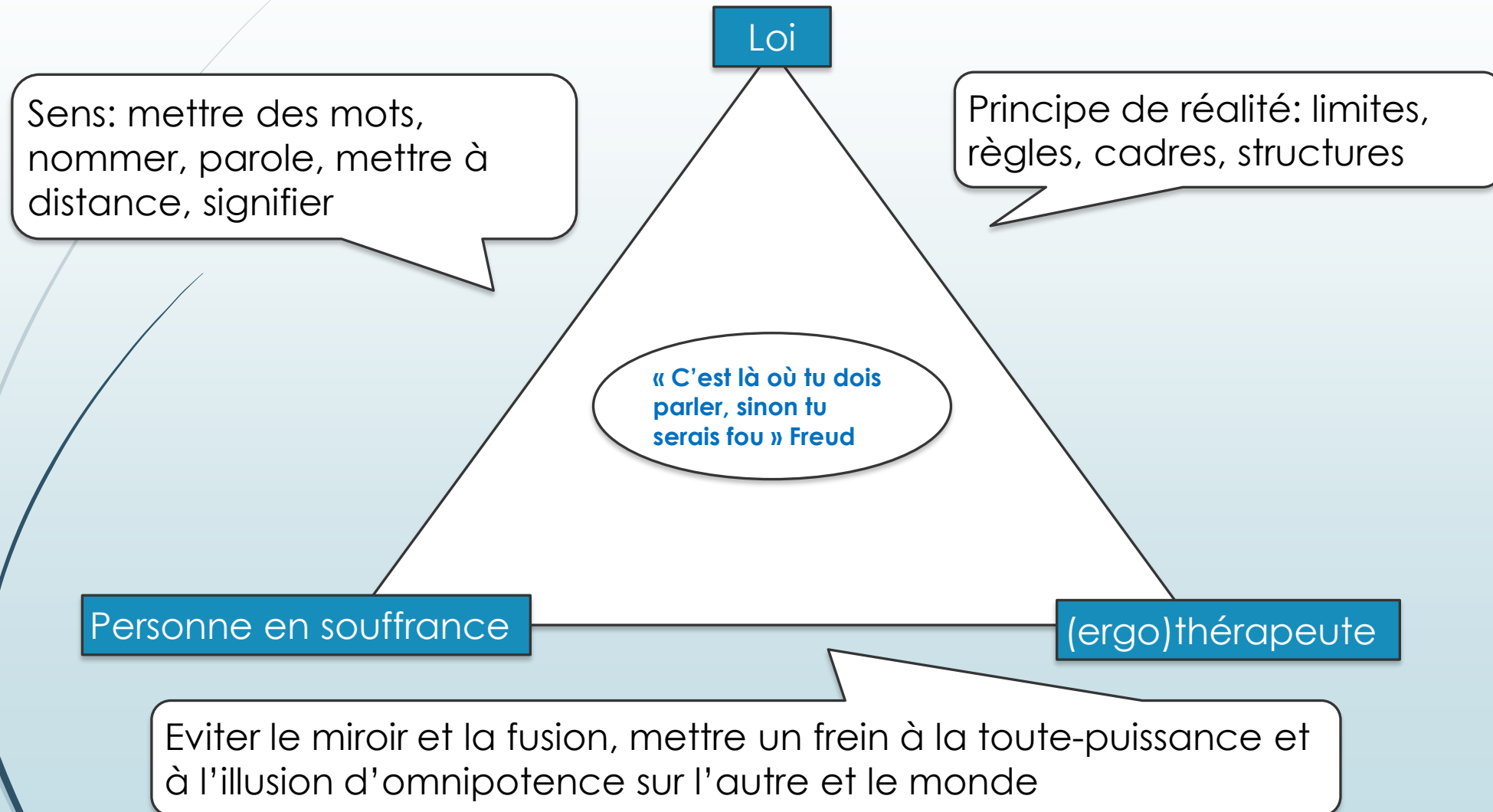
Premier objet non-Moi qui
permet de supporter l'absence
de la mère

Puis à 3: le triangle Œdipien

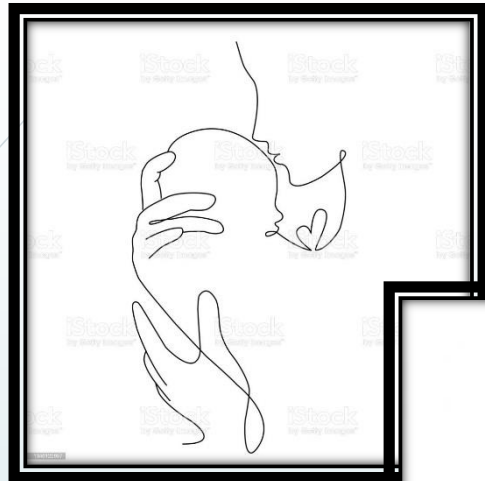


C'est le père et sa parole qui viennent mettre un tiers séparateur entre l'enfant et la mère: le tiers symbolique de la Loi

Une triangulation nécessaire en thérapie



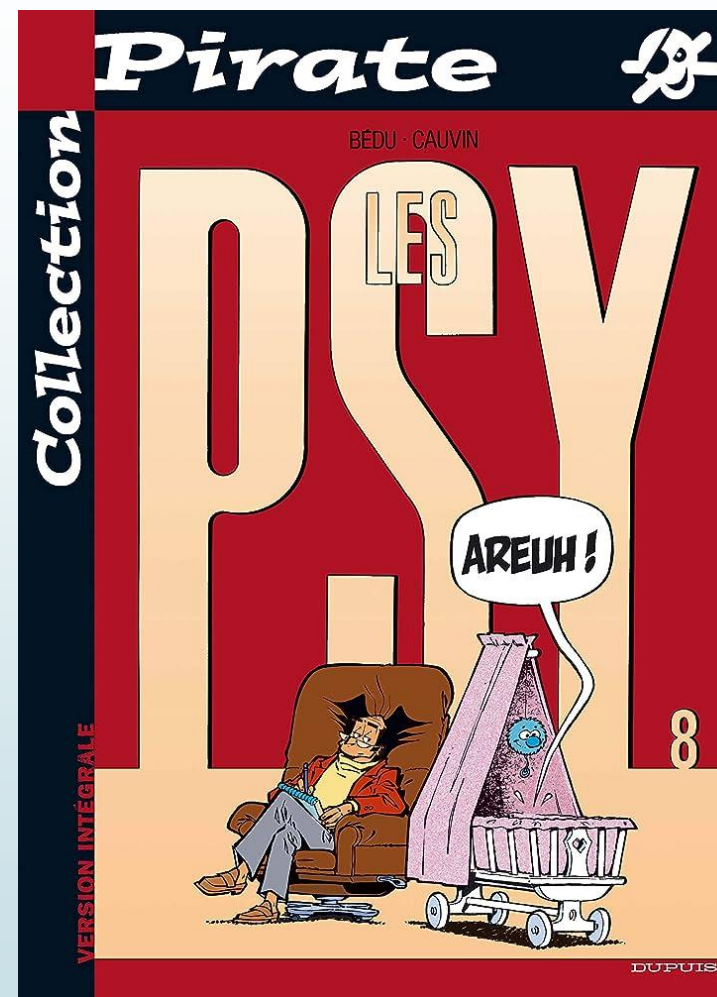
Figures intériorisées dans notre tableau de famille intérieur



En tant que thérapeutes, nous ne sommes pas les parents des patients...

Mais nous sommes bien souvent les personnes fantasmées idéales qui viennent prendre soin...

Ou qui déçoivent...



C'est la relation qui soigne



Mais comment?

Quelles différences avec une relation sociale ?

- Asymétrique
 - Une relation non choisie
 - Attente et demande d'aide
 - Dans un contexte particulier (cadre thérapeutique)
 - Distance physique et psychique différente
 - Engagement relationnel lié aux rôles et aux contrats sociaux
 - Une relation vouée à disparaître



Relation thérapeutique dans différents contextes...

Soins somatiques



Santé mentale



Psychiatrie

Douleurs



Avec différentes modalités de soin...

Psycho-éducation



Psychothérapies



TCC



Prévention

Réadaptation

Rééducation



ETP

Réhabilitation
psycho-sociale

Dans des cadres thérapeutiques adaptés

Contenants

Confidentiels

Structurés et
structurants

Spatiaux et
temporels

Spécifiques ou partagés



Référés à une Loi
sociale, institutionnelle

Métaphore de l'espace
psychique personnel

Ecologiques
ou artificiels

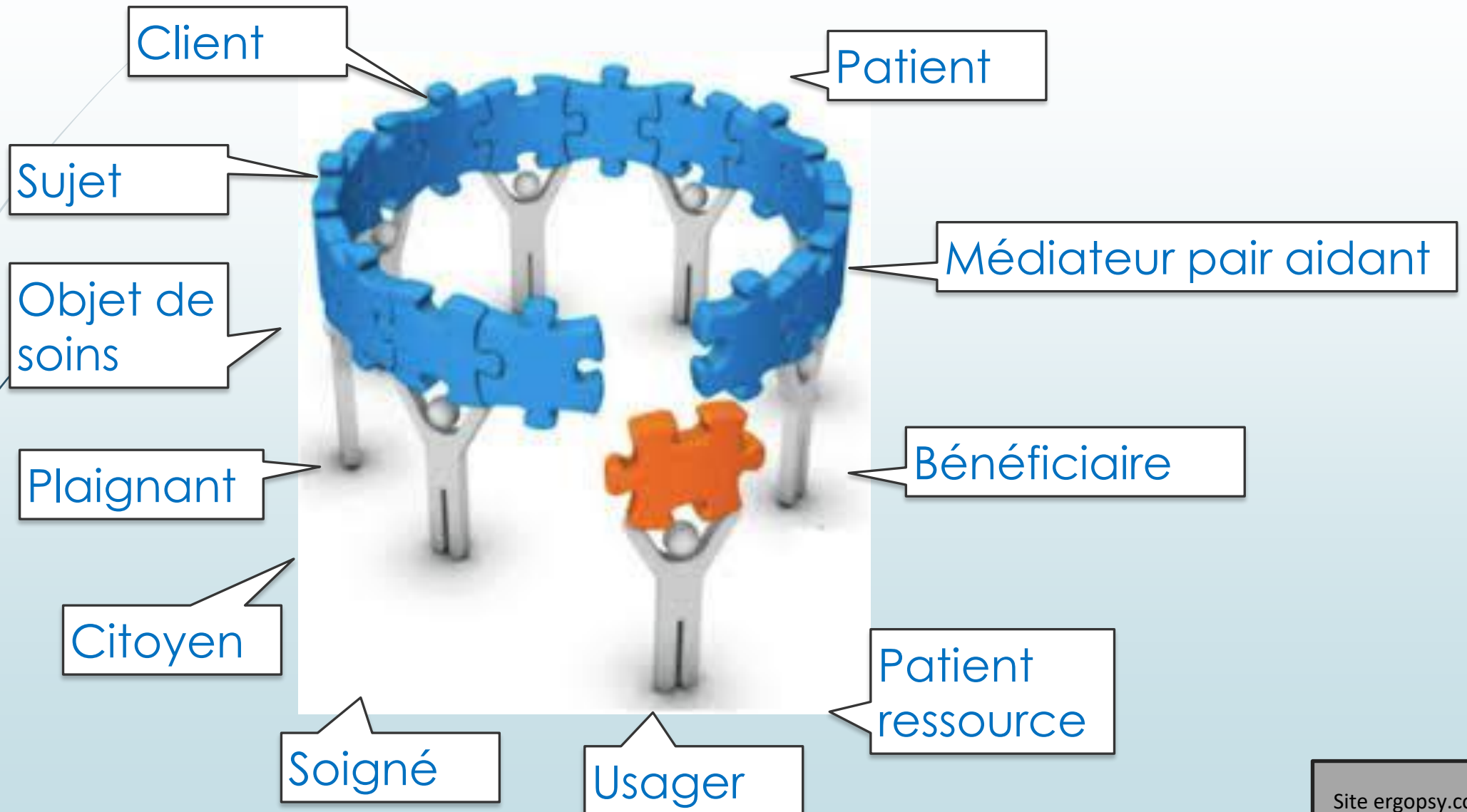
Modalités de
fonctionnement

Une relation thérapeutique



entre deux personnes...

Comment nomme t'on la personne?



Quelles sont les attentes de la personne?

Besoins



Guérir

Demandes

Désirs conscients et inconscients

Changer



Engagement

Motivations

Être soi-même

Être un-e patient-e

La personne en souffrance vit difficilement **ce qui lui arrive**

- Quel nom donne t'on? souffrance psychique, troubles psychiques ou psychiatriques, maladie, pathologie, santé mentale
- Quelle relation développe la personne vis-à-vis de cela: adaptation, refus, bénéfices secondaires
- Confrontation à la souffrance qui demande une grande mobilisation d'énergie psychique
- Modification de l'image de soi par le passage d'un soi en bonne santé à l'image d'un soi malade
- Dépendance à autrui qui peut renvoyer à des relations parentales, à des angoisses d'abandon, à un sentiment de vulnérabilité

Hospitalisation: de nombreuses ruptures: Moment anxiogène

- Perte de repères par changement de lieu
- Perte d'intimité personnelle dans un lieu social
- Modifications du rythme personnel
- Passage d'un corps sujet à un corps objet de soins

Création de plus en plus d'observatoires de la souffrance des soignants.

