



12 Déterminants du comportement décisionnel à partir de la Foi de guérison du déplacement

Sur l'importance de la répression de la petite enfance dans la psychanalyse

et en relation avec la foi chrétienne

Les Fats

Au cours de mon travail de psychanalyste et grâce à mes nombreuses années d'expérience dans le domaine thérapeutique, j'ai observé à maintes reprises que les patients ayant une croyance forte avaient une durée de traitement plus courte, acceptaient mieux les médicaments et pouvaient être guéris plus facilement. L'attitude de foi établie semblait avoir une influence significative sur le meilleur processus de guérison, l'espoir profond et la confiance en la guérison dans les moments difficiles. Outre la guérison, la réintégration dans la vie quotidienne s'est également accélérée, les patients rétablissant des relations et renforçant leur environnement social et professionnel. De plus, j'ai connu des patients qui, en raison de leur manque de conviction religieuse, avaient un parcours thérapeutique plus difficile, comparativement plus long et plus compliqué. Sur la base de ces observations, il était très important pour moi d'étudier ces effets et ces connexions sur le plan théorique et empirique. Le résultat de cette enquête montre que mon hypothèse était correcte et que la dissolution des traumatismes refoulés conduit à un monde plus pacifique et à une bonne coexistence interpersonnelle (Andrawis A, 2018).

L'auteur traite des trois tableaux cliniques suivants du projet de recherche, qui sont examinés plus en détail au chapitre 3 et documentés empiriquement au chapitre 11 (voir la thèse d'Andrawis A, 2018).

Celles-ci le seraient:

- 1.) Trouble anxieux généralisé F41.1 et DSM-5 Code 300.82
- 2.) Trouble de la personnalité Borderliner Type F60.31 et DSM-5 Code 301.83
- 3.) Troubles somatoformes - Troubles psychosomatiques CIM-10 F. F. F45. et

Code DSM-5 300.82, (Dilling et al. 2015). 1.2 État de la recherche

L'ouvrage traite du sujet des critères suivants : L'importance de la recherche sur l'inconscient réprimé et son influence sur l'amélioration des relations interpersonnelles et leur guérison, ainsi que la répression précoce des traumatismes comme cause du développement des maladies mentales. Mon projet de recherche est un travail interdisciplinaire qui combine des méthodes psychiatriques et psychanalytiques avec des croyances chrétiennes. Il est examiné si l'attitude chrétienne a une influence sur le processus de guérison. La fréquence des maladies mentales augmente en raison de traumatismes qui n'ont pas été surmontés. Les efforts pour une meilleure compréhension de la personne concernée et des approches thérapeutiques appropriées sont d'une grande importance. Non seulement pour chaque patient, mais aussi pour ses relations interpersonnelles.

1.3 Thèse et objectif du travail

Les résultats de la recherche doivent être communiqués avant tout aux parents et aux éducateurs, car ils sont d'une importance décisive pour l'éducation de leurs enfants. On s'attend à ce que le développement positif de la personnalité et la relation interpersonnelle positive permettent de surmonter les traumatismes inconscients. C'est pourquoi mon étude propose une nouvelle stratégie pour l'aide à long terme et durable aux personnes touchées et à leurs proches, d'une part, et une politique de santé préventive et tournée vers l'avenir, d'autre part. La prise en charge complète des coûts de psychothérapie par les caisses d'assurance maladie serait une contribution décisive à la santé publique et à la satisfaction du public.

1.4 Approche méthodologique

Le travail est divisé en une partie théorique et une partie empirique. La partie théorique fait référence à la recherche littéraire et à d'autres études scientifiques internationales. La partie pratique évalue les résultats d'un entretien par questionnaire. Le contenu du questionnaire

demande aux patients dans quelle mesure la psychanalyse et les croyances chrétiennes influencent le processus de guérison. Les données de la présente étude ont été analysées selon une méthode qualitative et quantitative. La sélection est justifiée, décrite et positionnée de manière méthodique.

1.5 Perspectives

Quelles mesures préventives peuvent être dérivées du résultat de la question de recherche ? Comme le montrent les résultats de la recherche, l'attitude de base de la foi, associée à la psychanalyse, a conduit à une réduction de la consommation de médicaments. La période de traitement du trouble d'anxiété généralisée a également été raccourcie par l'attitude de foi. Avec le type borderline, la thérapie et la foi ont conduit en peu de temps à ce que les patients puissent travailler, socialiser et renouer des liens. Grâce à un traitement en temps opportun, une évolution chronique de la maladie pourrait être évitée. Les résultats ont également montré que la majorité des personnes testées souhaitent que la caisse d'assurance maladie prenne en charge les frais de traitement et que, du point de vue de la politique de santé, la prise en charge globale des coûts contribuerait de manière importante à la prévention des conséquences graves, telles que l'incapacité de travail.

1.6 Psychanalyse et foi chrétienne dans le processus de guérison

Il a été démontré que l'attitude chrétienne de foi a une très grande valeur dans le processus de guérison. Il soutient ainsi les procédures de psychanalyse pour un meilleur processus de guérison. Cela raccourcit la durée de la maladie et la durée du traitement. L'attitude de foi a un effet très positif sur le niveau de confiance.

Les différences d'opinions subjectives sont présentées et il convient de fournir davantage d'informations sur l'évolution des trois maladies sélectionnées. Surtout après avoir surmonté des traumatismes pour l'amélioration des relations interpersonnelles. Il est nécessaire d'agir pour renforcer l'optimisme, les attentes d'une évolution positive de la maladie. Par conséquent, les résultats devraient également être utilisés pour en tirer des suggestions de prévention, car elles pourraient être souhaitées par les patients. L'attitude chrétienne à l'égard de la foi peut aussi jouer un rôle à cet égard. Les évaluations des différents tableaux cliniques

conduisent à une prise de conscience de la nécessité d'un changement du système de santé (Filipp & Aymanns 2015). 2 Méthodologie et empirisme

Les données du présent travail ont été analysées avec une méthode qualitative et quantitative. La sélection est justifiée et décrite, ainsi que méthodiquement positionnée.

2.1 Analyse qualitative

L'entrevue du questionnaire était basée sur une enquête auprès des patients. Il y avait des questions ouvertes et normalisées. Tel que présenté par Mayring, (2010), l'évaluation a été réalisée selon les normes de l'analyse quantitative du contenu. Au départ, les réponses des sujets ont été paraphrasées et généralisées. La classification a été effectuée sur la base de ces résultats. L'allocation et l'évaluation ont été coordonnées et réalisées avec un second sujet dans le but d'une catégorisation globale.

