



Le métier de Psychologue

**Missions, thérapies, structures...
C'est quoi un.e psy ?**



**Document réalisé par
l'association Raptor Neuropsychy**



Pauline BERLINGUE

Psychologue clinicienne



Mathieu CERBAI

Neuropsychologue



Sommaire



Les différent.e.s "psy"

Où travaillent les psychologues ?

Quelles missions en institution ?

Un.e psychologue ou un.e autre, c'est pareil ?

Qu'est-ce que les psychologues ont en commun ?

Quelle différence entre parler à un.e psy et à un.e meilleur.e ami.e ?

Comment les psychologues font-ils pour ne pas juger l'autre ?

Les différent.e.s "psy"

Qu'est-ce qu'un.e psychologue ?

Un.e psychologue a effectué **5 ans d'étude** en faculté de psychologie et a obtenu un diplôme enregistré auprès de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) : **son statut est protégé**, ce qui signifie qu'une personne qui n'a pas le diplôme n'a pas le droit de se dire psychologue.

Qu'est-ce qu'un.e psychiatre ?

Un.e psychiatre a fait des **études de médecine**, a une vue d'ensemble sur la santé de son/sa patient.e et s'inscrit dans une démarche médicale du traitement des maladies mentales.

Pour cela iel peut pratiquer la **psychothérapie** et prescrire des **médicaments**. Iel est également autorisé.e à rédiger des certificats médicaux.

Qu'est-ce qu'un.e psychanalyste ?

Le/La psychanalyste a été formé.e dans une **école de psychanalyse** et a également fait un long travail personnel pour comprendre son propre fonctionnement (une psychanalyse). Iel fonde sa pratique à partir d'un modèle psychanalytique qui porte sur l'**étude des processus psychiques inconscients**.

Ce titre n'est pas protégé par la loi mais il arrive souvent que les psychanalystes soient également psychiatres ou psychologues.

Où travaillent les psychologues ?



Fonction Publique Hospitalière (e.g. hôpitaux, maternité)

Fonction Publique Territoriale (e.g. Aide Sociales à l'Enfance (ASE), Protection Maternelle Infantile (PMI))



Education Nationale



Commissariat de Police (e.g. cellule d'aide aux victimes, parcours de dépos de plainte, souffrance des agents de police)

Etablissements de services médico-sociaux (ESMS)

Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociales, Instituts Médico-Educatifs (IME), Dispositif Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (DITEP), etc.



Recherche Enseignement

Interventions en entreprises

Cabinet privé (libéral)

Formations, analyse de pratiques, gestion de crise, etc.

Quelles missions en institution ?

Difficile d'être exhaustif, mais les psychologues travaillent généralement en premier lieu auprès des bénéficiaires de l'institution (patient.e.s) dans une **fonction thérapeutique**.

Ils peuvent également apporter leurs **éclairages** sur la problématique psychologique des patient.e.s lors des **réunions pluridisciplinaires**.



Ils **soutiennent également les équipes** (e.g. soignante, éducative) qui sont confrontées aux problématiques des usager.e.s.

Les psychologues participent à alimenter les **réflexions** que chacun cultive sur sa **pratique professionnelle** mais aussi sur le **fonctionnement de l'institution** au regard de l'éthique et de la déontologie.



Ils effectuent un **travail de recherche** pour **mettre à jour leurs connaissances** pour eux/elles-mêmes et pour les autres, dans le cadre de formations en interne.

Enfin, ils s'inscrivent dans une **dynamique de réflexion constante sur leur pratique** (e.g. supervision, intervision, groupes de travail)

Un.e psychologue ou un.e autre, c'est pareil ?



NO!

Après 3 années d'études en tronc commun (licence), les psychologues choisissent une **spécialisation** durant leur master.

C'est ainsi que l'on trouvera des :

- Psychologues clinicien.ne.s (avec diverses approches : neuropsychologie, psychodynamique, TCC, systémie...)
- Psychologues de la santé
- Psychologues du travail
- Etc. !



WHY?

