

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Laure BRICOUT

Anne-Françoise CHAPERON

L'affirmation de soi pour les enfants et les adolescents

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-072050-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Avant-propos

Chère lectrice, cher lecteur,

Si construire et animer un groupe d'affirmation de soi auprès d'une population adulte n'est pas chose aisée, la difficulté augmente encore d'un cran lorsque l'on est amené à travailler avec des enfants et des adolescents. C'est pour cette raison que lorsque j'enseigne ces techniques auprès de différents professionnels de la santé, on me demande régulièrement s'il existe des manuels pratiques pour guider les thérapeutes qui souhaitent se lancer dans cette passionnante aventure. Ce manuel, le voici. Nous l'avons voulu didactique, comme son grand frère *L’Affirmation de soi par le jeu de rôle*.

Pourquoi ce changement d'équipe ? Dans le premier ouvrage, nous étions trois auteurs, plutôt spécialisés dans la prise en charge d'adultes. De ma rencontre avec Laure Bricout est né ce projet de réaliser ensemble ce guide pratique. La mise en commun de son expérience, en tant que neuropsychologue très proche des enfants et de leurs familles, et de la mienne dans la construction et la réalisation de programmes d'affirmation de soi nous a permis de concevoir et d'expérimenter les premiers groupes. Le résultat de ce travail, les progrès des jeunes patients ainsi que la satisfaction de leurs parents nous ont vivement encouragées à partager notre expérience et, nous l'espérons, à motiver les thérapeutes, éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux qui ont besoin et envie de travailler à l'aide de ces techniques.

Mais ce livre ne s'adresse pas qu'aux professionnels. Les parents qui liront cet ouvrage porteront par la suite certainement un regard différent sur leurs enfants et, nous l'espérons, trouveront quelques clés qui les aideront dans leurs relations avec eux.

Nous vous souhaitons une très bonne lecture.

Anne-Françoise Chaperon

Table des matières

Avant-propos	III
Chapitre 1 TCC et affirmation de soi	2
Objectif de l'ouvrage	4
La thérapie cognitive et comportementale (TCC)	4
Spécificités des TCC chez l'enfant et l'adolescent	5
La relation avec les parents de nos jeunes patients	6
Les bases de l'affirmation de soi et de la communication	7
Chapitre 2 Les cibles de l'affirmation de soi	18
Les troubles anxieux	20
La dépression	37
Le syndrome Gilles de la Tourette	39
Les troubles des apprentissages et la confiance en soi	40
La précocité et la confiance en soi	45
Chapitre 3 Pratiques de l'affirmation de soi	48
L'évaluation du manque d'affirmation de soi	50
Prérequis et critères d'exclusion pour participer à un groupe d'affirmation de soi	53
L'analyse fonctionnelle	58
Un cas de soumission	60
Un cas d'agressivité	64

Chapitre 4	Les fondamentaux du programme	70
	Mise en place et déroulement des séances	73
	Les règles de fonctionnement du groupe	73
	Les outils pratiques	74
	Les techniques d'animation	77
	Le savoir-être du thérapeute	80
	Faire face aux difficultés	83
Chapitre 5	La communication en affirmation de soi	90
	La communication non-verbale	92
	L'écoute active versus l'écoute passive	96
	La communication verbale	97
	Amorcer, poursuivre et terminer une conversation	98
Chapitre 6	Les techniques TCC utiles en affirmation de soi	102
	La résolution de problèmes	104
	La restructuration cognitive	105
	La décentration	108
	La flèche descendante	109
	Le questionnement socratique	109
Chapitre 7	Les émotions	112
	Le ressenti corporel de l'émotion	115
	Évaluation quantitative du ressenti corporel de l'émotion	115
	Identifier l'émotion de manière verbale	117
	Développer sa capacité à exprimer ses émotions	118
	Pour aller plus loin : les différentes attitudes réactionnelles	121
	Faire face à la colère	124