2.2 Analyse quantitative

Afin de vérifier les hypothèses et de poursuivre les analyses exploratoires des données, des analyses de fréquence ont été effectuées et des statistiques descriptives (valeurs moyennes, écarts-types) ont été répertoriées et justifiées graphiquement.

L'évaluation statistique a été réalisée avec IBM-SPSS© Version 23 pour Windows et Excel.

2.3 Positionnement du processus méthodologique

Une combinaison de modèles de recherche quantitative et qualitative a été choisie pour la méthode de cette étude, car les hypothèses ont été établies à l'avance et une approche exploratoire fondée sur des questions ouvertes a été jugée essentielle et souhaitable. L'enquête quantitative vise à mesurer et quantifier les phénomènes afin de faire une déclaration générale (Flick 2011). La méthodologie qualitative a été choisie parce que ce travail devrait également générer des hypothèses et de nouvelles approches de recherche (Flick 2011, Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010).

2.4 Procédure d'évaluation

L'analyse qualitative du contenu est ensuite décrite comme le processus d'évaluation. L'aspect particulier de l'analyse qualitative du contenu est expliqué et l'adéquation de la méthode au résultat des enquêtes de ce travail est justifiée. Par la suite, le modèle de processus de l'analyse qualitative du contenu est décrit en détail et appliqué aux évaluations de ce travail.

2.5 Analyse de contenu pour l'analyse qualitative

La méthode d'évaluation de l'analyse qualitative de contenu positionnée par Mayring s'est imposée comme une approche conventionnelle de l'analyse de texte (Mayring 2010). Cette approche caractérise Flick comme une méthode adéquate pour les perspectives introspectives acquises lors d'une entrevue (Flick 2011).

Le processus systématique et méthodique est caractérisé par un processus d'analyse sur mesure. L'orientation de l'évaluation est basée sur un modèle de processus, qui conduit à une classification par une paraphrase de début, une généralisation et une réduction ultérieure. Dans la dernière étape, ceci est interprété dans le sens de la question (Mayring 2010). 2.6 Hypothèses et questions

Les hypothèses suivantes peuvent être faites :

I. En ce qui concerne le processus de guérison, il y avait des différences d'attitude, en ce qui concerne les tableaux cliniques. En raison de l'évolution rapide et des effets directement reconnaissables des thérapies naturelles et psychothérapeutiques qui les accompagnent, les patients atteints de troubles psychosomatiques s'attendent à ce que leur maladie soit guérie plus rapidement que dans les autres formes de thérapie.

II. Il y a diverses descriptions des causes en ce qui concerne les tableaux cliniques. Les troubles somatoformes sont dans un état de tension particulier avec leur environnement social, qui se manifeste par le stress. Par conséquent, l'organisme tout entier est désharmonisé. De ce fait, une attribution multiple dans ce domaine est attendue.

III En ce qui concerne les tableaux cliniques, il existe des différences dans le choix du traitement. On soupçonne que les patients atteints de malformations somatoformes choisissent des thérapies alternatives telles que la médecine holistique, la médecine naturelle ou autres.

Les patients sont convaincus que leurs maladies sont d'origine organique. Ils ne veulent pas admettre que leur maladie est principalement due à une cause psychologique.

IV. Les images cliniques des personnes testées sont différentes dans leur présentation et se déroulent également dans le cadre de leur processus thérapeutique, l'attitude de base étant tout aussi positive.

V. Les patients présentant des troubles somatoformes, des troubles de la personnalité et des patients de type borderline ainsi que les patients souffrant de troubles anxieux généralisés ont des choix thérapeutiques similaires parce qu'ils optent pour des psychothérapies. Ils critiquent les traitements médicamenteux en raison de leurs effets secondaires élevés et de leur crainte d'une éventuelle dépendance.

VI En ce qui concerne la conformité, une distinction est faite en principe entre les différents tableaux cliniques. En cas de détresse aiguë et si le succès du traitement aux antidépresseurs est directement perceptible, l'effet du médicament est généralement démontré deux à quatre semaines après la première administration. On s'attendait donc à ce que la conformité soit élevée dans tous les tableaux cliniques.

VII Les différences quant à la qualité et à la nature des pouvoirs d'auto-guérison, à la force, à la spiritualité et à la croyance en la confiance en soi des personnes testées sont à assumer. Au moment de l'interrogatoire, ainsi que de l'explication des médicaments et autres formes de thérapie, la conviction était que les forces d'auto-guérison étaient d'abord identiques chez presque toutes les personnes testées. Ce n'est qu'alors qu'il y eut une déviation entre la foi chrétienne et la spiritualité.

VIII. Il existe des différences entre la valeur de nouveauté des résultats du traitement et les tableaux cliniques. Les personnes atteintes de troubles somatoformes ont peu d'expérience avec les antidépresseurs dans les thérapies parce qu'elles sont convaincues que leurs symptômes ne sont que physiques et non psychologiques. Étonnamment, la psychothérapie a montré un rétablissement positif. Les patients souffrant d'un trouble anxieux généralisé et de type limite ont également obtenu une réponse positive.

2.7 Échantillonnage/réalisation de l'échantillon

Les enquêtes ont été réalisées au moyen d'un sondage en ligne et d'un questionnaire d'entrevue. Il n'y avait pas de relation thérapeutique plus étroite avec les patients. Au total, 105 personnes ont accepté de participer. dans le bureau. Ils ont été divisés en trois tableaux cliniques différents, y compris le trouble d'anxiété généralisée

F41.1 Trouble de la personnalité Type limite F60.31, troubles somatoformes et troubles psychosomatiques F45.40, on (Dilling et al. 2011).

2.8 Questionnaire

Sur la base d'une recherche documentaire de Strobach (2001) et en y ajoutant des questions pertinentes supplémentaires, un questionnaire en ligne séparé a été développé, optimisé et publié pour l'enquête du professeur Peter Linnert. Lors de la préparation du questionnaire, un temps raisonnable de 10 à 15 minutes a été pris en compte. Une importance particulière a été accordée à l'inclusion de questions qualitatives ouvertes, en particulier la question du rôle que la psychanalyse et la foi chrétienne ont joué dans le processus de guérison. Les réponses ouvertes ont été enregistrées par écrit par les participants. Les observations et les analyses ont été effectuées et reliées au niveau de chaque élément. Le questionnaire se trouve en annexe de ce travail :

2.9 La question de recherche

Dans cet ouvrage, l'auteur traite de la question de recherche suivante :

Quels rôles jouent la psychanalyse et la foi chrétienne dans le processus de guérison ?