Comme en psychologie il existe **différentes théories** (ou hypothèses) sur comment fonctionne l'esprit humain, suivant la théorie à laquelle le/la psychologue adhère, iel utilise des **méthodes de travail** et des **outils différents** (Rabeyron, 2018).



Différentes manières de concevoir l'esprit humain amènent à **différents types de psychothérapies**, soit différentes manières dont le/la psychologue et son/sa patient.e vont collaborer ensemble dans le but d'**apaiser la souffrance psychique** de la personne.

Quelques exemples page suivante !

Les thérapies avec états modifiés de conscience

Hypnose, EMDR, etc.



Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

A travers des outils spécifiques, le/la psychologue va centrer son approche sur le **symptôme** de la personne et ainsi travailler à modifier certaines **pensées, émotions** et certains **comportements**.

Par exemple : face à une phobie, le/la psychologue peut choisir des exercices d'exposition, afin de confronter progressivement la personne à sa peur.



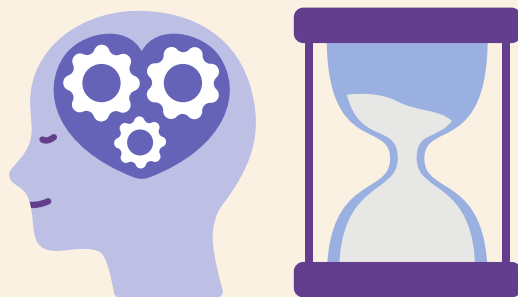
Les thérapies psychodynamiques

Elles visent, par la **parole** et la **relation de confiance**, à comprendre/éclairer la personne sur ce qu'elle vit.

Malgré les connaissances générales que le clinicien possède dans le champ de la psychologie, le chemin est à retracer avec chaque personne car iel considère qu'un même symptôme (e.g. crises d'angoisses) n'est pas la résultante du même conflit psychique chez tou.te.s les patient.e.s. Chacun souffre, en effet, d'une certaine façon : on peut dire que leur souffrance prend une certaine couleur suivant leur histoire, leur mécanismes de défense, leur angoisses profondes, etc.

L'objectif du clinicien est de permettre à son/sa patient.e de **comprendre pourquoi iel souffre de cette manière à ce moment-là de sa vie**. La signification de son symptôme aura un sens spécifique et il sera coloré d'une manière unique. La guérison passe par le fait de **retracer**, ensemble, **l'histoire du symptôme**. Le/la psychologue, mais aussi le/la patient.e, doivent en saisir la singularité.

Un.e psychologue clinicien.ne ne fait pas qu'écouter : iel prend une part active et tente de **renvoyer à l'autre ses dires éclairés d'une autre lumière**. Cela permet à la personne de ne plus buter sur une partie de son problème, mais d'être en mesure de pouvoir **appréhender sa souffrance sous d'autres angles**.



S'il arrive que certaines personnes soient déçues par leur psychothérapies, nous le comprenons car l'efficacité de ces dernières n'est pas assurée et elle dépend de nombreux facteurs*. L'un des principaux est la **qualité de la relation** entre le/la patient.e et son/sa psychologue (Shedler, J.,2010).

De plus, le soin en psychothérapie est à mettre en place dans un **temps psychique particulier et unique** pour chaque patient.e, temps qui n'est pas réductible et qui peut paraître long voir « trop long » pour certaines personnes.



La psychothérapie ne peut pas toujours assurer un soulagement rapide de la souffrance d'un.e patient.e.

Prenons le cas des personnes endeuillées par exemple : la psychothérapie ne saurait, à la manière d'un Doliprane qui calme assurément une douleur physique, ôter rapidement la douleur psychique chez un.e patient.e. La psychothérapie ne peut pas non plus agir sur la réalité extérieure et faire en sorte que le ou la défunt.e revienne à la vie.



Pour autant, **la psychothérapie permet d'agir sur la réalité subjective de la personne**, sur la manière dont elle vit profondément les choses. Dans cet exemple : elle permettra de faire une place définie à cette douleur. Ainsi, le/la patient.e ne sera plus habité.e en permanence par des pensées liées au/à la défunt.e mais pourra contenir sur des temps désormais limités sa douleur.