Chapitre 8	L'organisation des séances	130
	Démarrer une séance	132
	Le jeu de rôle en détail	133
	Terminer une séance	143
Chapitre 9	Le contenu des séances	144
	Séance n°1 : Démarrer le training	146
	Séance n° 2 : Bases théoriques de l'anxiété sociale et de l'affirmation de soi	149
	Séance n° 3 : Les composantes de la communication	154
	Séance n° 4 : Affirmation de soi et expression émotionnelle	158
	Séance n° 5 : Le compliment, émettre et recevoir	160
	Séances n° 6 et 7 : La demande, le refus	164
	Séances n° 8 et 9 : Les remarques négatives	170
	Séance n° 10 : Les insultes	178
	Séance n° 11 : Le harcèlement	180
	Séance n° 12 : Séance <i>flottante</i> : Écouter activement et poursuivre une conversation	184
	Séance n° 13 : Avec les parents	188
	Le contenu des séances en résumé	193
	Quelques mots pour conclure	196
	Annexes	197
	Questionnaires	197
	Liste des cas	201
	Liste des tableaux et figures	202
	Bibliographie	203

Chapitre 1

TCC et affirmation de soi

SOMMAIRE

Objectif de l'ouvrage	4
La thérapie cognitive et comportementale (TCC)	4
Spécificités des TCC chez l'enfant et l'adolescent	5
La relation avec les parents de nos jeunes patients	6
Les bases de l'affirmation de soi et de la communication	7
Définir l'affirmation de soi	8
La construction de l'affirmation de soi	9
La courbe développementale de l'affirmation de soi	11
Les comportements en affirmation de soi	14

OBJECTIF DE L’OUVRAGE

L’objectif de ce livre est de proposer aux intervenants qui travaillent avec les enfants et les adolescents un guide pour la mise en œuvre de thérapies de groupe d’affirmation de soi. Le cadre théorique de cet ouvrage est celui des thérapies cognitives et comportementales (TCC), qui s’appuient sur des techniques validées scientifiquement. Elles ont à de très nombreuses reprises démontré leur efficacité dans le traitement des problématiques de l’enfance et de l’adolescence. Le rapport de l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm 2004), souligne que cette forme d’intervention est très efficace dans le traitement de nombreux problèmes d’adaptation des enfants et des adolescents, et ce d’autant plus, quand elle est combinée à une thérapie familiale. Il existe aujourd’hui peu d’ouvrages sur l’approche TCC chez l’enfant et l’adolescent en France.

Notre livre vise les professionnels de l’enfance tels que les psychologues et les pédopsychiatres, mais nous souhaitons que sa lecture intéresse aussi les enseignants, les éducateurs et les parents d’enfants et d’adolescents souffrant de difficultés à s’affirmer et à communiquer.

Avant tout, cet ouvrage se veut un outil pratique. Son organisation en neuf chapitres en favorise la lisibilité. Après les exposés théoriques, le lecteur trouvera des techniques très concrètes pour aider à la mise en place du programme. Le dernier chapitre est consacré au plan détaillé des séances et à leur contenu. Le livre est émaillé de vignettes cliniques qui éclaireront la lecture et la compréhension. Notre objectif est de partager notre expérience dans la conception et l’animation de groupes d’affirmation de soi pour enfants et adolescents, afin de faciliter la tâche à tous les professionnels qui ont envie de se lancer dans cette pratique. Les thérapeutes qui reçoivent leurs patients en entretien individuel pourront aussi s’en inspirer pour façonner leurs interventions.

LA THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE (TCC)

La thérapie cognitive et comportementale met l’accent sur la modification des comportements et des cognitions (Cottraux, 2004). Elle s’appuie sur l’application de la psychologie scientifique à la psychothérapie et se fonde sur une méthodologie expérimentale afin de comprendre et de modifier les comportements qui posent problème. Elle est issue des théories de l’apprentissage comme le conditionnement classique, le conditionnement opérant et l’apprentissage social, ainsi que sur les modèles cognitifs basés sur l’étude du traitement de l’information.

La modification des comportements s'effectue selon une approche structurée qui s'opère en cinq phases : la définition opérationnelle du comportement cible en termes concrets observables et mesurables ; l'observation systématique du comportement qui permet d'élaborer l'analyse fonctionnelle, clé de voûte de la TCC ; le choix et l'application des méthodes thérapeutiques ; la vérification des résultats de l'intervention et la généralisation des acquis avec prévention de la rechute.

Dans son évolution récente, on distingue l'émergence d'une troisième vague des TCC qui prend en compte de manière plus importante les interactions entre l'individu et son environnement. Les principales approches thérapeutiques que l'on peut citer dans ce courant sont la thérapie d'acceptation et d'engagement et la thérapie basée sur la pleine conscience. Ces nouvelles approches sont encore peu utilisées avec les enfants et les adolescents, nous ne les aborderons pas dans cet ouvrage.