Sur cette base, d'autres questions se posent concernant le cadre de base de la question de recherche :

- Que signifie surmonter les répressions de la petite enfance par la psychanalyse et quel rôle l'attitude chrétienne de foi joue-t-elle dans le processus de guérison ?
- Qu'entend-on par répression-guérison-foi-guérison ?
- Pourquoi l'inconscient refoulé a-t-il un effet destructeur et infantile sur les relations interpersonnelles ?

- Quels rôles jouent l'amygdale, la psychanalyse et les croyances chrétiennes dans la guérison et les relations interpersonnelles ?
- Quelles mesures préventives peuvent être dérivées du résultat de la question de recherche ?

3 Description de l'échantillon

Au total, le questionnaire en ligne a été ouvert 131 fois. Dans 21 cas, les personnes ont arrêté l'enquête directement et dans cinq cas après les deux premières questions. Il en résulte un échantillon utilisable de N=105 personnes. Le nombre spécifique de réponses par question est indiqué par n dans chaque cas.

Les patients ont en moyenne 47 ans (SD=15.42, Mdn=49 ans), la plus jeune personne a 21 ans et la plus âgée 82 ans (3 personnes n'ont pas indiqué leur âge). Près de la moitié des participants vivent en partenariat, comme le montre le tableau 1. Près du tiers des patients (32 %) étaient en couple au moment de l'enquête.

Tableau 1 : Situation actuelle de la relation (n=101)

Fréquence Pourcentage

Vivre en partenariat 48 47,5

Séparés 30 29,7

Divorcés 23 22,8

Détails spécifiques à la maladie

3. les questions qualitativement ouvertes

Suite à l'analyse qualitative du contenu selon Mayring (2010), les questions ouvertes du questionnaire/guide d'entretien ont été catégorisées. Les catégories qui en résultent sont présentées et discutées en même temps que les questions fermées.

En moyenne, il y a plus de deux ans, les gens ont signalé qu'ils avaient remarqué les plaintes pour la première fois. En ce qui concerne le type de plaintes, les trois quarts souffrent de maladies mentales ou psychosomatiques, une personne a déclaré souffrir de névrodermite et de troubles du sommeil. Une personne sur deux déclare qu'il y a au moins une personne dans la famille qui présente les mêmes symptômes psycho-psychosomatiques (voir tableau 2).

Tableau 2 Détails spécifiques à la maladie

Fréquence Pourcentage

Moment de l'événement 102

il y a 1 an 19 47,5

il y a 2 ans 29 29,7

Il y a plusieurs années 54 52,9

Nature des plaintes 104

Physique 14 13,5

Environnement social 9 8,7

Psycho-psychosomatique 78 75,0

Autres 3 2,9

Appartenance à la famille 105

Oui 52 49,5

Non 32 30,5

Ne sait pas 21 20,0

La plupart des patients ont consulté un psychothérapeute ou un médecin généraliste, suivi d'un spécialiste (voir Figure 23).

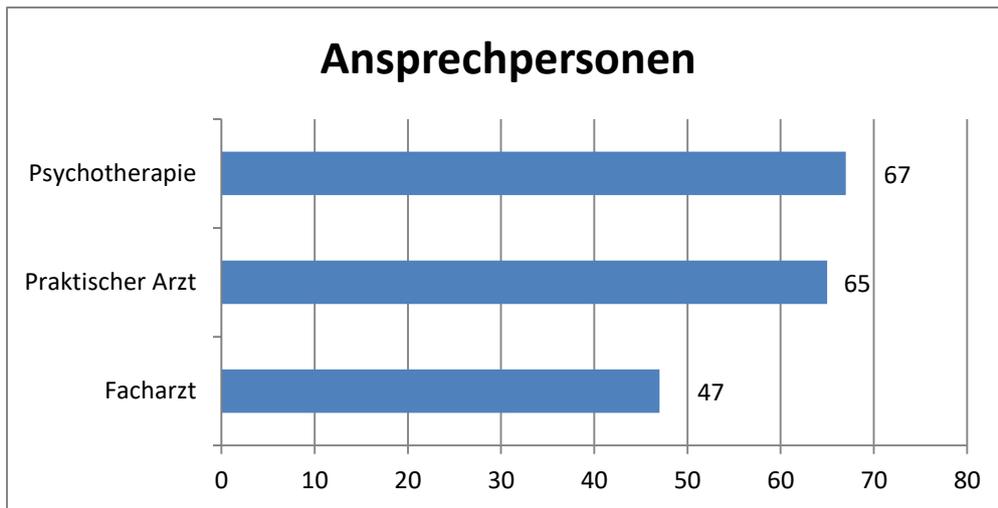


Figure 23 : Personnes-ressources (réponses multiples, n=179, propre représentation)

La plupart des patients ont cité une cause psychologique comme raison de leur trouble. Viennent ensuite les causes physiques et la raison la moins citée, le comportement personnel.(voir Figure 24).

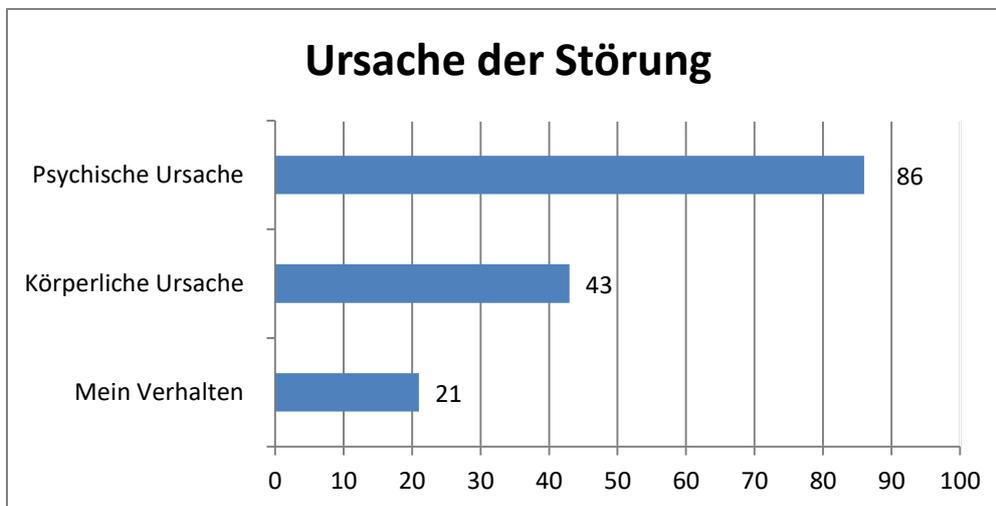


Figure 24 : Cause de la panne (réponses multiples, n=150, représentation propre)

69 participants ont indiqué qu'ils ne prendraient pas de médicaments pour leurs plaintes. Par contre, 35 des personnes interrogées prennent actuellement des médicaments pour traiter leurs maux (voir la figure 3).