La douleur peut devenir une partie de ce que qu'iel vit, une partie dont on peut parler, une partie qui peut s'élaborer, ou aussi une partie qui n'est plus seulement mortifère mais qui va receler des éléments porteurs de sens, travaillables dans la relation thérapeutique.



Mais tou.te.s ces psy ont-iels quelque chose en commun ?

Les psychologues ont en commun le fait de **soigner la relation au/à la patient.e**. Iels y font particulièrement attention dans le but d'établir ce qu'on appelle une "**alliance thérapeutique**", soit une relation professionnelle où un climat de confiance solide est établi. C'est ce qui permet de travailler en collaboration autour des objectifs que Patient.e.s et Thérapeute se sont fixés.

Iels ont également développé des **compétences humaines** et ont une **préoccupation sincère** pour le devenir de la personne. Iels accueillent généralement sa parole dans un cadre de **confidentialité**, d'**empathie** et de **bienveillance**.



Quelle différence entre parler à un.e psy et à un.e meilleur.e ami.e ?

Même si les théories et les champs de compétences peuvent diverger : **les psychologues disposent de savoirs théoriques sur le fonctionnement psychique de l'être humain** : iels ont donc une qualité d'écoute et d'observation qu'un.e meilleur.e ami.e n'aura pas. Iels sont ainsi en mesure de participer au diagnostic d'un trouble et de se positionner sur la démarche la plus pertinente à suivre pour aider la personne.



Prenons le cas, par exemple, des femmes victimes de violences conjugales. Il est important de disposer de connaissances théoriques sur les processus d'emprise et de stress post traumatique car prendre le discours d'une victime à la lettre sans percevoir les mécanismes sous-jacents en jeu comme par exemple la minimisation ou le déni des violences nous induirait en erreur.

Comment les psy font-iels pour ne pas juger l'autre ?

Le positionnement de psychologue s'apprend et continue à se travailler au fil du temps.

En effet, certaines situations cliniques peuvent venir déstabiliser le/la psychologue pourtant aguerri.e : c'est pourquoi il est important de continuer à **réfléchir sur sa pratique**, ses **représentations** et ses réponses **émotionnelles** auprès d'autres psychologues dans le cadre d'un **travail de supervision**.

De plus, un.e psychologue clinicien.ne sait que **ce qui se passe dans la relation** à son/sa patient.e ne les concerne pas seulement tous les deux, mais que cette relation peut représenter une forme de répétition de relations antérieures.

Iel sait ainsi que le/la patient.e peut **projeter** sur la personne du/de la psychologue des éléments qui concerne en réalité d'autres personnes. Le/la patient.e fait cela de manière inconsciente : cela se nomme le **transfert**.



Par exemple : il m'est arrivé qu'une de mes patientes me dise qu'elle se sentait honteuse pendant la séance, qu'elle avait l'impression que je la regardais comme "une incapable" (pour la citer). Notre relation de confiance était suffisamment solide pour qu'elle me croit lorsque je lui ai dit que les pensées qu'elle me prêtait n'étaient pas les miennes. Nous avons pu avancer et comprendre "qui" dans son entourage la regardait comme ça et pensait ça d'elle, et comment elle avait pu intérioriser ces pensées là pour les projeter ensuite sur les autres (dont la psychologue).

Bibliographie



Fauré, C. (1995). Vivre le deuil au jour le jour. Paris : Albin Michel.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1968.

Rabeyron, T. (2018). Psychologie clinique et psychopathologie, Armand colin : Malakoff.

Roussillon, R. & al. (2014). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Shedler, J.(2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist, 65 (2), 98-109.

Plus d'infos !

Pour plus de contenus sur la santé mentale et les troubles psychiques :

www.raptorneuropsychy.com



Pauline BERLINGUE

Psychologue clinicienne



Mathieu CERBAI

Neuropsychologue