SPÉCIFICITÉS DES TCC CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Les thérapies cognitives et comportementales ont pour objectif de faire disparaître les symptômes et les comportements inadaptés (une phobie scolaire, des obsessions, des inquiétudes trop importantes...) et aussi de rétablir la confiance en soi, l'estime de soi, l'affirmation de soi, l'indépendance, etc. Les programmes pour les enfants et les adolescents sont adaptés à partir de ceux des adultes. La TCC d'affirmation de soi en groupe est une technique ciblée sur un défaut d'assertivité ; elle peut être utilisée en complément d'une stratégie de soins comprenant éventuellement des interventions de gestion du stress (relaxation, méditation, contrôle respiratoire), des techniques cognitives et comportementales (expositions) ou des renforcements positifs.

La TCC est une méthode bien adaptée à une population d'enfants et d'adolescents pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle s'appuie sur des outils facilement généralisables en dehors du contexte thérapeutique. Son abord très concret convient bien à nos jeunes patients qui n'ont pas encore des capacités d'insight très développées. C'est une forme de thérapie brève qui permet d'obtenir des résultats à court terme, en quelques semaines ou un peu plus selon la complexité de la situation. Cet avantage est fort apprécié des enfants et des adolescents ainsi que de leurs parents qui ne peuvent pas forcément se mobiliser sur de longues périodes pour des raisons évidentes de coût et de disponibilité. C'est une méthode centrée sur l'amélioration de « l'ici et maintenant ». L'étiologie des troubles est prise en compte dans une première approche analytique, mais l'objectif du traitement est de modifier le comportement présent. Les patients sont actifs dans le processus thérapeutique. L'accent est mis sur leur responsabilité et sur leur motivation à changer. Le thérapeute apporte son aide pour préciser les problèmes et identifier les facteurs de maintien des difficultés.

Il suggère des stratégies pour faire évoluer la situation problématique. Il contribue à développer les capacités d’auto-observation et d’auto-régulation, ce qui est souvent un processus que les jeunes patients découvrent et s’approprient avec plaisir.

Dans la TCC contemporaine, on observe l’intégration de principes systémiques et développementaux à la compréhension des difficultés d’adaptation (Mash, 2006). L’analyse de la situation de l’enfant au sein des interactions avec sa famille a pris de l’importance dans l’évaluation d’un problème donné ou des répercussions d’une intervention. Ainsi, un rapport de l’Institut national de la santé et de la recherche en France (Inserm, 2004) présente un portrait positif de la TCC auprès des enfants, particulièrement lorsqu’elle est combinée avec une thérapie familiale.

LA RELATION AVEC LES PARENTS DE NOS JEUNES PATIENTS

Les enfants décident rarement de consulter un professionnel de la santé par eux-mêmes. Dans la majorité des cas, les parents sont alertés par le comportement au sein de la famille ou bien ils sont incités par les intervenants scolaires à recourir aux services d’un psychologue. Cette particularité a des répercussions sur l’établissement de l’alliance thérapeutique qui fait l’objet d’une relation tripartite entre le patient, ses parents et le thérapeute. L’alliance doit s’établir prioritairement entre l’intervenant et le jeune patient sans négliger pour autant l’établissement d’une relation de confiance entre l’intervenant et le parent du patient, alors même que la relation entre le parent et son enfant peut être conflictuelle. Le thérapeute se doit de gérer toutes ces interactions avec habileté.

Le thérapeute peut se trouver confronté à la nécessité de gérer les attentes des parents concernant son intervention. L’objectif thérapeutique doit être défini clairement en tenant compte de l’âge de l’enfant, de ses possibilités liées à son niveau développemental, de ses facultés cognitives et de sa psychopathologie. Cela contraint parfois le thérapeute à tenir une position claire vis-à-vis des parents en instaurant des limites au projet thérapeutique. Le manque d’affirmation de soi est rarement isolé. Chez l’enfant, la comorbidité est fréquente avec certains troubles tels que les troubles anxio-dépressifs, les troubles des apprentissages, le trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité, les troubles du comportement alimentaire, les troubles oppositionnels ou les troubles des conduites. Ainsi, certains enfants qui ont un TDAH (trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité) présentent aussi un trouble oppositionnel. Des attentes éducatives trop strictes génèrent alors un phénomène d’escalade négative entre l’enfant et son ou ses parents qu’il est difficile d’arrêter. Le thérapeute doit faire comprendre aux parents que, pour cet enfant-là, dans cette situation-là, et sans remettre en cause le bien-fondé de leurs attentes, ils doivent

modérer leurs exigences sous peine de détériorer leur relation et la confiance en soi de leur progéniture.