OSAT



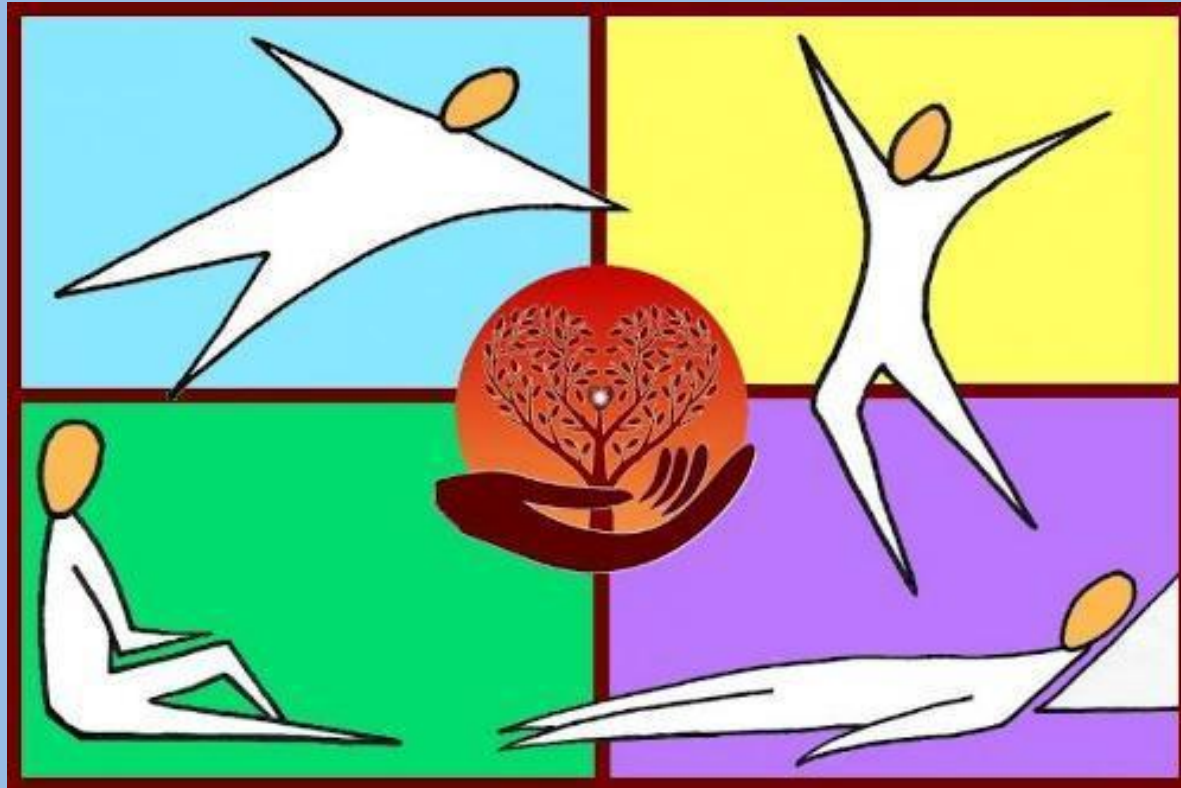
Observatoire de la Souffrance Au Travail

- La maladie du patient-e est une première forme de « violence »
 - La confrontation à la maladie, la souffrance, la misère sociale peut impacter le psychisme du soignant
 - Le soignant peut être renvoyé à sa propre fragilité, sa propre finitude, ou la situation peut même réactiver d'anciens traumatismes
 - Au quotidien des situations de violence peuvent être vécues sous la forme d'incivilités (pouvant entraîner une baisse de l'estime de soi), d'agressivité verbale et physique, de stress chronique (culpabilité, perte de confiance en ses capacités à soigner), de stress post-traumatique (en cas d'agression physique)
 - La violence peut être aussi institutionnelle (non respect des besoins ou des rythmes des soignants, dévalorisation, manque de soutien et de moyens)

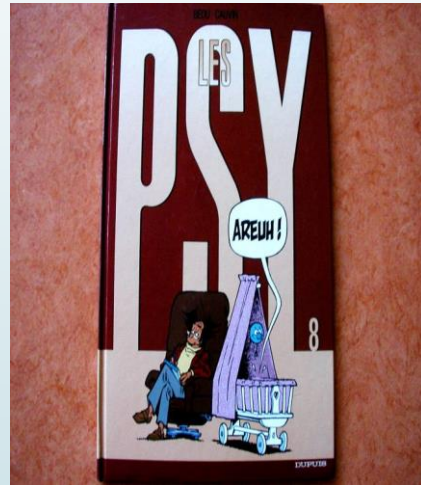
COURS 2

Comment Être thérapeute?

Sur quels concepts peut-on s'appuyer?



Quelles sont nos intentions? Nos valeurs?



SUPERVISION

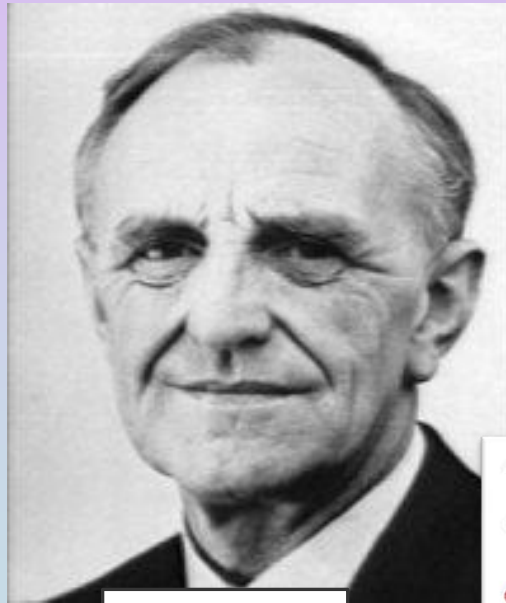
Des concepts côté psycho-dynamique



Freud

Penser et réfléchir la relation

Thérapeute suffisamment bon



Winnicott



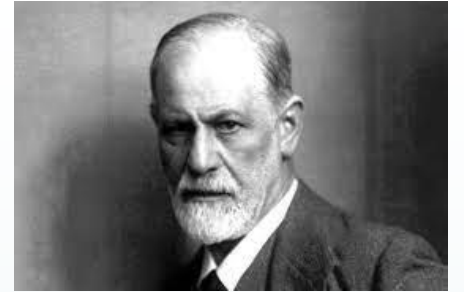
ERGO



Roussillon

Thérapeute comme médium malléable

« Le Moi n'est pas maître dans sa propre maison »



En ergo : motivation, volonté, volition, engagement...sont des notions très centrées sur la conscience, la volonté, le cerveau et les cognitions.

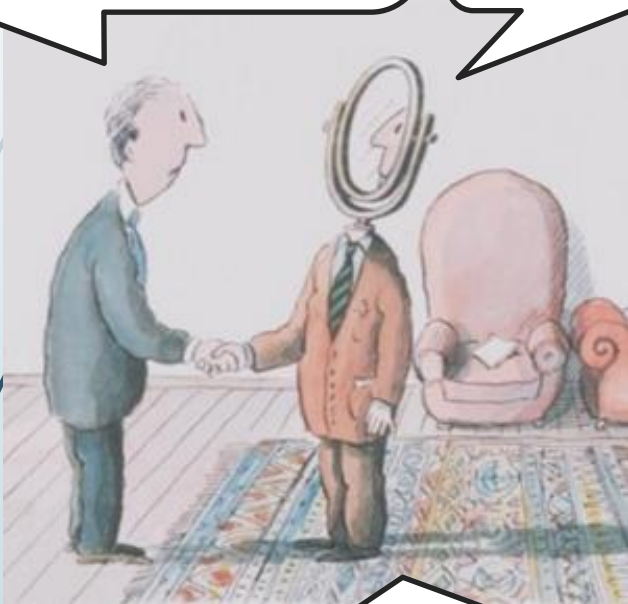
Mais **l'inconscient** s'en mêle bien souvent...et il est important de la savoir sinon certains symptômes ou comportements peuvent être incompréhensibles



Transfert et contre-transfert chez Freud

Transfert: ce que la personne projette sur le thérapeute en termes d'attentes relationnelles et affectives

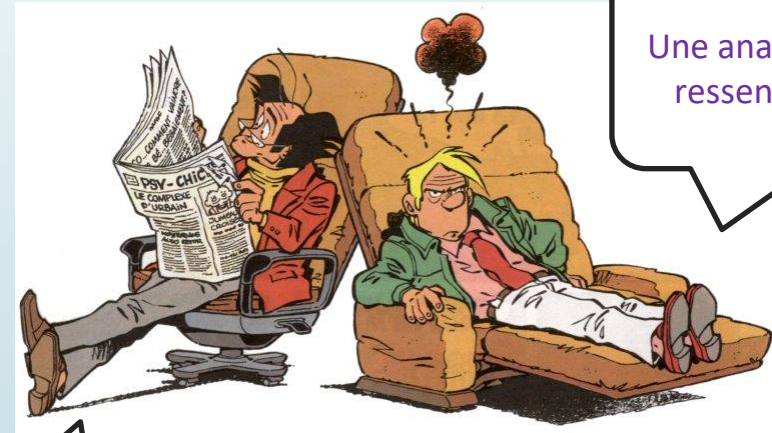
Le thérapeute comme miroir de soi



Un effacement de la personne du thérapeute

Contre-transfert: ce que le thérapeute ressent vis-à-vis du transfert de la personne

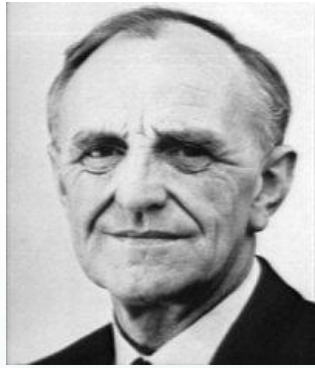
Il peut être positif ou négatif



Une analyse nécessaire du ressenti du thérapeute

Une présence psychique

Une lecture selon Winnicott



Holding



Le « porter » thérapeutique

- Soutien
- Présence
- Accompagnement
- Prise en « charge » (attention à cette métaphore!)

Handling



Le Care

- le « prendre soin » de l'autre
- toucher ou pas
- « manipulations » et intentions
- Empathie

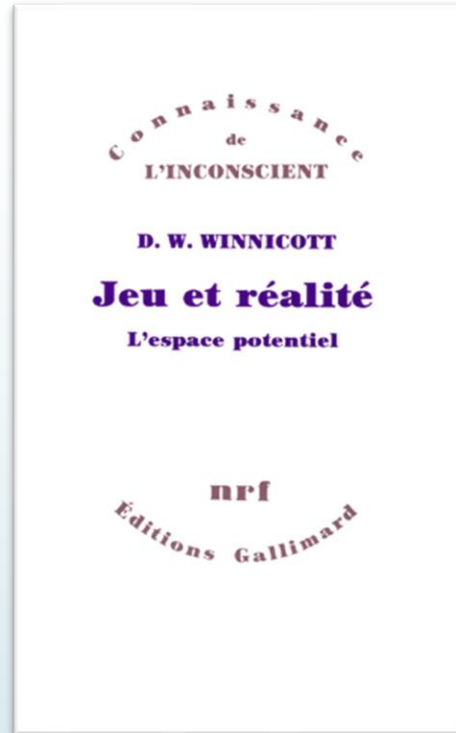
Object
presenting



« Offre » thérapeutique

- Matière, médiations, mots
- Plaisir à être, faire, jouer
- Principe de réalité et frustrations





Jeu et réalité de **Donald W. Winnicott**

Le principe est le suivant : c'est le patient, et le patient seul qui détient les réponses. Nous pouvons ou non le rendre capable de cerner ce qui est connu ou d'en devenir conscient en l'acceptant.