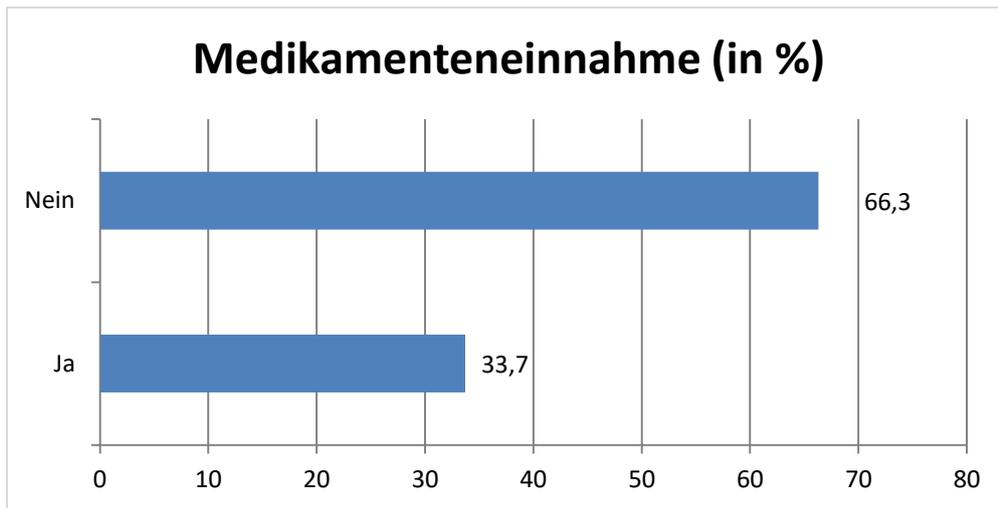


Figure 25 : Prise actuelle de médicaments en cas de plaintes

(n=104, propre représentation)

Plus des trois quarts des personnes interrogées sont optimistes et s'attendent à une amélioration de l'évolution de la maladie (cf. Figure 26).

Verbesserung des Krankheitsverlaufs (vgl. Abbildung 26).

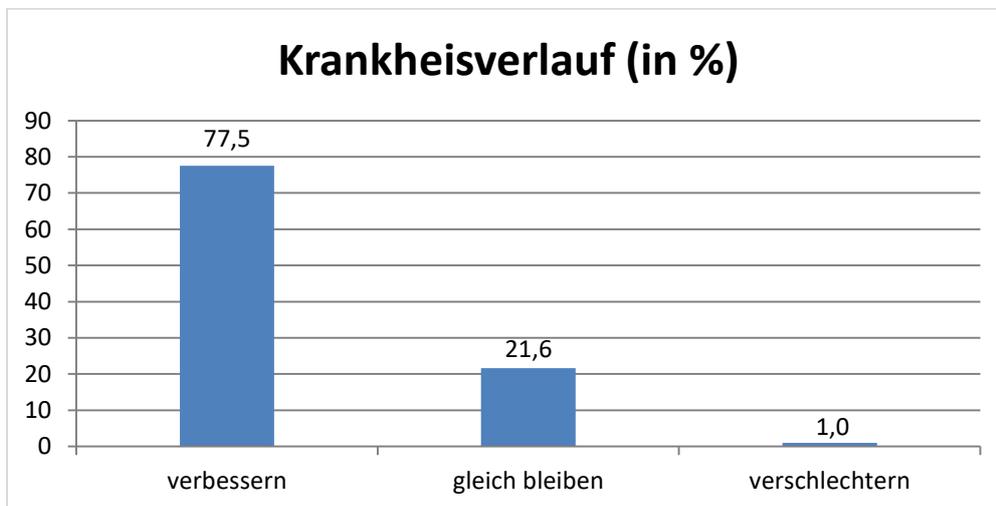


Figure 26 Évolution prévue de la maladie (n=102, propre représentation)

En moyenne, les gens jugent l'importance des thérapies par rapport à leurs propres plaintes très importante, soit un peu plus des deux tiers (cf. Figure 5). L'échelle a été posée de 1 "très important" à 4 "pas important du tout" et la valeur moyenne était $M=1,37$ ($ET=0,61$).

La valeur moyenne est $M=1,37$ ($ET=0,61$).

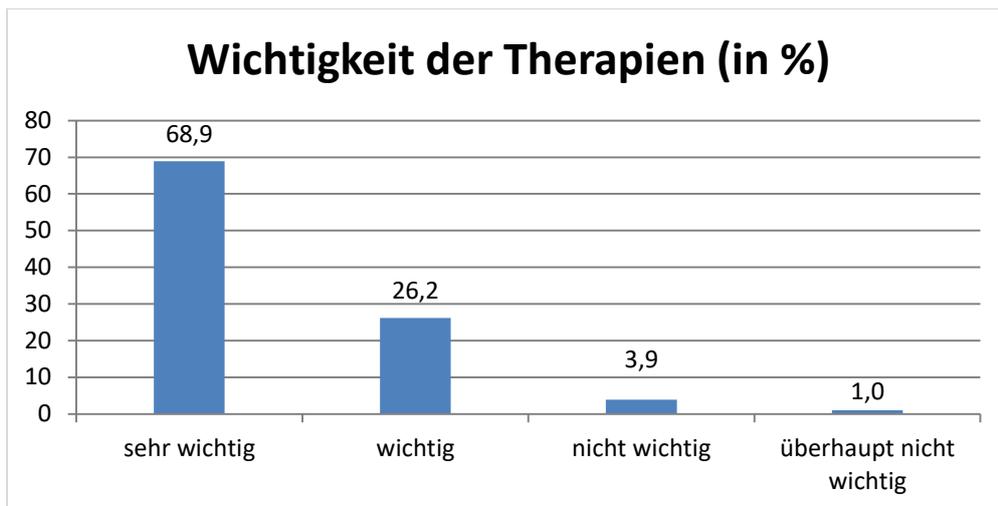


Figure 27 Importance des thérapies (n=103, présentation personnelle)

88 patients ont déclaré que la psychothérapie était le moyen le plus efficace de les aider à se rétablir. De loin, 8 personnes n'ont pas donné de mesure et 5 participants ont donné des psychotropes comme mesure de rétablissement utile (voir Figure 28).

de récupération (cf. Figure 28).