La participation des parents est susceptible de contribuer à l'efficacité de l'intervention. Ils doivent prendre part à l'évaluation des difficultés de leur enfant et à l'établissement du plan d'intervention. Ceci pose clairement la question de l'évaluation préalable à toute prise en charge, évaluation qui doit conduire à l'établissement d'un diagnostic devant être discuté avec les parents. Il faut évaluer dans quelle mesure certains comportements parentaux jouent un rôle dans le développement et le maintien, voire le renforcement, du problème observé chez l'enfant. Compte tenu de la forte transmission intergénérationnelle de certains troubles (troubles anxieux, dépression, TDAH, troubles du comportement alimentaire...), une évaluation des conséquences des difficultés parentales est souvent essentielle. Le thérapeute peut être amené à refuser une prise en charge si les parents refusent de s'impliquer au motif que le problème est celui de l'enfant, alors que le thérapeute a clairement identifié que le système familial jouait un rôle de renforçateur des troubles. C'est particulièrement le cas dans les troubles oppositionnels et les comportements coléreux ou inadaptés, ainsi que dans les troubles du sommeil. L'aspect des pratiques parentales sera abordé dans le dernier chapitre.

Il est évident cependant que l'implication des parents doit être modulée en fonction de l'âge de l'enfant et de sa maturité ainsi que de la qualité des relations qui les lient à celui-ci. Si la présence des parents est le plus souvent requise pour les enfants d'âge scolaire ou préscolaire, il peut être indiqué qu'un adolescent consulte seul, surtout s'il présente des difficultés particulières dans la quête de son autonomie.

La famille constituant le principal lieu d'apprentissage social chez l'enfant, l'environnement familial a été repéré comme jouant un rôle essentiel dans le développement du trouble d'anxiété sociale. Grandir au sein d'un environnement peu stimulant au niveau des interactions sociales ne favoriserait pas l'acquisition d'habiletés relationnelles. Plus que pour toute autre pathologie, il apparaît ainsi nécessaire, dans le traitement et la prévention du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent, d'agir sur les aspects environnementaux au sein de la sphère familiale et sociale.

LES BASES DE L’AFFIRMATION DE SOI ET DE LA COMMUNICATION

L'affirmation de soi est la manifestation concrète de l'estime de soi. L'estime de soi globale est définie comme la composante évaluative de soi, c'est-à-dire un jugement global sur sa propre personne. Elle renvoie donc à la satisfaction que retire une personne de la façon

dont elle se perçoit. Selon C. André (1998), l’estime de soi repose sur trois piliers, qui sont l’amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. C’est de l’équilibre entre ces trois ingrédients que dépend le niveau d’estime de soi. L’amour de soi inconditionnel, celui qui ne dépend pas de nos défauts et de nos limites, permet de résister à l’adversité et de se reconstruire après un échec. Le regard que l’on porte sur soi est une évaluation de nos qualités et de nos défauts, c’est une vision subjective de nos potentialités ou de nos limitations, de l’opinion que l’on a de soi. La confiance en soi découle d’un sentiment de compétence, elle s’applique aux actes. Être confiant, c’est penser que l’on est capable d’agir de manière adéquate dans les situations importantes.

Il a été montré qu’une faible estime de soi est souvent associée à certaines pathologies, en particulier à des problèmes émotionnels et comportementaux. On constate aussi qu’un excès d’estime de soi peut refléter des pathologies de type narcissique. On voit ainsi combien l’estime de soi est liée aux facultés d’adaptation d’un sujet dans la vie quotidienne et face aux événements stressants, ce qui ne veut pas dire pour autant qu’un déficit ou un excès d’estime de soi sont la cause de tous les maux.