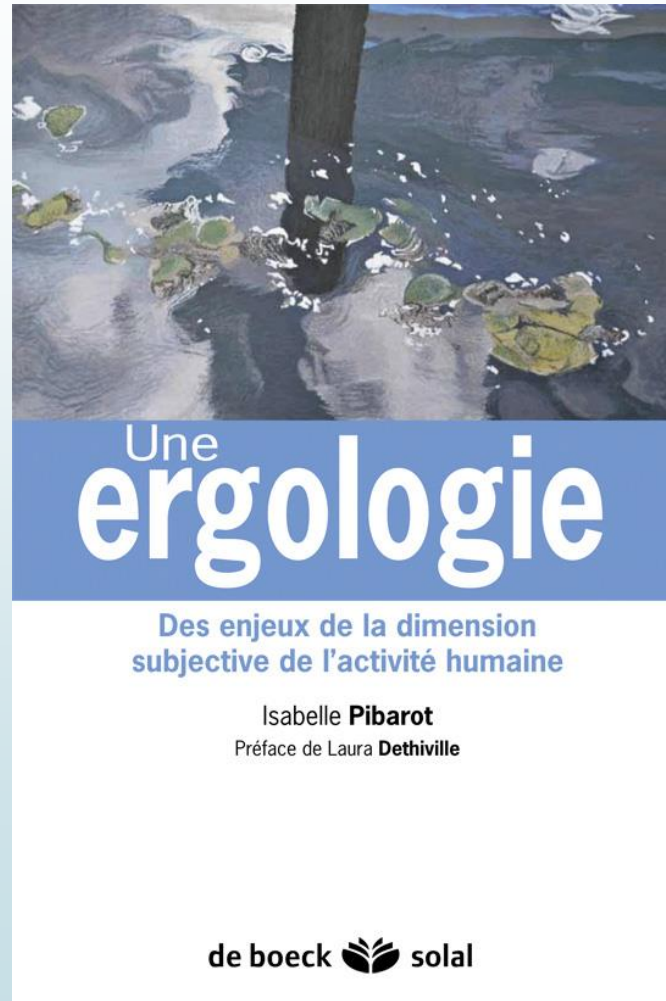
“

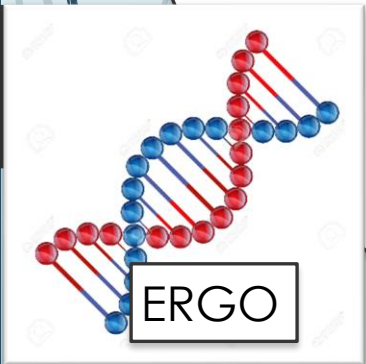
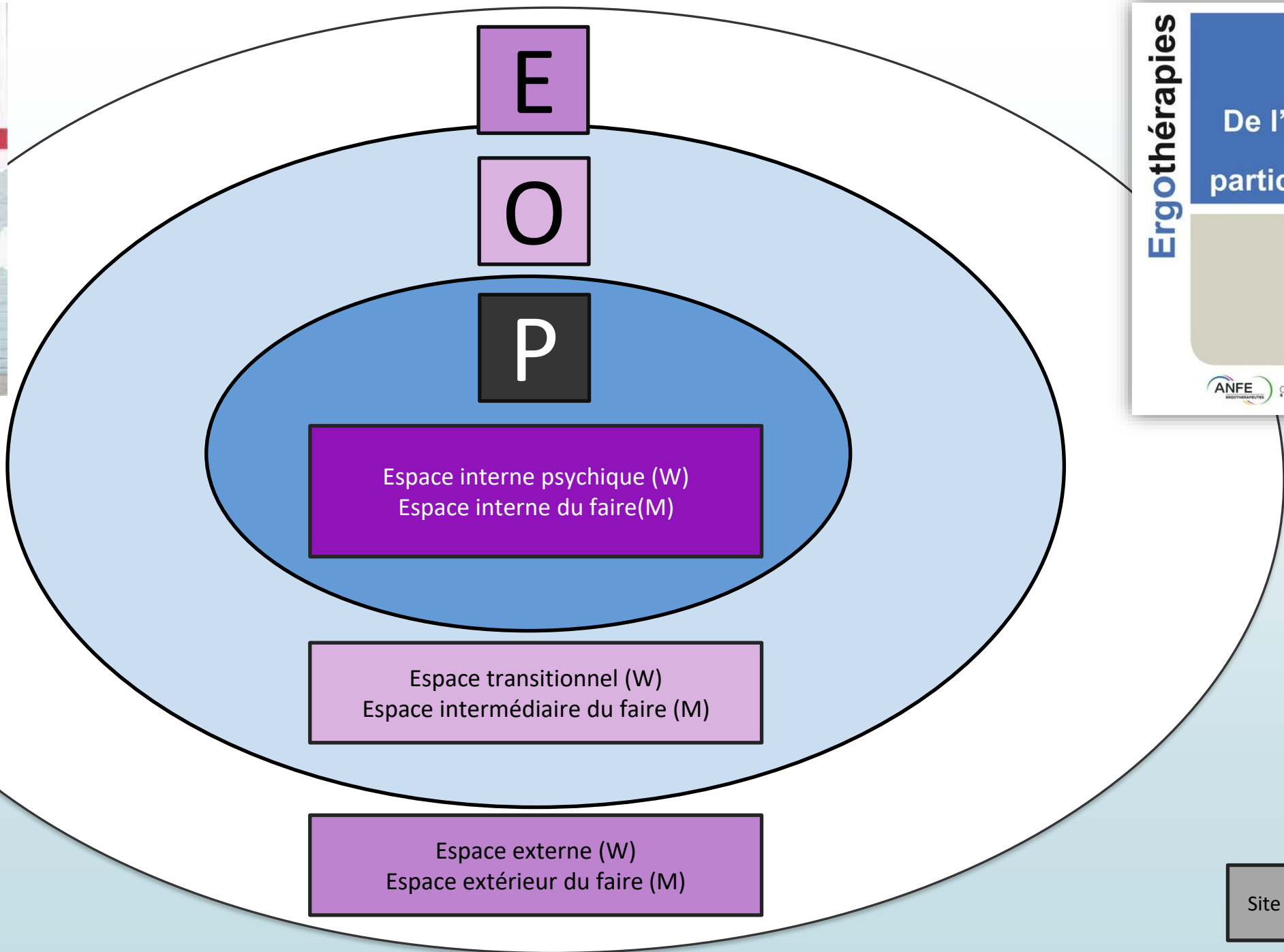
C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière.

”

Donald WINNICOTT

Héritage Winnicottien en ergothérapie





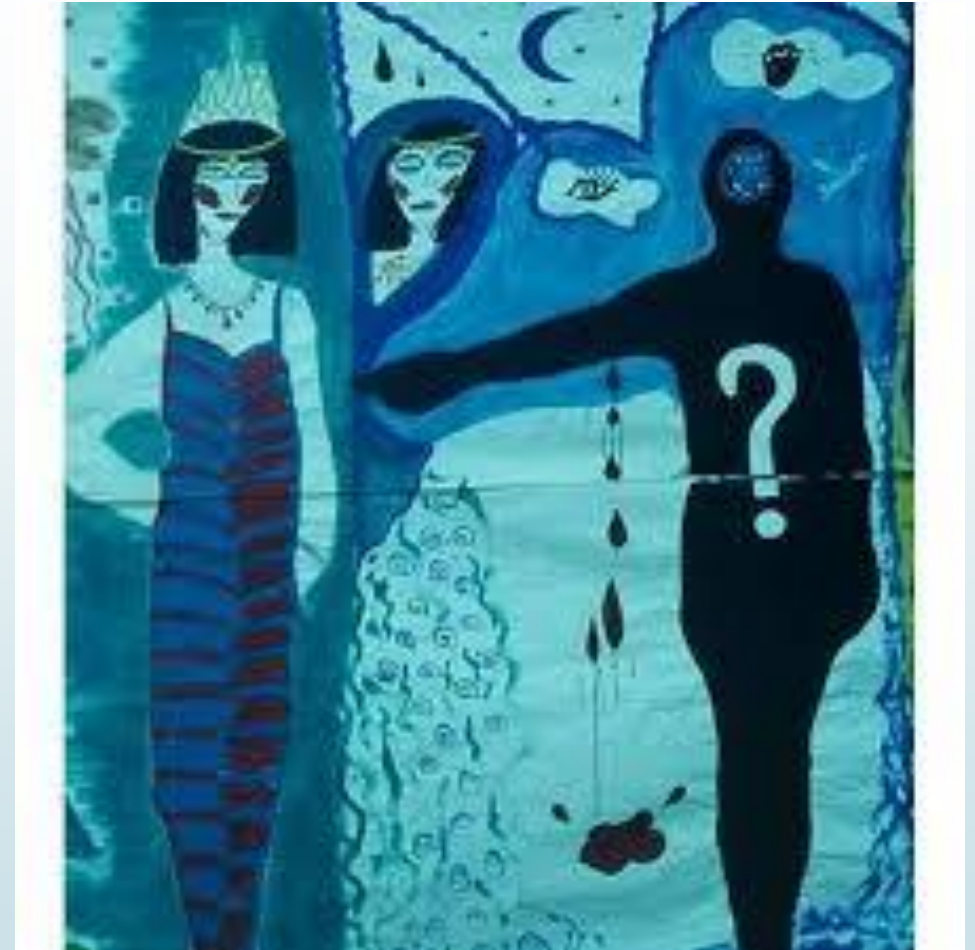
Proposer une relation médiatisée

Spécificité ?

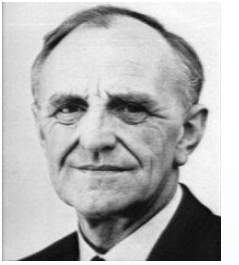
- Ergothérapeute
- Art-thérapeute
- Psychologues

Présence d'un **tiers symbolique**

- Médiation qui sépare, externalise, métaphore concrète
- Médiation qui relie, donne du sens, crée du lien entre DD et DH



Relation médiatisée



Médiation

- Un entre deux qui sépare ET qui relie
- 3 niveaux: matière, action et objet



Actions et expériences dans l'espace intermédiaire sécurisée:

Laisser découvrir, apprendre, créer librement, soutenir, accompagner, devenir acteur

Matière

- Offre de la matière par l'ergo
- Intégration de la matière par la personne
- Découvertes sensorielles et gestuelles potentielles

Objet intermédiaire:

- Trouvé-créé
- Qui appartient au patient
- Source de plaisir
- Miroir de sens

Le thérapeute comme médium malléable

Le concept de médium malléable a été développé par Marion Milner et repris par René Roussillon, à partir des concepts **d'environnement suffisamment bon** des anglo-saxons (Winnicott)



Pour René Roussillon, pour **proposer une thérapie**, il faut que le médium et le thérapeute soient malléables.

L'argile en est un parfait exemple

- disponibilité inconditionnelle
- prévisible et constant
- transformable et adaptable
- sensible et réceptif
- suffisamment non destructible



Un thérapeute malléable n'est pas mou...

Disponibilité inconditionnelle dans le cadre professionnel

Prévisible et constant: nous gardons nos humeurs personnelles à la maison....

Transformable et adaptable: surtout adaptable aux différentes relations....en mode caméléon



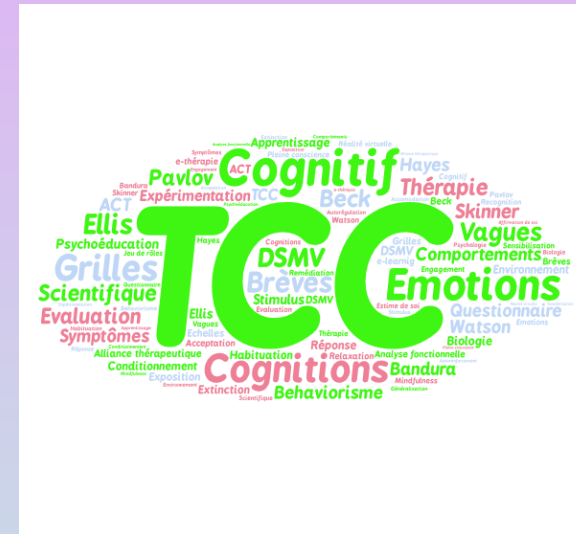
Sensible et réceptif: capacité de « prêt » de notre propre psychisme, c'est-à-dire nous mettre comme entre parenthèse en tant qu'individu pour laisser la place à la subjectivité de l'autre

Suffisamment non destructible: capacité d'accueil du négatif (Bion) et de la souffrance de la personne, parfois nécessité d'un soutien et d'une supervision personnelle

Côté cognitif et comportemental

Le courant théorique des TCC se base sur **trois types de théories**, induisant **trois grandes vagues d'évolution**

- Les théories de l'apprentissage
- Les théories cognitives
- Les théories des émotions



Théories de l'apprentissage

Entre 1920 et 1950: La première vague est **comportementale**. Cette phase repose essentiellement sur l'analyse expérimentale des comportements et sur leur changement. Les préoccupations scientifiques vont donc surtout se centrer sur **ce qui est observable** et rejeter ce qui reste inobservable (inconscient et introspection). Cette méthodologie vise à tenter d'éliminer ce qui relève de l'intériorité. **Behaviorisme:** Exploration des comportements humains à partir de l'apprentissage.

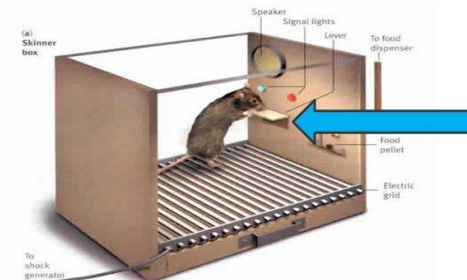
Conditionnement classique de Pavlov



Conditionnement répondant de Skinner

Expérience de Skinner

- Un rat est placé dans une cage (« Boîte de Skinner »).
- Le but est d'apprendre au rat à peser sur le levier pour qu'il puisse s'alimenter par lui-même.



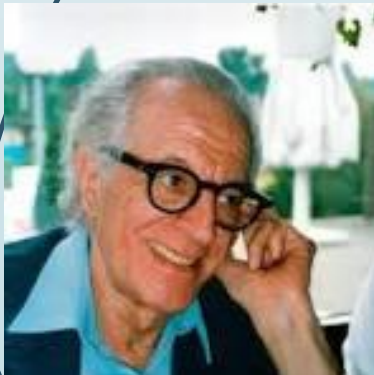
15

Théories cognitives

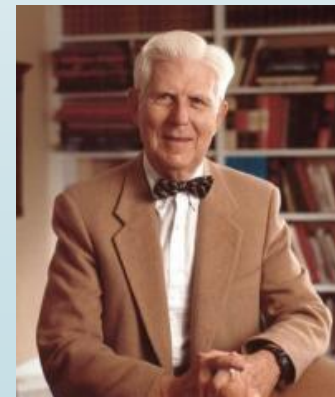
A partir des années 50: La deuxième vague est **cognitive**, avec l'arrivée de la cybernétique et de l'informatique. L'esprit est considéré comme un **système de traitement de l'information**.

La psychologie s'intéresse donc aux **fonctions mentales** comme l'attention, la mémoire, la perception, la représentation, la catégorisation, le raisonnement, les structures cognitives. L'étude des pensées et des systèmes de croyances, aboutit à l'idée que les troubles seraient liés principalement à des **croyances irrationnelles et fausses**, à des **pensées automatiques** qu'il faudrait identifier, puis changer ces schémas cognitifs dysfonctionnels.

Albert Ellis: Psychologue américain, restructuration cognitive pour comprendre et modifier notre interprétation de la réalité



Beck: psychologue américaine, créateur des colonnes de Beck, pensées automatiques et dialogue interne

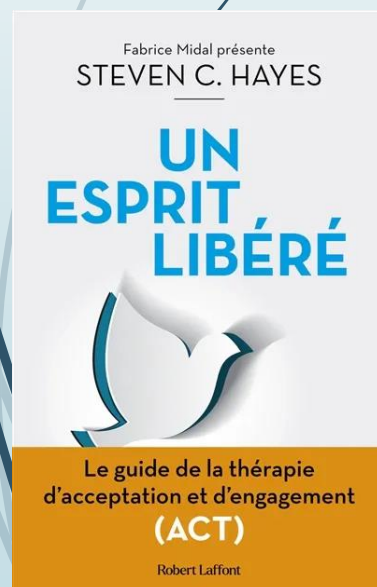


Les théories des émotions

dans les années 1990, la troisième vague, dite **émotionnelle**, débute. Elle accorde une plus grande place à ce qui pouvait auparavant sembler en dehors de la science: l'affectivité, avec les sentiments, les émotions, les motivations.

Une attitude de **conscience et d'acceptation** à la conscientisation des émotions et cognitions et à une attitude d'accueil, c'est à dire une acceptation des idées pénibles **au lieu d'un évitement**. Cette attitude se centre donc sur **l'instant présent**.