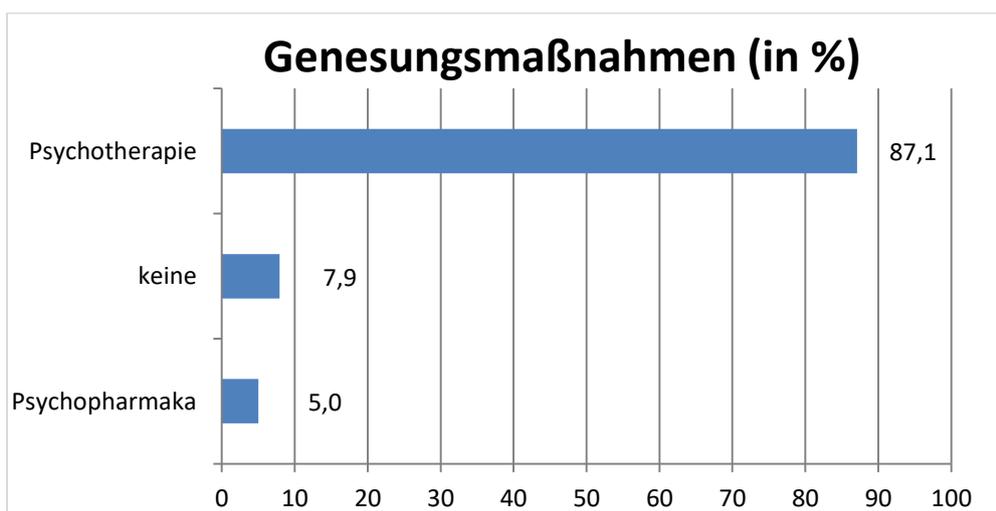


Figure 28 : Mesures de rétablissement efficaces (n=101, présentation personnelle)

En moyenne, les gens jugent l'efficacité des psychotropes dans les maladies mentales comme étant efficace, ce qui correspond à 38,8 % des répondants. L'échelle a été posée de 1 "très efficace" à 4 "pas efficace du tout" et la valeur moyenne était $M=2,41$ ($ET=1,06$).

liegt bei $M=2,41$ ($SD=1,06$).

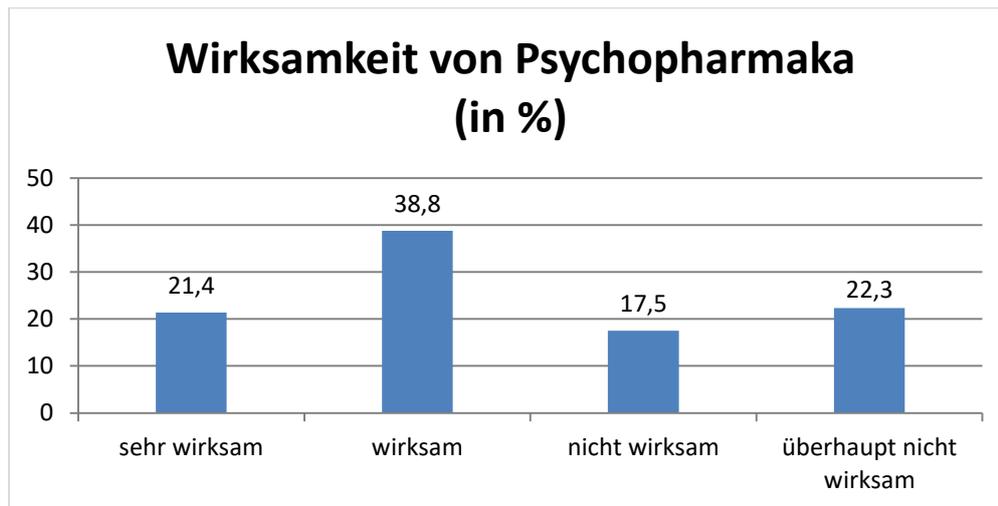


Figure 29 : Efficacité des psychotropes dans la maladie mentale

($n=103$, propre représentation)

En moyenne, les gens jugent que la gestion de leur maladie personnelle est bonne. Il est frappant de constater qu'aucun des participants n'a déclaré qu'ils n'étaient pas du tout doués pour faire face à leur propre maladie (cf. Figure 8). L'échelle a été posée de 1 "très bon" à 4 "pas bon du tout" et la valeur moyenne était $M=2,11$ ($ET=0,87$).

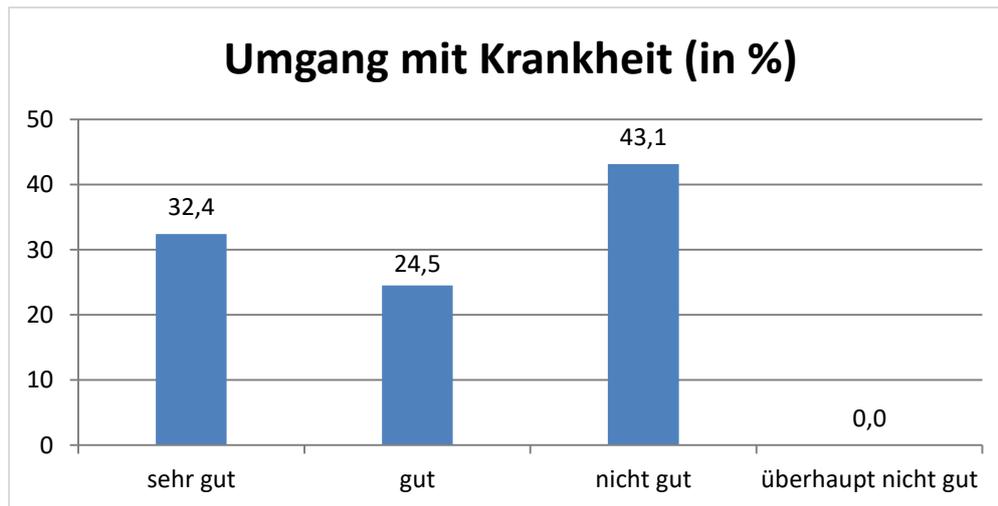


Figure 30 : Gérer sa propre maladie (n=102, représentation personnelle).