Définir l’affirmation de soi

Pour certains auteurs (Beaudry et Boisvert, 2012), « communiquer de façon affirmée, c’est exprimer ses sentiments et ses façons de voir par des mots, des gestes, d’une façon calme et appropriée tout en voulant connaître les sentiments, les pensées et la manière de voir d’autrui ». Ce qui se dégage de cette définition, c’est l’aspect équilibré de la relation entre les parties, qui doit s’établir dans un respect mutuel au plan de l’expression des droits, des désirs, des idées et des souhaits. L’objectif n’est pas d’obtenir ce que l’on veut, mais bien d’être capable de s’exprimer de manière assurée et respectueuse de l’identité de chacun. S’affirmer, c’est aussi être capable de faire de bons choix, de prendre position et d’assumer les conséquences de ses choix.

Il est tout à fait possible d’être affirmé dans certaines circonstances ou dans certains lieux et de ne pas l’être dans d’autres. Ainsi, un jeune pourra se montrer affirmé dans une activité sportive dans laquelle il excelle et se montrer plus timoré dans le milieu scolaire, par exemple, surtout s’il souffre de difficultés d’apprentissage qui lui ont fait subir un certain nombre de vexations ou de déboires. Bien évaluer les contextes dans lesquels les différents types de comportement se manifestent permet ainsi d’élaborer une stratégie thérapeutique et, par effet de levier, de profiter des secteurs dans lesquels le sujet se sent le plus à l’aise et le plus confiant en ses capacités.

David : la confiance en lui dans le sport

David, âgé de 17 ans, est amené par sa mère pour un suivi psychologique. Il souffre de difficultés d’apprentissage sévères (dyslexie, dyspraxie, problèmes de mémoire) qui ont perturbé son cursus

scolaire. David n'a jamais été heureux à l'école. Il s'y est montré peu compliant et a été exclu de nombreux établissements pour insolence et troubles du comportement. Au collège, en revanche, il est un excellent sportif qui a pu entrer dans une classe de sport-études où il a commencé à pratiquer la gymnastique en compétition de haut niveau. Cela lui a permis de reprendre confiance en lui, et ses difficultés comportementales se sont estompées. Il a réussi à se faire des copains, et à la maison il s'est montré plus facile durant cette période. Malheureusement, une blessure a exclu le jeune homme des terrains de compétition, l'obligeant à quitter le milieu sportif. David a intégré une filière professionnelle dans laquelle il se retrouve de nouveau en difficulté (il n'arrive ni à lire ni à apprendre ses leçons) et il se sent très dévalorisé, n'osant pas aller vers les autres. Ses difficultés de comportement liées à son manque de confiance en lui sont réapparues dans le milieu scolaire, même si, dans son environnement familial, David est désormais plus serein.

La construction de l'affirmation de soi

C'est dans sa façon de communiquer et de se comporter dans un rapport équilibré avec l'autre que l'enfant ou l'adolescent révèle sa valeur personnelle. Chez l'enfant encore plus que chez l'adolescent, cet aspect de la relation est faussé du fait de l'asymétrie avec l'adulte qui assure le rôle de premier modèle comportemental. Apprendre à un enfant à s'affirmer, c'est d'abord lui donner le bon exemple, lui apprendre à obéir et à respecter l'autre sans pour autant être soumis. C'est aussi maintenir une position de fermeté par rapport aux règles éducatives tout en faisant preuve de souplesse pour lui donner la possibilité de se défendre et d'exprimer son point de vue. C'est enfin l'aider à développer son assertivité, ce qui aura pour conséquence de l'amener à se faire de plus en plus confiance et, en définitive, à augmenter son estime de soi.

Le cas de Thibault, qui doit apprendre à s'affirmer face à son père

La mère de Thibault consulte, car elle trouve que son fils est renfermé. Depuis quelques mois, il souffre de troubles du sommeil assortis de cauchemars. Thibault est fils unique, il s'entend très bien avec sa mère et participe volontiers aux tâches domestiques. C'est un adolescent de 15 ans brillant en classe. Il a des copains, il fait du sport et pratique la musique depuis son plus jeune âge. Le couple parental s'est séparé quelques années auparavant de manière très conflictuelle, et c'est la mère qui assure la majeure partie de la garde. Le père est remarié, il a un enfant avec sa nouvelle compagne. Le jugement prévoit que Thibault doit passer une journée par semaine chez son père ainsi que la moitié de ses vacances. Or, Thibault a de plus en plus de mal à se rendre chez son père durant les congés. Ses relations avec sa belle-mère sont très tendues, et le père, qui est excellent musicien, attend de son fils qu'il s'entraîne au violon durant toutes les vacances. Il est très exigeant et a tendance à dévaloriser son fils quand il estime que celui-ci ne répond pas à ses attentes. De son côté, la belle-mère fait preuve de grandes exigences, en demandant à Thibault de participer aux tâches ménagères, aux courses ainsi qu'à la garde de l'enfant du couple, âgé de quelques mois. De plus en plus, Thibault invente de multiples excuses pour ne pas se rendre chez son père, mais il a bien conscience qu'il va devoir lui faire part du fait qu'il ne supporte plus d'être traité de la sorte.