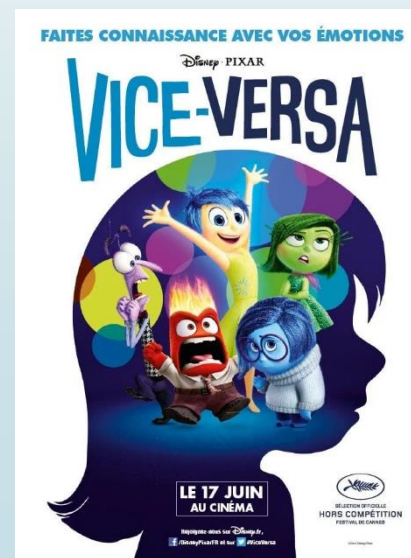
Hayes: thérapie par l'acceptation et l'engagement ACT



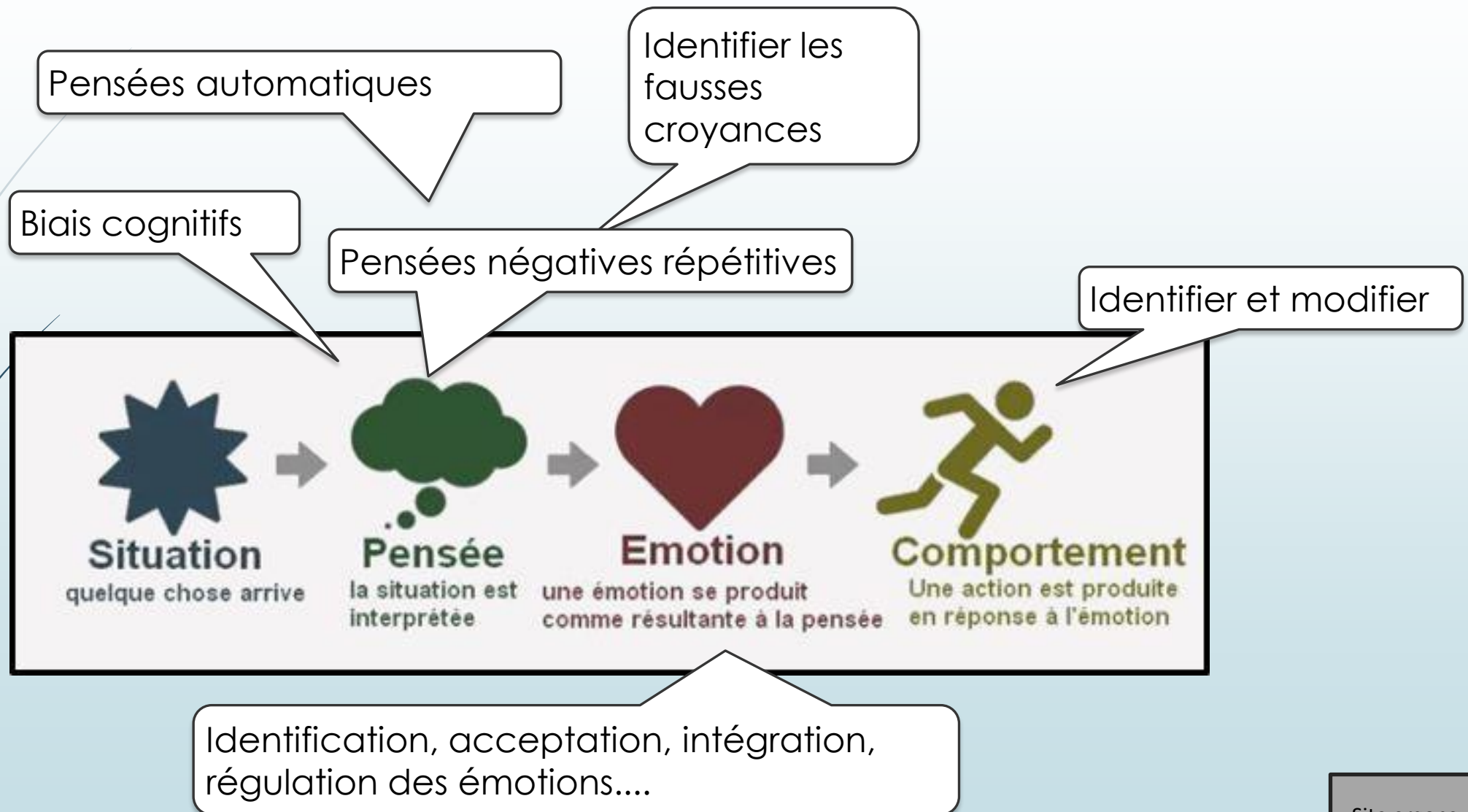
Kabat-zinn: méditation de pleine conscience ou mindfulness



Eckman: émotions primaires et secondaires



Plutôt des pratiques que des concepts



Entretien motivationnel: un exemple d'outil

Miller & Rollnick proposent **la définition** suivante de l'entretien motivationnel : « *Méthode de communication, directive et centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.* »

Style de communication collaboratif, orienté vers un but, et qui accorde un intérêt particulier au langage du changement.

Renforcer **la motivation et l'engagement** de la personne pour atteindre un but.

Souvent utilisé dans les problèmes d'addictions. Il s'agit d'aider la personne à explorer ses raisons, **son ambivalence**, ses valeurs. (exemple d'outils: la balance bénéfice-risques)

BALANCE DÉCISIONNELLE

JE CONTINUE DE CONSOMMER	
AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none">· Ma substance m'aide à relaxer / à dormir· La consommation est courante dans mon groupe d'amis, on partage de bons moments	<ul style="list-style-type: none">· Je suis plus fatigué le lendemain· Le <i>down</i> me rend dépressif· La consommation me coûte cher· Mes relations avec mes proches sont de plus en plus mauvaises
J'ARRÊTE DE CONSOMMER	
AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none">· Je me sens mieux physiquement et psychologiquement· J'économise de l'argent· Je retrouve le goût de réaliser des projets que j'avais mis de côté· Mes relations avec mes proches s'améliorent· Je pourrais trouver du soutien dans mon groupe d'amis, qui comprennent ce que je vis	<ul style="list-style-type: none">· Je me prive du plaisir des effets de la substance· Je devrais peut-être m'éloigner de certains de mes amis· La période de sevrage est difficile (insomnies, anxiété, manque...)

Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente



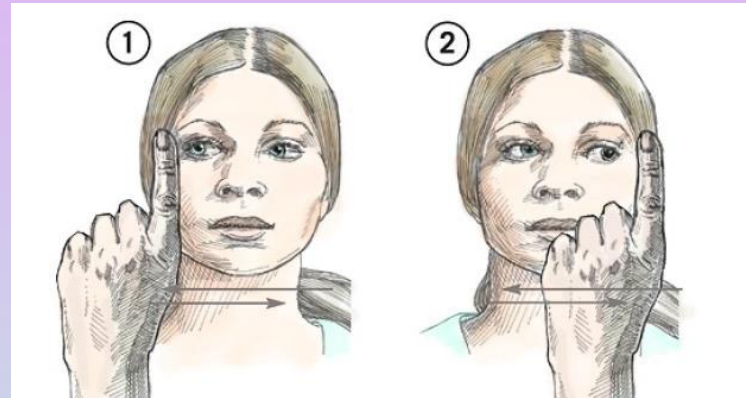
Les thérapies brèves, dans la lignée des TCC

La thérapie brève est un processus systématique et ciblé qui repose sur l'évaluation, l'engagement du client et **la mise en œuvre rapide de stratégies de changement**. Les prestataires de thérapie brève peuvent apporter des changements importants dans le comportement du client dans un délai relativement court. (8 à 10 séance en moyenne)



Hypnose Ericksonienne

Thérapies narratives



EMDR

Thérapies orientées solution TOS



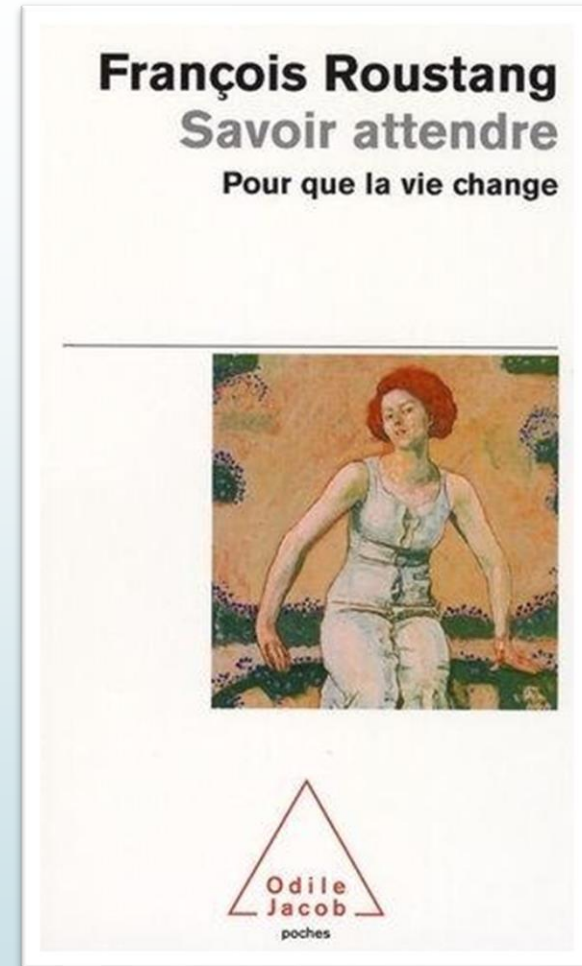
PNL: programmation neuro-linguistique

Thérapies corporelles

Le désir du thérapeute

« Le thérapeute doit (...) **être indifférent au résultat** et s'attendre tout aussi bien à un échec qu'à un succès de la cure. Sinon, il prendrait la place du patient et se livrerait à un forçage irrespectueux et inefficace. Le patient doit toujours pouvoir renoncer à guérir de son mal-être si cela lui chante. »

François Roustang
Hypnose thérapeutique



Quels « types » de patients???

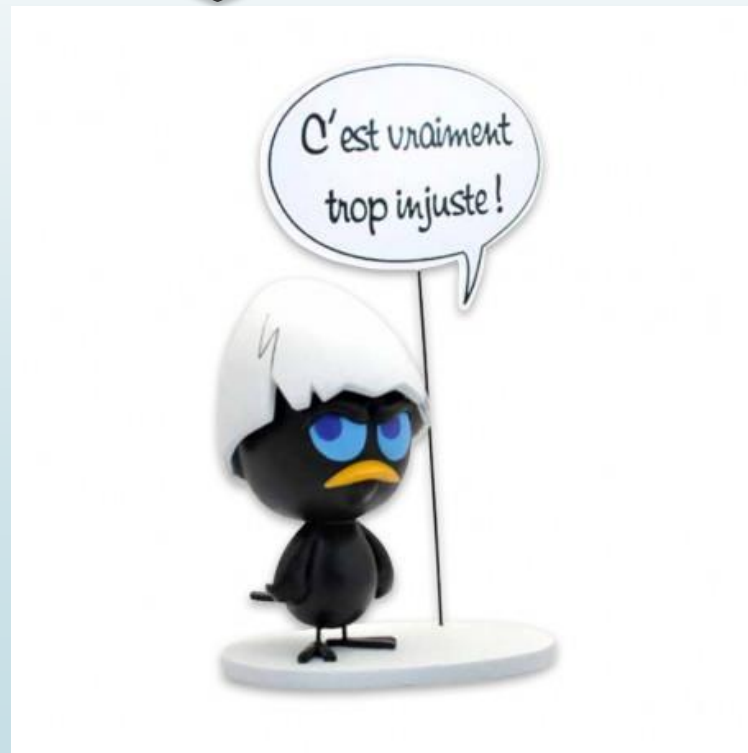


Touriste-plaignant-client: une lecture des thérapies brèves

Le touriste dit qu'il n'a pas de problème et il est là car on lui a dit de venir



Le plaignant est en position de victime, et son problème vient, selon lui, des autres et du monde



Le client a un problème, dont une partie dépend de lui, et il cherche des solutions, il se met au travail



Position haute-position basse des thérapies brèves



Vraie ou fausse position basse du thérapeute?

Ne pas imposer nos valeurs, nos objectifs, notre vision du soin

Réfléchir aux notions de manipulations, d'emprise, de dépendance, d'intervention(isme)

Côté communication: de nombreux outils



Le triangle dramatique de Karpman

Une lecture possible (analyse transactionnelle) d'un « jeu » qui se joue à deux mais avec trois rôles possibles, rôles qui s'échangent facilement et deviennent une spirale infernale...parfois difficile à abandonner.

Intérêt: libération de ses pulsions agressives
Un sauveur qui n'arrive pas à sauver ou
une victime vengeresse...besoin de la
victime pour se sentir fort!

Plainte qui permet d'attirer l'attention sur
soi, sans identifier sa propre responsabilité.
Un rôle passif qui évite de prendre soin de
soi et de ses propres besoins...

Avoir du contrôle sur une personne qui
dépend de soi, donc vécue comme
incapable de s'en sortir seule...Un rôle très
narcissisant... Parfois une ex-victime qui
soulage son malaise en s'occupant de
l'autre...