En ce qui concerne la question ouverte sur l'état de santé actuel (voir annexe 1, question 16), 105 réponses au total ont été données. Celles-ci allaient d'un très bon état à un état satisfaisant ou pouvant être amélioré à un mauvais état avec des symptômes courants sévères. Dans le but de réduire sensiblement le contenu de l'information, une catégorisation a été effectuée conformément à l'approche de Mayring (2010) (cf. annexe 2, tableau d'évaluation, question 16). Le processus de catégorisation s'est déroulé en deux étapes, comme suit. Dans un premier temps, 10 catégories ont été créées. De ce nombre, cinq catégories ont été regroupées au cours d'une deuxième étape intermédiaire (voir le tableau 3).

Tableau 3 : Catégorisation de l'état de santé actuel

Première étape Nombre

Un très bon 5

B bon 20

C satisfaisant 11

D s'est amélioré de 17

E en bonne santé 4

F stable 6

G Aucune plainte 2

H à améliorer 2

I mauvais 2

J Plaintes aiguës 26

Catégories précédentes de la deuxième étape

A très bon à bon Catégorie A, B

B a amélioré la catégorie D

C Sain, stable et sans symptômes Catégorie E, F, G

D satisfaisant Catégorie C

E Symptômes faibles et aigus et nécessitant une amélioration Catégorie H, I, J

3.1 Perception de la psychothérapie/psychanalyse

La psychothérapie ou la psychanalyse est perçue comme utile par 99 patients souffrant de maladies mentales.

Une seule personne considère que ces mesures ne sont pas utiles

(voir Figure 31).

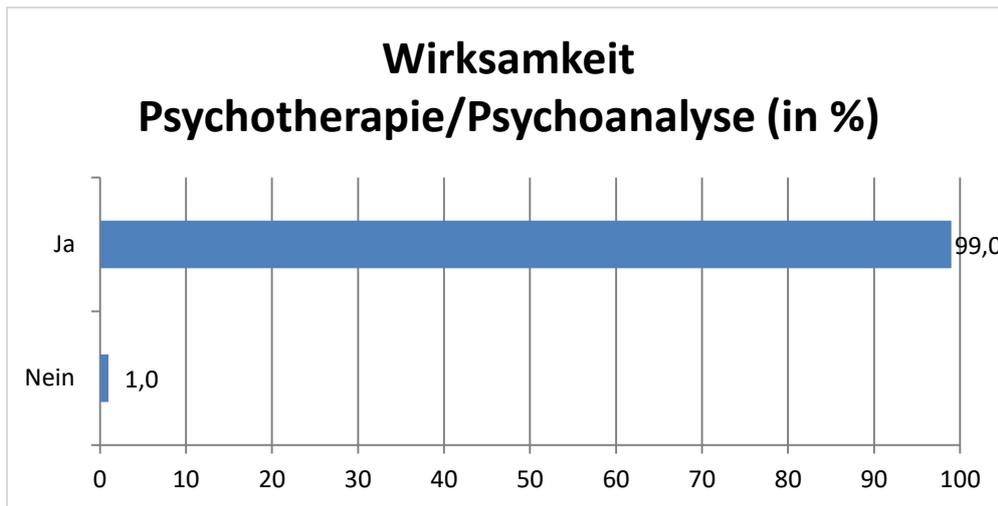


Figure 31 : Efficacité de la psychothérapie/psychanalyse dans les maladies mentales (n=100, présentation personnelle).

En outre, les patients ont été invités à donner leur avis sur la prise en charge des coûts de la psychothérapie. Plus des trois quarts des patients ont voté en faveur du remboursement intégral des frais de psychothérapie par la caisse d'assurance maladie (cf. Figure 10).

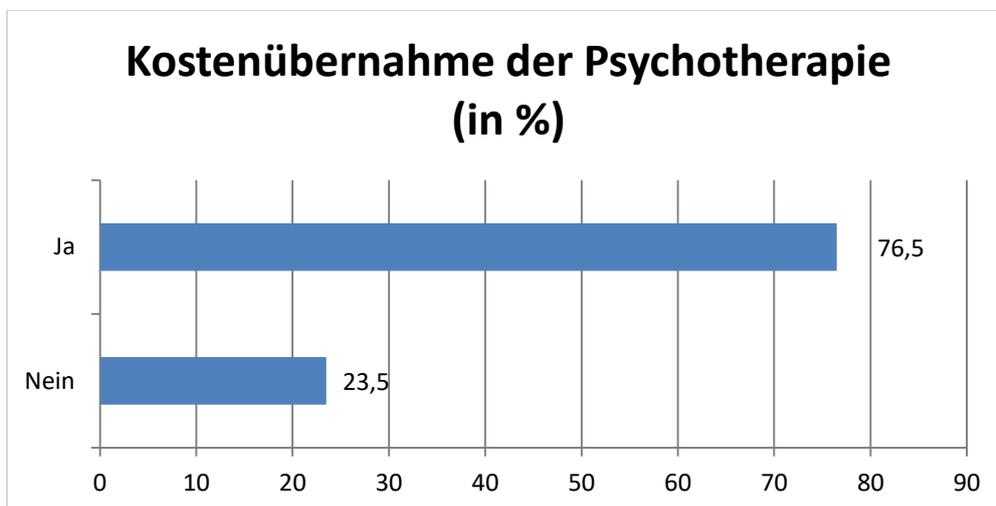


Figure 32 : Prise en charge de la psychothérapie par la caisse d'assurance maladie

(n=98, propre représentation)

3.2 Importance des psychothérapies

La question ouverte sur l'importance des psychothérapies (voir annexe 1, question 18) a reçu une réponse de 100 patients. Celles-ci allaient d'une valeur très utile et très élevée, à une valeur faible ou moyenne, ou à aucune valeur du tout. Dans le but de réduire significativement le contenu informatif, une catégorisation a été effectuée selon l'approche de Mayring (2010) (cf. Annexe 3, Tableau d'évaluation, Question 18). Le processus de catégorisation s'est déroulé en deux étapes, comme suit. Dans la première, 9 catégories ont été créées. Quatre de ces catégories ont été regroupées au cours d'une deuxième étape (voir le tableau 4). L'importance des psychothérapies est jugée élevée à très élevée par la majorité.