La confiance en soi est observable, elle découle de l’amour de soi et de la vision de soi. Elle provient principalement du mode d’éducation, des renforcements que l’enfant a reçus dans sa famille et à l’école. Le sentiment de sécurité et de confiance en soi constitue le socle sur lequel le jeune enfant construit son estime de lui-même.

Simon : toute une vie pour reconstruire une estime de soi fragilisée pendant l’enfance

Simon, âgé de 70 ans, raconte comment son estime de lui-même a été mise à mal de manière régulière par les brimades qu’il a reçues à la fois de ses parents et de son environnement scolaire. Enfant unique, il était surprotégé par sa mère qui ne travaillait pas, alors que son père, issu d’un milieu très bourgeois, s’occupait peu de lui. Quand il était petit, sa mère lui a renvoyé l’image d’un enfant brillant et exceptionnel jusqu’à ce qu’il aille à l’école et soit confronté à la fois à la socialisation et aux apprentissages. Comme il ne parvenait pas à satisfaire les souhaits de ses parents en matière de résultats scolaires, ceux-ci se sont brusquement mis à le dévaloriser et à le brimer alors qu’il avait 7 ou 8 ans. Son statut d’enfant unique très choyé ne l’avait pas préparé à la socialisation et au partage, et il s’est trouvé démuni dans la cour de l’école, incapable de créer des liens. Simon a ainsi commencé à douter de lui et à se dévaloriser. Il est resté habité toute sa vie d’un sentiment de honte et de culpabilité dont il n’arrive pas à se défaire, qui a marqué sa vie professionnelle et, surtout, empoisonné sa vie personnelle et familiale.

Le sentiment d’être compétent peut se situer à différents niveaux. Chez l’enfant et l’adolescent, il s’exerce principalement dans deux environnements : les relations sociales et la scolarité. Certains enfants qui ne réussissent pas à l’école ou dont les résultats ne correspondent pas aux attentes de leurs parents peuvent très vite développer un sentiment d’incompétence doublé d’une anxiété de performance qui va se généraliser à leur compétence sociale. Ces patients pensent qu’ils sont nuls, que tout le monde va se moquer d’eux. Ils n’osent pas prendre la parole en classe et peuvent adopter un comportement mutique ou, au contraire, se défendre en adoptant une posture de fanfaronnade.

Élias est turbulent

Élias est un préadolescent de 11 ans scolarisé en 6^e. Ses facultés intellectuelles sont bien développées. Ses parents consultent pour son agitation en classe. Le garçon évolue dans un milieu socio-économique favorisé : ses parents sont tous deux diplômés de grandes écoles et ils exercent des professions socialement reconnues. Élias est turbulent depuis son entrée au CP, mais il n’a pas eu de problèmes d’apprentissage particulier. En CE1, il a été ridiculisé par une enseignante, car il s’était montré inattentif et n’avait pas su répondre à une question posée devant la classe. Ce type d’expérience s’étant reproduit plusieurs fois cette année-là, le jeune garçon a développé une aversion pour l’exposition en public : il se met à balbutier, à rougir et à se sentir mal dès qu’on l’interroge. Depuis, quand il se trouve en groupe, il ne peut s’empêcher de faire le pître : il bouge, plaisante, fait des commentaires inappropriés. Cette attitude lui vaut d’être souvent puni. Il a été exclu de plusieurs établissements privés au sein desquels il était scolarisé, malgré la mise en place de contrats de comportement censés l’aider à se conformer aux règles. S’il se comporte de manière tout à fait adaptée en famille et dans les activités extrascolaires, il adopte en classe une posture insolente et blagueuse. Élias est pourtant très