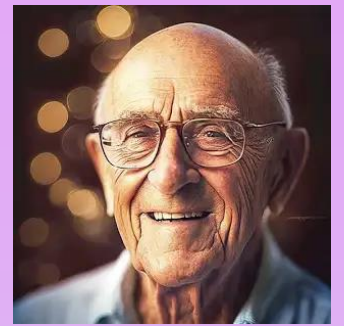
Outils de communication verbale et non verbale



Intro sur la communication: <https://www.youtube.com/watch?v=he0juqLdz2l>

Langage non verbal: <https://www.youtube.com/watch?v=xhnGQBsFHL4>

La relation d'aide: Les humanistes Carl Rogers et Elias Porter



Se démarquer des 2
impérialismes: psychanalyse
et comportementalisme

Capacités d'auto-
développement



Centrés sur les besoins de
la personne, considérée
comme un tout

Carl Rogers et la relation d'aide

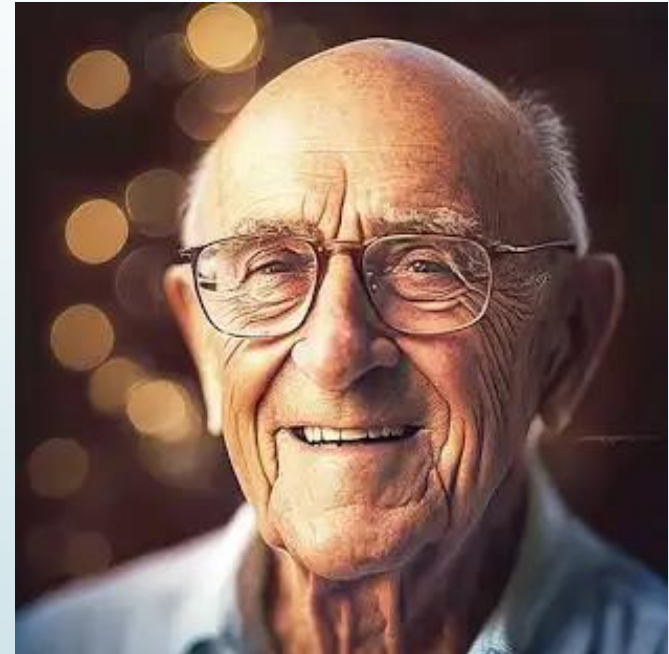
Parmi les divers courants psychologiques, c'est **la psychologie humaniste** qui a proposé une vision de l'évolution personnelle, pour être de plus en plus soi-même

Selon Carl Rogers, il y a **trois attitudes fondamentales** que devrait adopter un-e thérapeute:

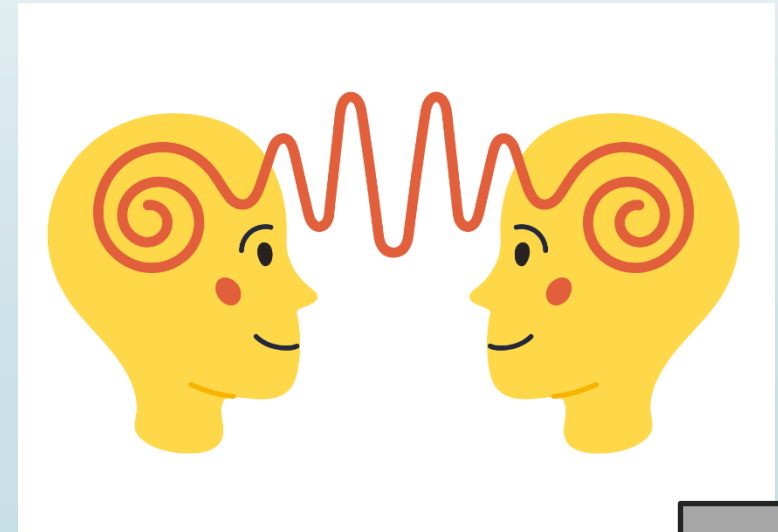
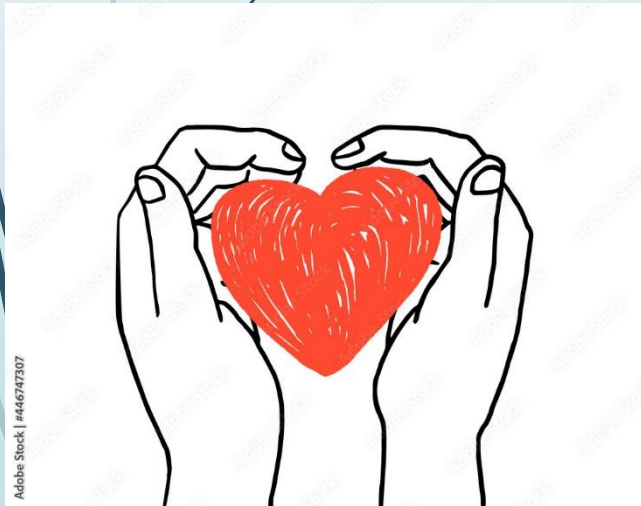
- L'empathie
- La considération positive inconditionnelle
- L'authenticité et la congruence

Des outils thérapeutiques possibles:

- Ecoute active
- Non directivité
- Reformulation
- Attitudes de Porter



Empathie: quelle image?



Adopter la perspective de l'autre pour mieux le comprendre



L'empathie vient du grec ancien ἐν, dans, à l'intérieur et πάθος, souffrance, ce qui est éprouvé. Cette notion, qui désigne la tentative de compréhension de l'autre, dans ses sentiments, ses éprouvés, ses émotions, ses croyances est **souvent confondue avec le fait de se mettre à la place d'autrui**. Ce concept fait partie, à la base, de l'étude des relations inter individuelles.

Elle n'est pas à confondre avec la sympathie, la compassion, l'altruisme et encore moins la contagion émotionnelle. Il ne s'agit ni de se mettre à la place de l'autre (confusion), ni de perdre la distance entre soi et l'autre (contagion comme par exemple le fou rire).

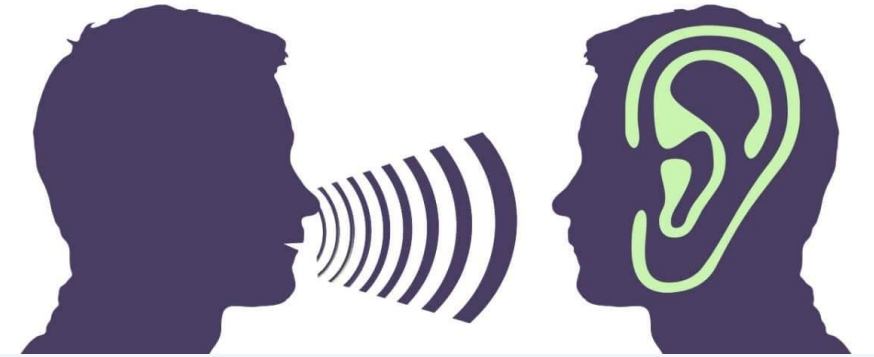
Pour Rogers, il y a empathie lorsque le thérapeute tente de **raisonner avec le même cadre de référence** que son patient. Il faut donc tenter de décoder les réactions et sentiments de la personne, tenter de penser et de ressentir au plus près de sa façon de percevoir la situation et communiquer au patient cette compréhension, tout en sachant qu'il y a toujours un risque de décalage.

L'écoute active

Elle a été principalement développée par C.Rogers et elle est surtout utilisée dans **l'accompagnement de l'expression des émotions d'autrui**.

Cette écoute est particulièrement intéressante et opérationnelle dans les situations de face-à-face où le professionnel est concentré sur ce que dit et montre l'autre. **Ce type de relation est donc essentiellement verbal.**

Elle consiste à **mettre en mots** les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur pour tenter de décoder la dimension affective généralement non verbalisée.



Pour montrer à une personne que l'on est attentif, **quelques pistes potentielles:**

- l'acquiescement (j'exprime mon assentiment)
- les échos (je répète les propos du patient)
- les reformulations (je reformule les propos du patient)
- les résumés (je résume les propos du patient)
- les reflets (je formule au patient les sentiments que je perçois chez lui, avec bienveillance)

Reformulation

La reformulation peut être une excellente amorce relationnelle. En particulier, lorsque nous ne savons pas quoi dire ou répondre à certaines questions, l'attitude consistant à reformuler au sujet ce qu'il dit est une possibilité non négligeable.

Cela consiste à **répéter à la personne, sous une forme légèrement différente ou interrogative, ce qu'il vient de nous dire.** Cela peut paraître artificiel, mais permet de ne pas prendre position, de ne pas interpréter subjectivement, de ne pas être intrusif, et de ne pas entraîner la personne sur un autre sujet qui nous intéresse. Et surtout, cela montre à la personne qu'on l'écoute et que l'on a compris.

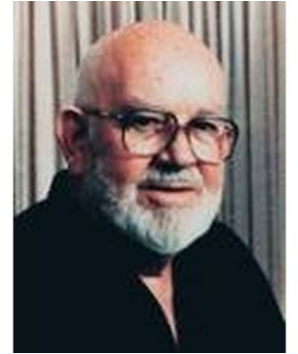
Cette utilisation de la reformulation est tout à fait **compatible avec l'attitude de compréhension** préconisée par Porter.



Exercices de reformulation



Les attitudes de Porter



Le psychologue américain Elias Porter, collaborateur de Carl Rogers, met en évidence une **typologie d'attitudes identifiables** qui sont plus ou moins naturelles et spontanées en fonction des personnes et des moments de la vie de chaque personne, déterminant ainsi la qualité et le style d'écoute pour chaque échange.

Porter nous donne donc des **pistes concrètes sur les erreurs à éviter dans les attitudes relationnelles** en thérapie. L'écoute n'est pas une donnée naturelle et aisée à employer. Il s'agit d'une attitude qui exige beaucoup de la part des personnes qui la pratiquent, beaucoup plus de présence et d'attention que dans nos attitudes de la vie courante.

Les 6 attitudes d'écoute

- La solution
- L'évaluation
- Le soutien
- L'interprétation
- L'investigation
- La compréhension

**Résultats de votre
mini-test??**

A classer

- La solution
- L'évaluation
- Le soutien
- L'interprétation
- L'investigation
- La compréhension

Centré sur Soi



Centré sur l'autre

Centré sur Soi



Centré sur l'autre

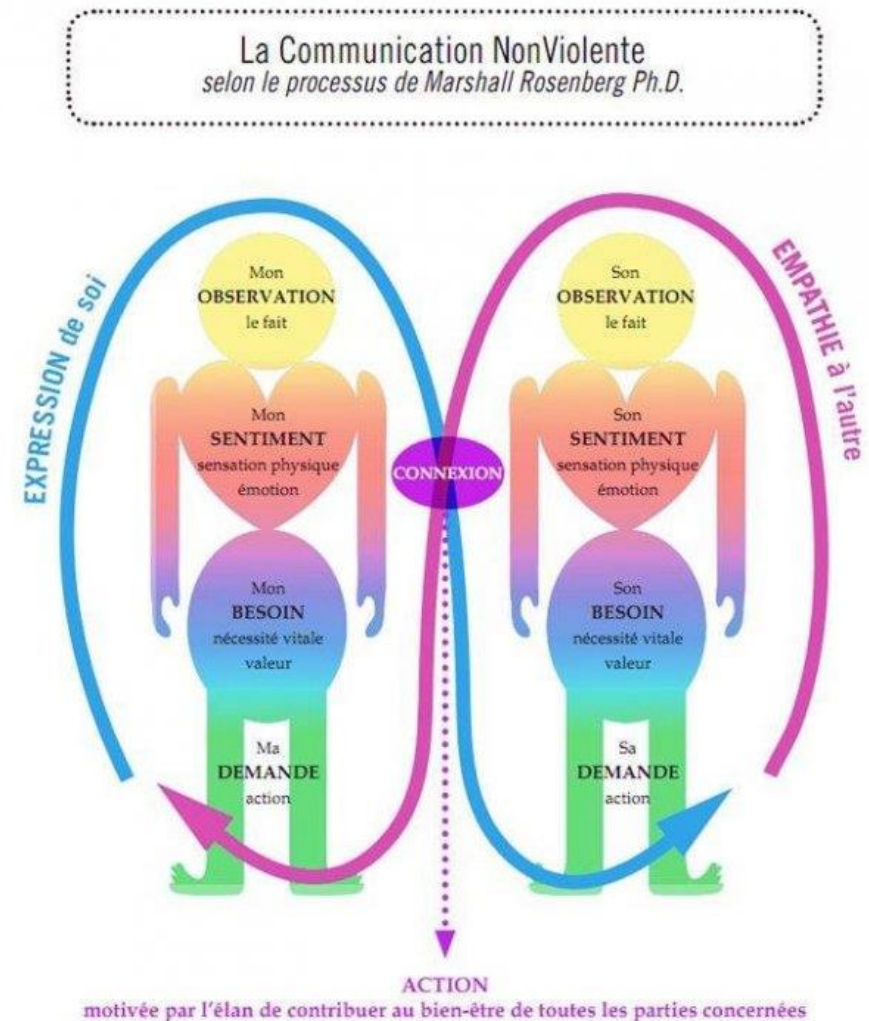
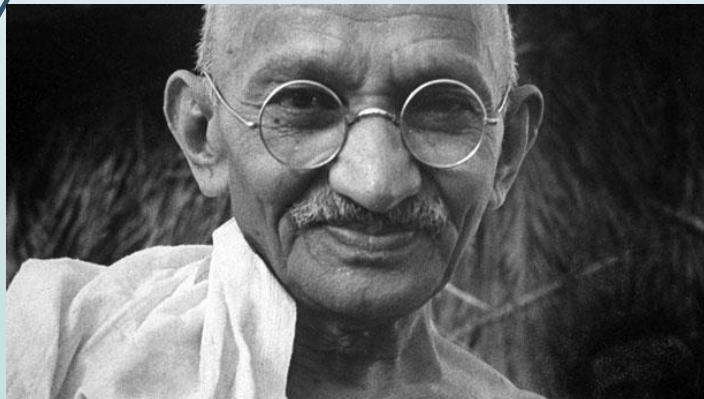
- L'évaluation
- L'interprétation
- La solution
- L'investigation
- Le soutien
- La compréhension

Proposition Mme
Launois

Communication non violente ou CNV

Créée par Marshall Rosenberg
« les mots sont des fenêtres ou
bien ce sont des murs »

Communication non violente:
<https://www.youtube.com/watch?v=b1jRxdN-kL8>



Un modèle en ergothérapie inspiré des humanistes



<https://prezi.com/mwzssy-gvzyp/modele-de-la-relation-intentionnelle/>

Modèle de la relation intentionnelle de Taylor

« Le modèle de la relation intentionnelle (MRI) a été conçu en 2008 par Renée R. Taylor et permet de **conceptualiser la relation thérapeutique en ergothérapie**. Plus précisément, ce modèle vise à expliquer comment cette relation peut faciliter ou entraver l'engagement occupationnel des personnes auprès desquelles les ergothérapeutes interviennent (Taylor, 2008). »

« Selon le MRI, l'ergothérapeute est responsable de s'efforcer à établir et à maintenir la relation thérapeutique (Taylor, 2008). Pour ce faire, il doit notamment utiliser des interventions s'appuyant sur différents modes thérapeutiques selon les besoins de chaque personne. Ces derniers sont des façons spécifiques d'interagir avec la personne et **le MRI en identifie six**.