Tableau 4 : Catégorisation de la signification des psychothérapies

Première étape Nombre

A Utile 1

B serviable et très apprécié 2

C valeur moyenne 6

D peu clair, dépend de 3

E haute priorité 23

F très utile et très important 7

G très haute priorité 39

H utile et hautement prioritaire 5

I sans signification 2

Catégories précédentes de la deuxième étape

Très utile ou très important Catégorie F, G, J, J, L

B utile ou très utile Catégorie A, E, H

C Valeur faible à moyenne Catégorie C, D, K

D non significatif Catégorie I

Analyses spécifiques aux questions

3.3 Les patients croient aux pouvoirs d'auto-guérison

Un peu plus de 80 des patients interrogés croient aux pouvoirs d'auto-guérison

(cf. Figure 11).

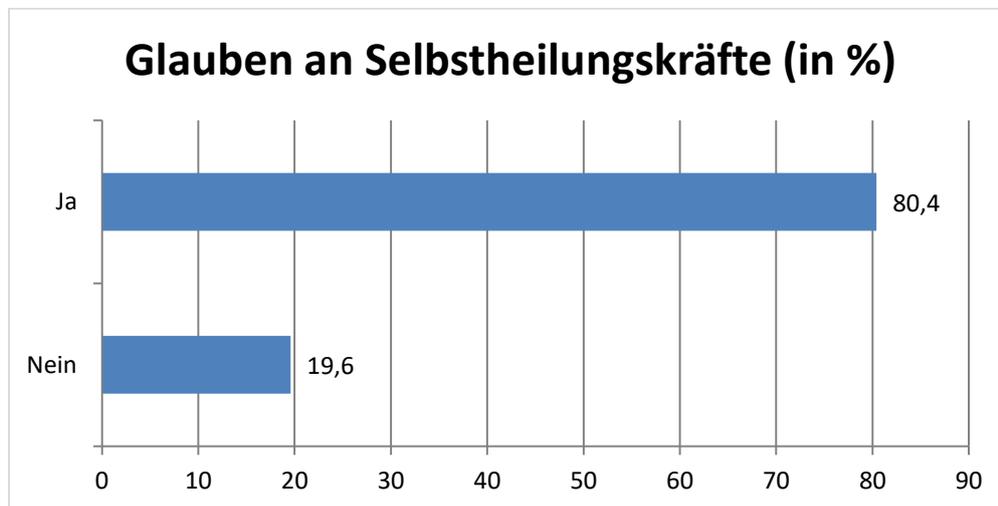


Figure 33 Croyance au pouvoir d'auto-guérison (n=102, représentation personnelle)

La question ouverte sur le rôle de la psychanalyse et de la foi chrétienne dans le processus de guérison (voir annexe 1, question 20) a été répondue par 95 patients. Celles-ci vont de la foi joue un (très) grand rôle, la psychanalyse joue un grand rôle et les deux jouent un (très) grand rôle jusqu'à ce que la foi mène à la psychanalyse, ou un bon thérapeute. Dans le but de réduire sensiblement le contenu de l'information, une catégorisation a été effectuée selon l'approche de Mayring (2010) (cf. annexe 4, tableau d'évaluation, question 18). Le processus de catégorisation s'est déroulé en trois étapes, qui sont les suivantes. Dans un premier temps, 11 catégories ont été créées. De ce nombre, 7 catégories ont été agrégées dans une deuxième étape et finalement fusionnées en 4 catégories (voir tableau 5). En résumé, on peut dire que l'un et l'autre se voient attribuer un rôle majeur.

Tableau 5 : Catégorisation du rôle de la psychanalyse et de la foi chrétienne dans le processus de guérison

Première étape Nombre

Une Foi joue un très grand rôle 5

B Les deux jouent un rôle très important 16

C La foi joue un grand rôle 13

D Les deux jouent un rôle majeur 16

E La psychanalyse joue un rôle majeur 9

F Les deux jouent un rôle majeur dans la combinaison 8

G Foi soutenue, les deux jouent un grand rôle 2

H Les deux jouent un rôle très important dans la combinaison 10

I La foi conduira à la psychanalyse (bon thérapeute) 4

J La foi soutenue, la psychanalyse joue un rôle majeur 9

K aucune influence 2

Catégories précédentes de la deuxième étape

Une foi joue un (très) grand rôle Catégorie A, C

B La psychanalyse joue un rôle majeur Catégorie E

C Tous deux jouent un rôle (très) important Catégorie B, D, G

D Les deux jouent un (très) grand rôle dans la combinaison des catégories F, H

E Foi soutenue, la psychanalyse joue un grand rôle Catégorie J

F La foi mène à la psychanalyse (bon thérapeute) chef de catégorie I, L

G aucune influence Catégorie K

Troisième étape catégories précédentes

Une foi joue un (très) grand rôle Catégorie A

B La psychanalyse joue un rôle majeur Catégorie B, E

C Les deux jouent un (très) grand rôle Catégorie C, D

D La foi conduit à la psychanalyse (bon thérapeute) Catégorie F

En moyenne, les personnes ont indiqué qu'elles croyaient que l'expérience personnelle de la foi avait une influence sur le processus de guérison. En ce qui concerne l'existence d'une différence entre l'institution et la foi, ce qui suit est vrai

85,1 % ont fermé. Une personne sur six affirme qu'elle ne ressent aucune contribution de foi au rétablissement. Toutefois, 84 % des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative (voir tableau 6).