Taylor mentionne que ces modes ont autant de potentiel les uns que les autres de **favoriser la relation thérapeutique**. En revanche, la façon dont l'ergothérapeute utilise un mode thérapeutique peut avoir un effet négatif sur l'attitude ou les émotions de la personne à l'égard de cet intervenant. Par exemple, Taylor indique que cela peut survenir si un mode thérapeutique ne concorde pas avec la personnalité ou avec les besoins immédiats de la personne. »

Trouver des mots clefs à partir des 6 modes proposés par le MRI, une lecture possible

Plaidoyer	
Collaborer	
Être empathique	
Encourager	
Enseigner	
Résoudre un problème	

Une grille d'analyse possible issue du MRI

Mode thérapeutique	Définition
Plaidoyer	S'assurer que les personnes ont les ressources matérielles et interpersonnelles nécessaires à leur participation occupationnelle. Défendre et respecter les droits de la personne en négociant en ou agissant comme un médiateur auprès de personnes externes.
Collaborer	Permettre à la personne de participer pleinement à la thérapie et de façon égale à l'ergothérapeute en lui donnant la liberté de faire des choix de façon autonome.
Être empathique	S'efforcer de comprendre les pensées, les émotions et les comportements de la personne sans aucun jugement. Écouter attentivement la personne, regarder ce qu'elle communique, et adapter l'intervention selon les besoins de celle-ci.
Encourager	Susciter de l'espoir chez la personne à l'égard de la thérapie et souligner ses comportements souhaitables via le renforcement positif. Conserver une attitude de positivisme et de confiance.
Enseigner	Porter attention à la structure des activités thérapeutiques et être transparent avec la personne concernant le déroulement de chaque rencontre. Fournir des informations claires et donner une rétroaction de la performance de la personne.
Résoudre un problème	Être orienté vers les résultats. Aborder les difficultés en faisant des choix, en facilitant la mise en action, en posant des questions stratégiques et en raisonnant avec la personne.

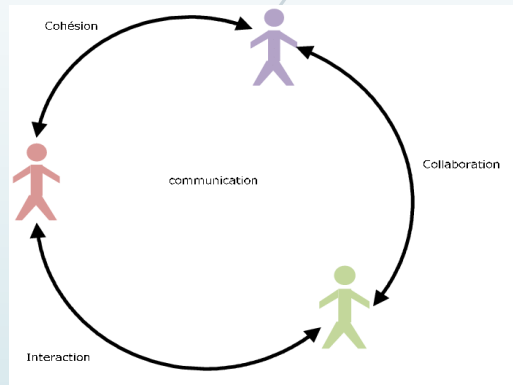
COURS 3

Le groupe comme moyen thérapeutique



Des théories, des concepts utiles

La systémie



L'inconscient groupal



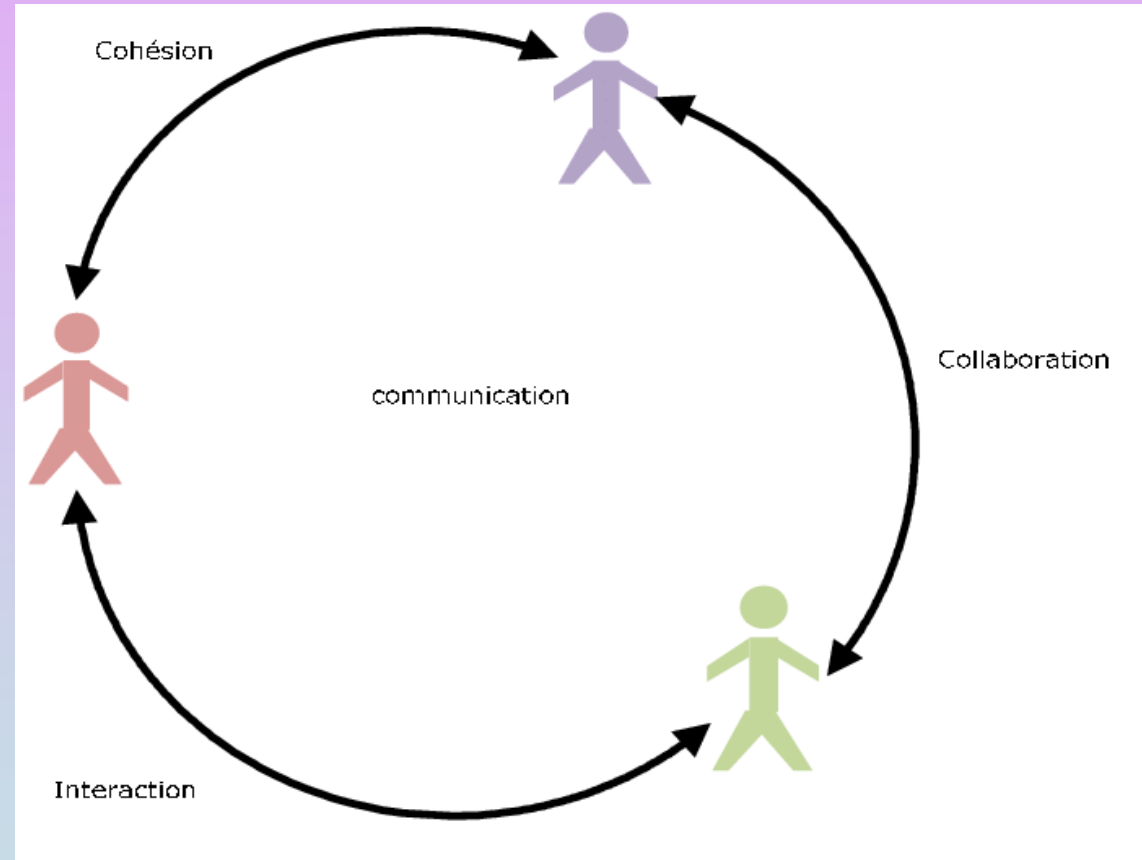
Dynamique de groupe et psychologie sociale



L'intelligence collective



Du côté de la systémie



Thérapies systémiques et/ou interactives

- Ces thérapies vont chercher à donner une **compréhension globale portant sur les interactions de groupes** et les caractéristiques du système dans lequel elle vivent. Il ne s'agit donc plus de se centrer uniquement sur un individu pour comprendre son fonctionnement psychique personnel, mais de voir comment il s'inscrit dans un groupe familial ou social.
- Ces thérapies donnent du sens aux troubles psychologiques et comportementaux d'une personne, comme étant le **symptôme d'un dysfonctionnement du groupe**, le plus souvent la famille.
- Dans le cadre d'une thérapie, la vision systémique devra donc **tenir compte de tous les systèmes** qui entrent en interaction avec le patient dans le champ de la problématique à soigner. L'enjeu principal de la thérapie systémique est sa capacité à susciter des changements importants dans les interactions entre une personne et son milieu



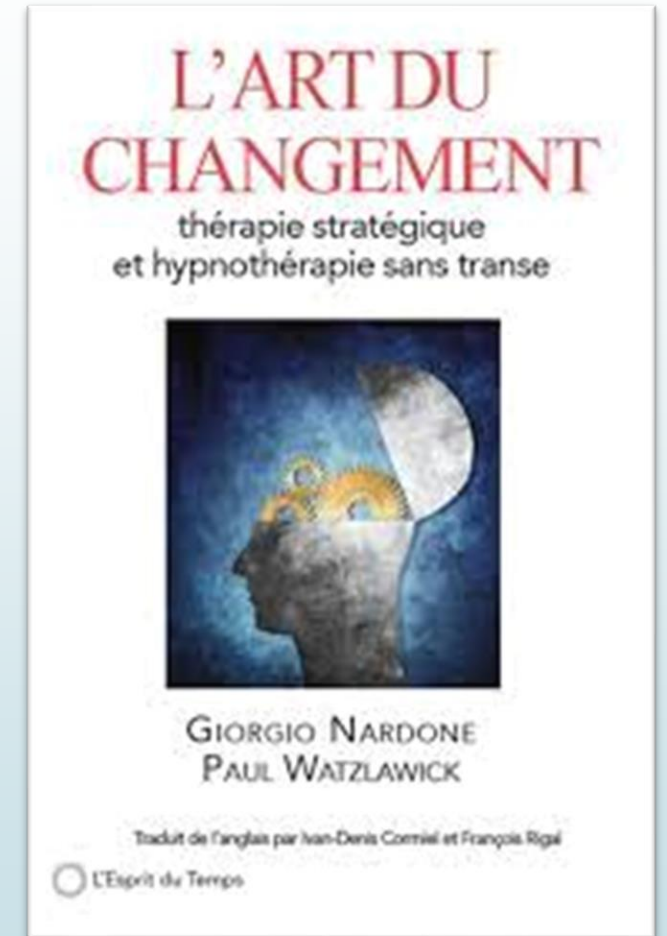
Thérapies individuelles, familiales, stratégiques

Ce type de thérapie s'appuie sur les **théories de la communication, des interactions et du changement**. Ces thérapies peuvent aussi porter le nom de stratégiques, dans la mesure où les thérapeutes utilisent souvent des stratégies visant à provoquer le changement.

Un des principaux constat de ces théories est que: "**On ne peut pas ne pas communiquer**".

Il est important de prendre en compte **la dimension verbale et non verbale** de toute communication. La personne provoque des boucles rétro-actives: elle agit sur son environnement humain qui agit sur elle en retour.

Les thérapeutes sont **actifs, engagés et positifs**. Nous pouvons donc y trouver des sources d'inspiration en ergothérapie si nous utilisons les thérapies de groupe ou si nous voulons mieux comprendre les notions de communication et d'interactions



Du côté de l'intelligence collective



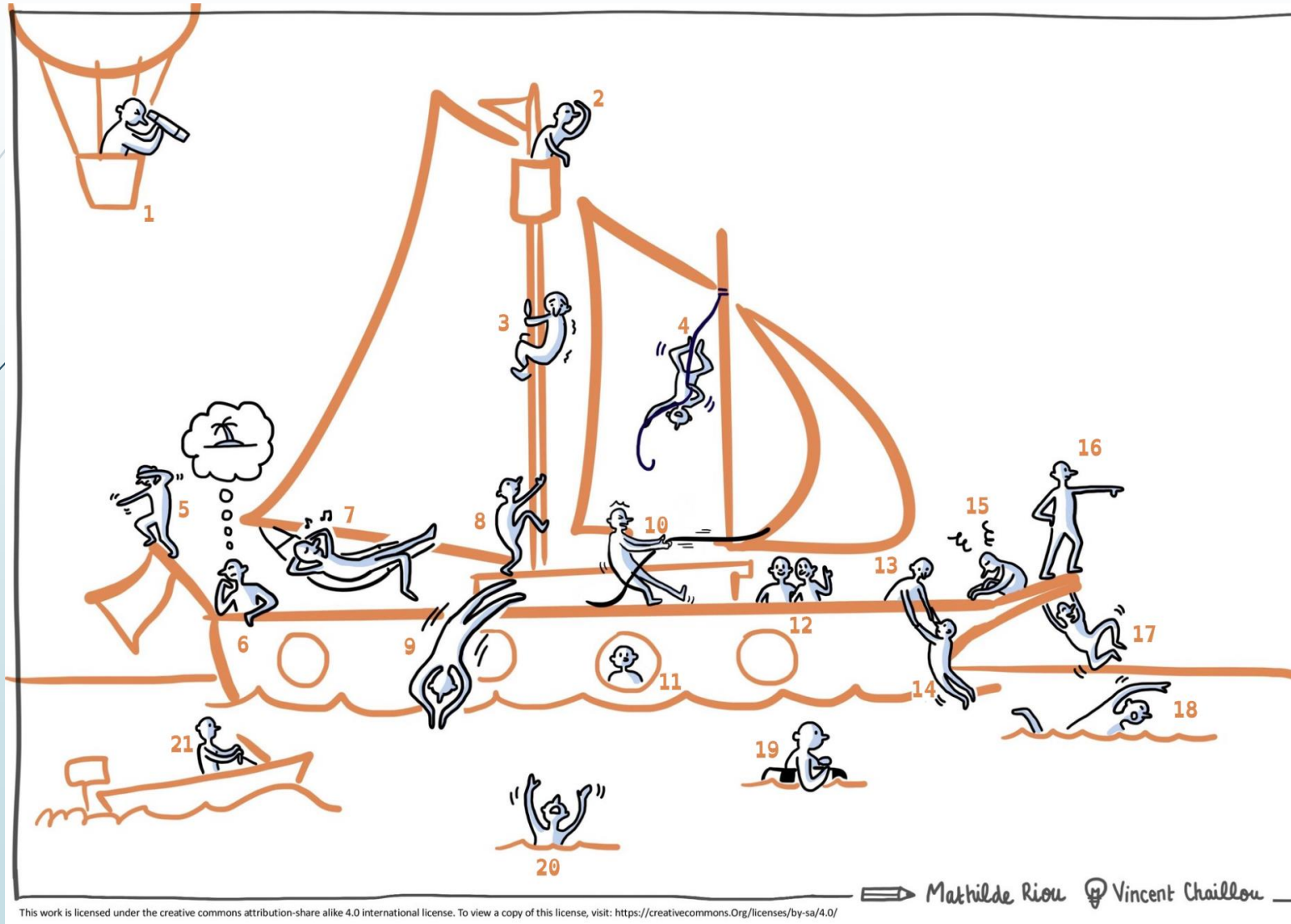
Intelligence collective

« La théorie de l'intelligence collective fait référence à l'idée selon laquelle des groupes d'individus peuvent collaborer et travailler ensemble pour atteindre un **niveau d'intelligence et de capacité de résolution de problèmes** qui dépasse les capacités de n'importe quel membre du groupe »

Les principes de l'intelligence collective sont aujourd'hui appliqués **en sociologie, en science de gestion et dans les théories de la communication**, notamment dans le but de mieux mobiliser les compétences disponibles au sein d'une équipe, d'une institution



CRÉER DU NOUS



This work is licensed under the creative commons attribution-share alike 4.0 international license. To view a copy of this license, visit: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

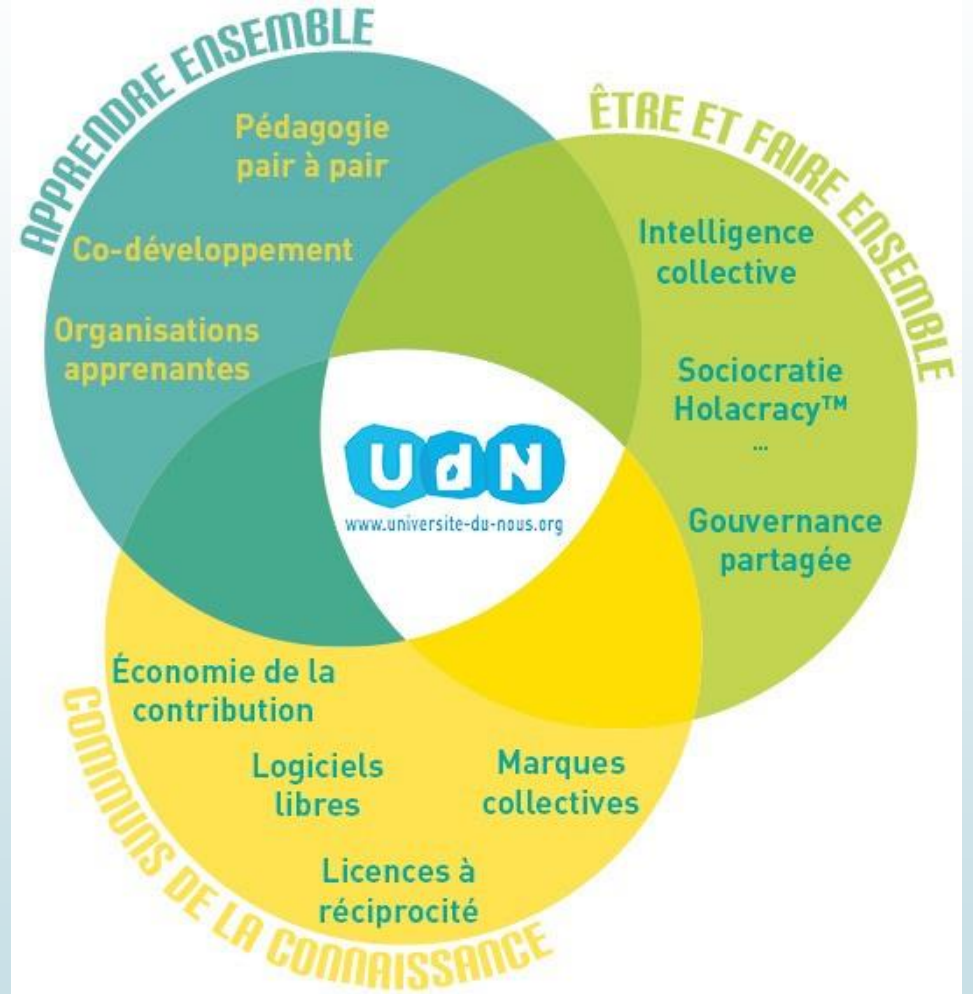
L'UNIVERSITÉ DU NOUS



RÉINVENTONS LE **FAIRE ENSEMBLE**

L'intelligence collective et la gouvernance partagée
au service d'une transformation individuelle et sociale

JouVence



Election sans candidat: qu'en pensez-vous?

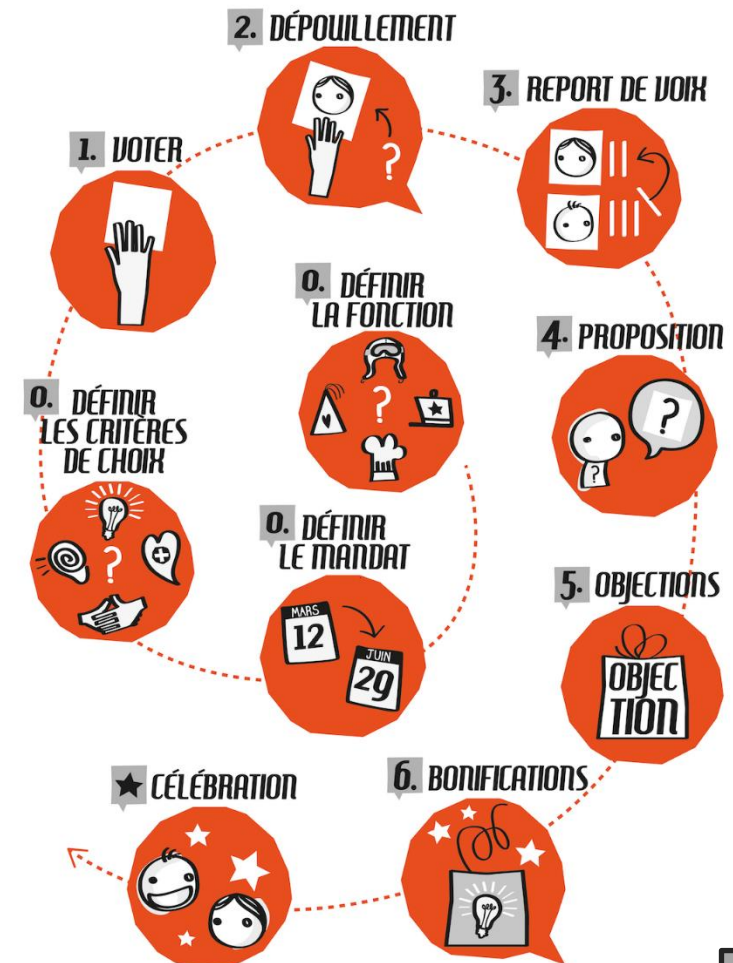
« La pratique de l'élection sans candidat est une invitation à revisiter, voire **dépasser des paradigmes bien ancrés**, voire parfois ignorés, tels que la recherche du « mieux », du « meilleur ».

La personne élue a juste besoin d'être **en capacité de remplir la mission confiée**. Peu importe si ce n'est pas la meilleure dans le domaine. L'idée est d'avancer d'un pas supplémentaire dans ce qui est à faire.

Dans cette pratique **le mandat est courant** jusqu'à demande de réélection par toute personne à tout moment, dans l'espace approprié. Cela peut provenir de la personne qui a le poste ou toute autre personne du cercle concerné »

<https://universite-du-nous.org/gouvernance-partagee-ressources>

ÉLECTION SANS CANDIDAT



Dynamique de groupe

« ensemble de forces en interaction et en opposition ». Lewin 1944



Dynamique de groupe

Kurt Lewin, psychologue américain (d'origine allemande) utilise l'expression « dynamique de groupe » en 1944. Spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme. Considéré comme le « père » de la psychologie sociale « moderne ».

Selon lui, le groupe est **une organisation d'individus** en relation les uns avec les autres dans un environnement donné, pensé comme un système. Il pose comme postulat que tout groupe restreint (de 4 à 5 personnes à 25 environ) a une dynamique propre qui dépasse les dynamiques individuelles et interindividuelles

La notion de dynamique de groupe deviendra plus tard, **la psychologie du travail**.



Psychologie sociale

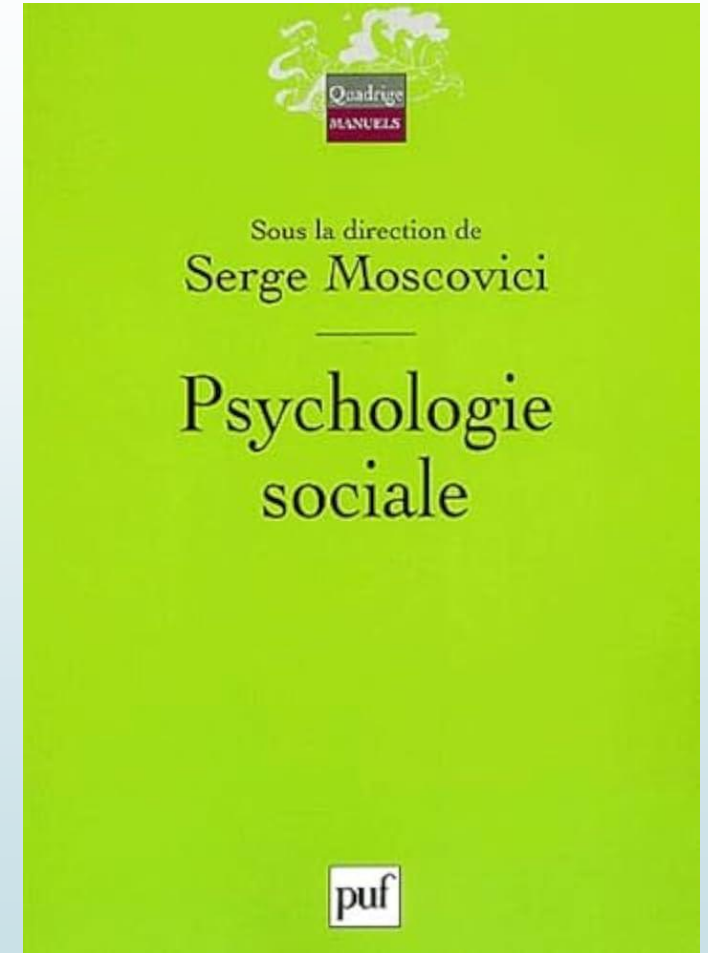
Cette discipline est née au **début du vingtième siècle** (Mac Dougall et Ross aux USA ; Marx et Durkeim en Europe).

La psychologie sociale est « l'étude des relations réelles ou imaginées de personne à personne dans un contexte social donné, en tant qu'elles affectent les personnes impliquées dans cette situation ».

Elle s'intéresse à la relation sociale, l'influence sociale, la représentation sociale, la communication sociale.

Domaine interdisciplinaire situé à **l'intersection de la psychologie et la sociologie**. La psychologie sociale étudie l'effet du social sur l'individu, alors que la sociologie se centre sur les phénomènes collectifs en eux-mêmes. (variables macrocosmiques, structure sociale)

D'autres proximités disciplinaires existent avec les sciences cognitives dans le domaine de **la cognition sociale**.



Quels métiers issus de la psychologie sociale?

**Psychologue du travail
et des organisations**

**Formateur ou
responsable de
formation**

Psychologue social

Ergonome



Interventions dans le travail social communautaire, le travail social avec les groupes et le développement social local

C'est quoi un risque psychosocial?



Risques psycho-sociaux RPS

L'intérêt de la psychologie sociale est d'identifier les dimensions socio-psychologiques (facteurs psychosociaux) et leurs répercussions biologiques de manière à aider l'individu à trouver en lui et autour de lui des ressources pour faire face à la maladie et à adopter des comportements préventifs

3 grands types de risque psycho-sociaux

- Le stress au travail (surcharge de travail, manque de moyens, manque d'autonomie...)
- les violences internes à l'entreprise (harcèlement, conflit...)
- les violences externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...)

Qui induisent : stress, épuisement professionnel, problèmes de santé mentale, irritabilité, anxiété, dépression, mauvaise communication troubles de la concentration, troubles du sommeil, nervosité, fatigue importante, palpitations...

Le burnout se définit donc dans un contexte professionnel donné et résulte d'une **exposition prolongée à un ensemble de facteurs de RPS**. Cette exposition crée une situation de déséquilibre important pour l'individu qui ne dispose plus des ressources suffisantes (moyens, soutien, reconnaissance, etc.)



D'autres théories autour des groupes

CONFLITS INTERGROUPE

Marches et Simon:
économistes et
sociologues



APPRENTISSAGE SOCIAL

Bandura: apprentissage social par
imitation de modèles
Psychologue Canadien
Entre Behavioristes et cognitivistes



IDENTITE SOCIALE

Tajfel: psychosociologue
social (sociologie)
Également Durckheim, Max
Weber

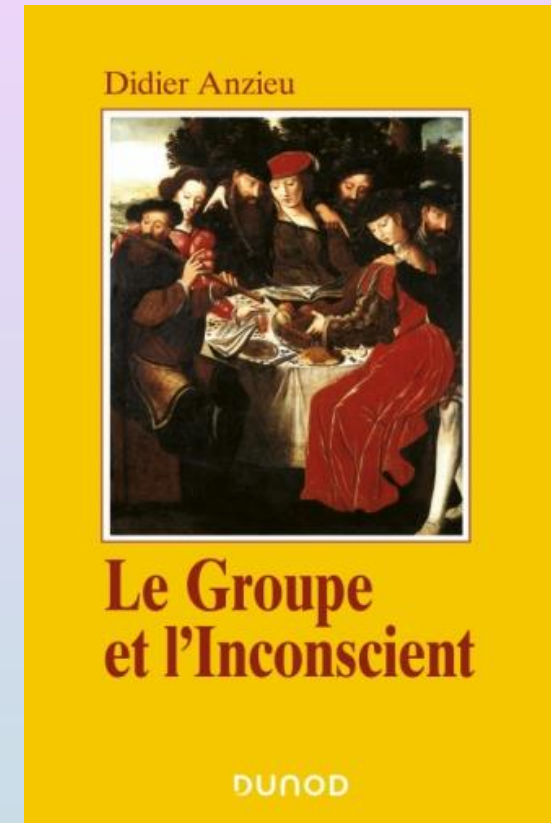




CREATION D'UN PUZZLE COLLECTIF A PARTIR DE CREATIONS PERSONNELLES

Des théories psycho-dynamiques: Kaes et Anzieu

- **Le Je: Angoisse primitive de morcellement ou de dissolution du Moi:** « Je me sens tiraillé-e entre plusieurs demandes, regards ou désirs »
- **La création du Nous**
 - ***l'illusion groupale** (désir de sécurité, utopie collective, défense contre angoisse de morcellement)
 - ***Le narcissisme groupal:** « nous sommes le meilleur des groupes »
 - ***La création d'un inconscient groupal**
- **Les métaphores**
 - ***Le groupe comme un corps** (esprit de corps, cerveau, tête, membres...)
 - ***Le groupe machine** (fonctionnement, système, performances, feed back des ressentis de chacun-une)
- **Les vécus difficiles**
 - ***Les fantasmes de casse:** sentiment de persécution par l'extérieur
 - ***la résistance paradoxale autodestructrice:** prévalence d'une imago, paternelle négative ou autoritaire, d'un surmoi groupal rigide



Et le groupe en ergo ?