Tableau 6 : Détails relatifs à la foi

Fréquence Pourcentage

Influence de l'expérience religieuse sur la guérison 99

Oui 91 91,9

Non 8 8,1

L'institution de la différence et la foi 101

Oui 86 85.1

Non 15 14.9

Contribution de la foi au rétablissement 100

Oui 84 84.0

Non 16 16.0

3.4 La question ouverte sur la contribution de la foi au rétablissement

L'annexe 1 de la question 24 a reçu une réponse de 80 patients. Celles-ci vont de l'autodétermination et de l'auto-guérison, de la croyance en la guérison, de l'équilibre mental et physique à la foi, le lieu de refuge, l'espoir et la confiance. Dans le but de réduire sensiblement le contenu de l'information, une catégorisation a été effectuée selon l'approche de Mayring (2010) (cf. annexe 5, tableau d'évaluation, question 24). Le processus de catégorisation s'est déroulé en deux étapes, comme suit. Dans un premier temps, 7 catégories ont été créées. Quatre de ces catégories ont été regroupées au cours d'une deuxième étape (voir le tableau 7). La foi est considérée comme une contribution considérable au

rétablissement et est considérée par la majorité des patients comme cruciale pour le processus de guérison et la guérison.

Tableau 7 : Catégorisation de la contribution de la foi au rétablissement

Première étape Nombre

A Par l'autodétermination et l'auto-guérison 5

B Par la foi en la guérison 37

C Par l'équilibre mental (paix, voix intérieure, sécurité) 8

D Par une foi convaincue en la guérison 13

E Par la foi comme refuge, espoir et confiance 6

F En croyant en la guérison et les thérapies 10

G Par l'équilibre mental et physique 1

Catégories précédentes de la deuxième étape

A Par l'autodétermination et l'auto-guérison Catégorie A

B Par la foi (convaincue) en la guérison Catégorie B, D, F

C Par l'équilibre mental et physique (paix, voix intérieure, sécurité) Catégorie C, G

D Par la foi comme refuge, l'espérance et la confiance Catégorie E

3.5 Relations interpersonnelles après un traumatisme

(voir annexe 1, question 25) ont reçu une réponse de 105 personnes au total. Les réponses presque exclusivement positives vont d'une amélioration générale en passant par une amélioration de la communication et de l'interaction jusqu'à la possibilité d'un nouveau départ sans encombre. Dans le but de réduire sensiblement le contenu de l'information, une catégorisation a été effectuée conformément à l'approche de Mayring (2010) (cf. annexe 6,

tableau d'évaluation, question 25). Le processus de catégorisation s'est déroulé en deux étapes, qui sont les suivantes. Dans un premier temps, 14 catégories ont été créées. De ce nombre, huit catégories ont été regroupées au cours d'une deuxième étape intermédiaire (voir le tableau 8).

Tableau 8 : Relations interpersonnelles après avoir surmonté un traumatisme

Première étape Nombre

Une meilleure communication 5

B harmonique 7

C Déchargé 8

D Ouvert 2

E coexistence pacifique 22

F Heureux 4

G très bon 1

H Nouveau départ possible 5

Je respecte 0

J aimant 3

K Inchangé 2

L ne répond pas 8

M meilleur qu'avant 10

N compréhension 4

Catégories précédentes de la deuxième étape

A très bon ou meilleur qu'avant Catégorie G, M

B coexistence pacifique et harmonieuse Catégorie B, E

C à vide, nouveau démarrage possible Catégorie C, H

D Communication améliorée et plus ouverte Catégorie A, D

E heureux, aimant Catégorie F, J

F respectueux et compréhensif Catégorie I, N

G inchangé, sans réponse Catégorie K, La 3.6 Répondre à la question de recherche

Il a été démontré que l'attitude chrétienne de foi est très importante pour le processus de guérison. Il soutient ainsi les procédures de psychanalyse pour un meilleur processus de guérison. Il en résulte également un numéro de traitement, une réduction de la durée de la maladie et un traitement plus court. L'attitude de foi a un effet très positif sur le niveau de confiance.

3.7 Répondre aux questions supplémentaires

Que signifie surmonter les répressions de la petite enfance par la psychanalyse et quel rôle l'attitude de foi joue-t-elle dans le processus de guérison ?

Cela signifie que les gens se sont gagnés à leurs semblables au niveau des relations interpersonnelles par la réflexion sur eux-mêmes, l'empathie, une communication saine et la compréhension du monde. Les traumatismes refoulés ont en fait une influence infantile destructrice sur le comportement, qui se manifeste sous la forme de réductions, et c'est une des raisons pour lesquelles les relations interpersonnelles en souffrent. A ce stade, l'auteur renvoie au chapitre I.

3.8 Qu'entend-on par répression-correction-correction

Déplacement de tous les traumatismes de la petite enfance, y compris l'amertume ou les blessures, de la vie actuelle, qui n'ont pas été traités mais qui ont également été déplacés et qui se manifestent par des symptômes pathologiques. Cela a diverses influences sur la qualité de vie. La foi permet aux gens de se faire confiance en eux-mêmes par leur conviction dans la dimension de l'espérance de guérison et par la source naturelle de l'attitude de foi. Cela renforce l'immunité et conduit à une réduction des influences négatives. La guérison passe par la foi et la psychanalyse, qui ont toutes deux un rôle important dans le processus de guérison.

3.9 L'inconscient refoulé

Tous les traumatismes humains refoulés, surtout depuis la petite enfance, se manifestent dans les relations interpersonnelles à travers une projection sur les autres êtres humains, qui sont pourtant inconsciemment déclenchés et réalisés. Cela a un effet néfaste sur les autres êtres humains et déclenche un sentiment très désagréable. Par conséquent, les relations interpersonnelles deviennent impossibles.

3.10 Amygdala dans la guérison dans les relations interpersonnelles

L'amygdale est un centre dans le système limbique et peut être décrite comme le 6ème sens. C'est le noyau amygdalien et le siège de l'émotion, parfois aussi de la peur, qui contribue de manière significative aux relations interpersonnelles dans lesquelles la peur joue un rôle majeur.

3.11 Quelle mesure préventive peut être tirée du résultat de la question de recherche

Comme le montrent les résultats de la recherche, les croyances de base et la psychanalyse ont conduit à une réduction de la consommation de médicaments. La période de traitement du trouble d'anxiété généralisée a également été raccourcie par l'attitude de foi. Avec le type borderline, la thérapie et la foi ont conduit en peu de temps au fait qu'ils sont devenus capables de travailler, de socialiser et de reprendre contact. Grâce à un traitement en temps opportun, une évolution chronique de la maladie pourrait être évitée. Les résultats ont également montré que la majorité des personnes testées souhaitent que la caisse d'assurance maladie prenne en charge les frais de traitement, et du point de vue de la politique de santé, la prise en charge globale des coûts serait une contribution importante à la prévention des conséquences graves, comme l'incapacité de travail, etc...

Prof. Dr. Andraws