Animation groupale



➤ Type d'animation

- **Directivité** : enseignement, techniques, conseils, consignes, objectifs, intentions
- **Non directivité** : respect du non faire, du silence, de la lenteur, du rythme du patient
- **Mixte** : Alternance de temps directifs et non directifs, directif dans la forme ou le fond

➤ Co-animation

- ✓ **Co-construire le dispositif thérapeutique** = s'expliquer mutuellement ce qu'on attend de la séance.
- ✓ **Deux professions différentes** = deux regards, deux possibilités de soigner
- ✓ **Deux personnes** = une dans l'action, l'autre dans l'observation. L'une qui anime, l'autre qui gère les sorties du groupe.
- ✓ **post-groupe**: échanges nécessaires après la séance pour analyser ce qui s'est passé dans le groupe et pour chacun des participants

Soin psychique



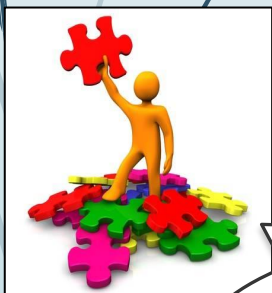
- Notion de cognition sociale
- Théorie de l'esprit



- Notion d'inconscient groupal
- Gestion d'éléments psychiques personnels par le groupe

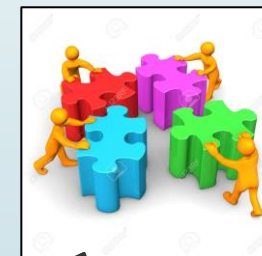
Concepts pour le groupal en ergothérapie

Qualité et hygiène de vie



- Notion d'interactions dans les activités de vie quotidienne
- faire avec les autres, coopération
- environnement humain

Intégration sociale



- Habiletés sociales
- représentations sociales,
- inclusion sociale

L'intérêt des interactions groupales

Psychologie sociale

- Comment les individus s'influencent
- Comment se constituent les valeurs, les normes sociales, les cultures, les représentations sociales

Vécus positifs

- Sentiment de sécurité
- Narcissisme groupal
- Sentiment de fusion océanique
- Identifications à l'autre
- Création d'un inconscient groupal



Relations interpersonnelles

- habiletés sociales (comportements observables)
- Compétence sociale (comportements et attitudes jugés socialement acceptables)

Intérêts et buts communs

- Être ou faire ensemble
- Echanges de savoirs
- Coopérer, co-crée
- Temps de parole

Les risques des interactions groupales

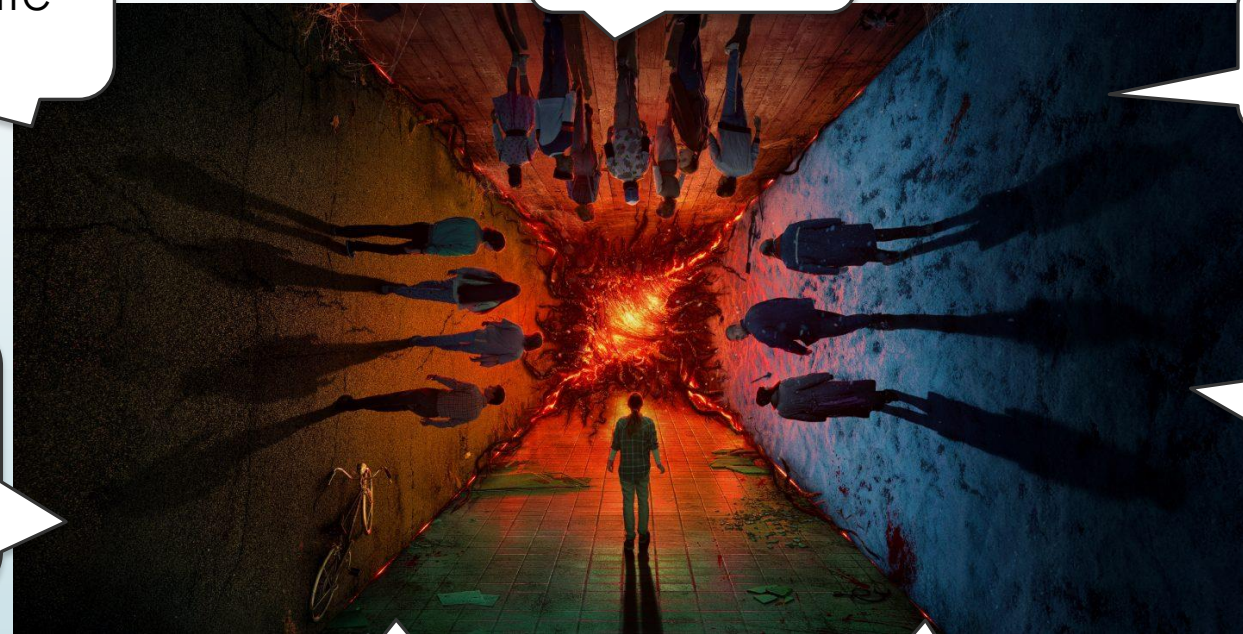
Sentiment de
perte d'identité
personnelle

Boucs
émissaires

Sentiment de
morcellement

Attention
aux
confusions
de rôles

Manque de sécurité
(regard de l'autre,
jugements...)



Sentiment
de
persécution

Leaders et
suiveurs

Et dans votre petit groupe ou votre promotion?

Avez-vous déjà remarqué des leaders?

Avez-vous un sentiment d'appartenance ?

Avez-vous un bon sentiment de sécurité?



Avez-vous repéré des boucs-émissaires?

Avez-vous un sentiment de fusion océanique?

Avez-vous un modèle d'identification?

Avez-vous parfois le sentiment d'être jugé-e ?

En résumé, comment proposer une relation thérapeutique en ergothérapie



Savoir créer une alliance thérapeutique

Savoir accueillir une personne, et la mettre en confiance par une écoute respectueuse, authentique et empathique

Aider la personne à définir ses objectifs, besoins, demandes, valeurs, désirs...



Savoir être et savoir faire

Savoir faire

Garant du cadre: le poser, connaître et utiliser ses fonctions, le maintenir

Connaitre ses outils thérapeutiques: activités, bilans, médiations, jeux, groupe

Pouvoir utiliser différents type d'animation de séance: directive, non directive, semi-directive, ETP, favorisant l'auto-détermination



Savoir être relationnel

- Empathie et authenticité
- Permanence du lien
- Respect du rythme et des objectifs de la personne, sans interventionnisme
- Bonne distance: non intrusion dans l'espace psychique d'autrui
- « Bonne présence »

Savoir être en groupe

Être entre dedans et dehors du groupe: Vivre dans le groupe au même titre que les autres, mais aussi être garant de son bon fonctionnement

Être garant du cadre
Par exemple, gérer les sorties/entrées dans le groupe



Regarder qui interagit avec qui et de quelle manière en analysant soit:

- La dynamique de groupe visible
- Les éléments d'inconscient groupal

Cognition sociales: Observer si les personnes peuvent identifier les états mentaux des autres personnes, (pensées, croyances, intentions, sentiments, désirs)
La théorie de l'esprit est la capacité à comprendre les intentions d'autrui

Animer des temps de parole

Redistribuer la parole

Rebondir sur les propos

Laisser aller le groupe si tout se passe bien

Aider à l'expression des émotions

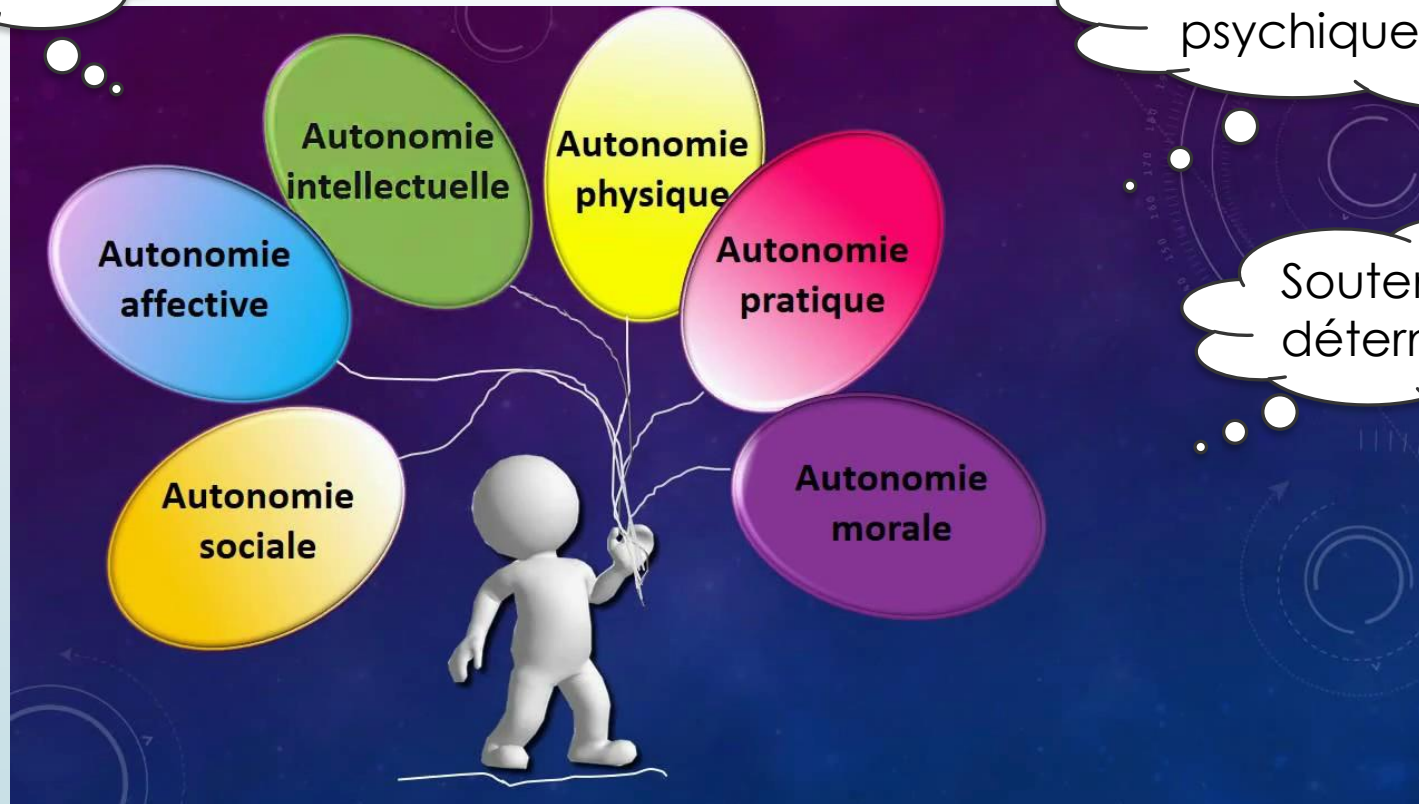


Ecouter les personnes présentes dans le groupe

Demander son avis à chacun

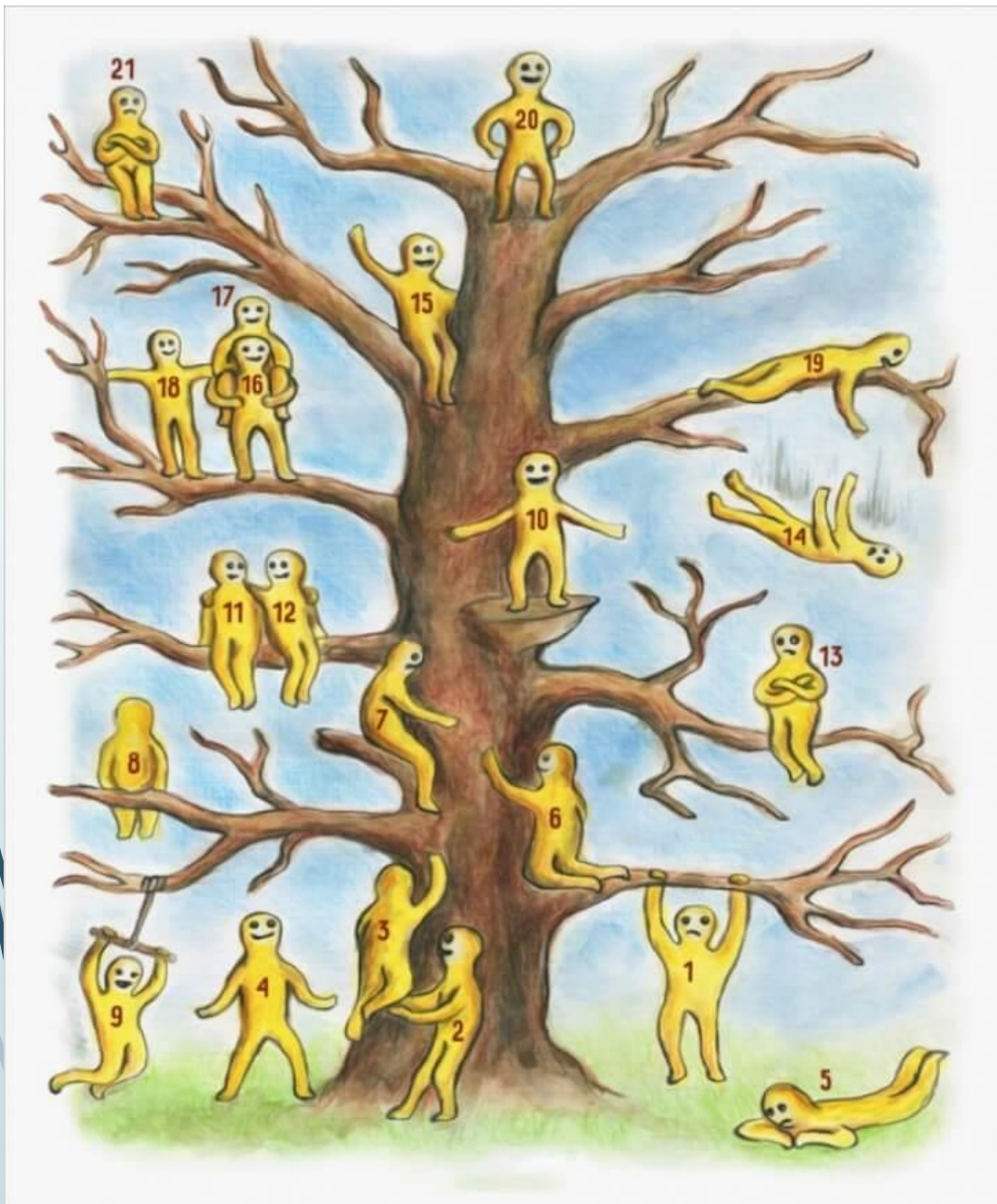
Et savoir gérer la séparation!

Préparer la
séparation



Favoriser l'autonomie
psychique

Soutenir l'auto-
détermination



vous capacité
à être à l'aise
dans une
relation
thérapeutique?