



HAL
open science

Les techniques non médicamenteuses dans le trouble anxieux

Grégory Précart

► **To cite this version:**

Grégory Précart. Les techniques non médicamenteuses dans le trouble anxieux. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01264920

HAL Id: dumas-01264920

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01264920>

Submitted on 29 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux 2
U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année: 2016

N°17

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 09 Décembre 2015 à Bordeaux

Par **Grégory PRECART**

Né le 29 Novembre 1987 à Fort de France (Martinique)

LES TECHNIQUES NON MEDICAMENTEUSES
DANS LE TROUBLE ANXIEUX

Directeur de thèse : Monsieur Arnaud COURTOIS

Membres du jury

Monsieur Michel GUYOT, Maître de conférences, Président

Monsieur Richard HELENON, Pharmacien, Juge

Monsieur Arnaud COURTOIS, Maître de conférences, Juge

REMERCIEMENTS

A notre président,

Mes plus sincères remerciements vont à Michel Guyot pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

A mon directeur de thèse,

Un grand merci à mon directeur de thèse, Arnaud Courtois, pour sa disponibilité et son encadrement durant toute l'élaboration de cette thèse.

A mon juge,

Je remercie également, Richard Hélénon, de m'avoir fait l'honneur d'être dans mon jury. Je le remercie aussi pour ses conseils affutés et son encadrement plus que nécessaire.

A ma fiancée, Delphine,

Merci de toujours croire en moi. J'ai beaucoup de chance de t'avoir dans ma vie. Tu me combles de bonheur et il me tarde de vivre cette nouvelle aventure à tes côtés.

A mes parents, Nelly et Michel,

Je vous dois tout car rien n'aurait été possible sans vous. Merci pour votre soutien et votre amour. Vous êtes les meilleurs parents du monde.

A ma sœur, Noëlle,

Merci pour toutes ses années passées à tes côtés à grandir jour après jour. A nos délires les plus fous comme à nos prises de têtes qui ne durent jamais longtemps. Ne change rien.

A Danielle, Mamie Thérèse et Arsène,

Merci encore mille fois pour votre aide précieuse tout au long de ce travail. Je vous en suis très reconnaissant.

A Pascou,

Merci de m'avoir hébergé durant toute la durée de ce travail. SYNERGIE et COMMUNICATION.

Au F4E Gang : Basto, Damsy, La Guins, Rootsy, Jiji, Bobby, Cookiz,

Depuis une quinzaine d'année, des moments inoubliables. Merci à vous.

A mes kékés de galère, Sonic, La Menace, Janick, Tony Montana, Le Do, Bobo, PhinPhin, Loos, Lord Nacus, La Guils, La Dillon, Tity, Chabino, Jack Sparrow,

Que la galère continue. Merci les gars.

A Julie,

A ma famille,

A mes grands-parents,

A papi,

Merci encore et encore...

LES TECHNIQUES NON MEDICAMENTEUSES DANS LE TROUBLE ANXIEUX



« La douleur de l'âme pèse plus que la souffrance du corps » PUBLILIUS Syrus

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
CHAPITRE 1 : LES TROUBLES ANXIEUX	9
I. Qu'est-ce qu'un trouble anxieux ?	9
1. Définition	9
2. Histoire des troubles anxieux	10
3. Instruments d'évaluations et de classifications	12
4. Epidémiologie	13
5. Facteurs de risques	14
5.1. Le sexe	14
5.2. Age	14
5.3. Statut marital et socio-économique	14
5.4. Facteurs de vulnérabilité	14
5.5. Facteurs environnementaux	15
6. Incapacité et coût social des troubles anxieux	17
6.1. Troubles anxieux et incapacité	17
6.2. Prise en charge des troubles anxieux	18
6.3. Coût des troubles anxieux	18
II. Physiopathologie des troubles anxieux	20
1. Neurotransmetteurs et structures impliqués	20
1.1. Réseau central de la peur et conditionnement de la peur	20
1.2. Anxiété et respiration	21
1.3. Neurochimie de l'anxiété	22
1.4. Cas particulier d'une personne sans peur et sans amygdale	24
2. Trouble anxiété généralisée	26
2.1. Tableau clinique	26
2.2. Diagnostic différentiel	27
2.3. Pronostic	27
2.4. Traitement et prise en charge	27
3. Attaque de panique	28
3.1. Tableau clinique	28
3.2. Diagnostic différentiel	29
3.3. Pronostic	29
3.4. Traitement et prise en charge	30
4. Stress post-traumatique	30
4.1. Tableau clinique	30
4.2. Pronostic	32
4.3. Traitement et prise en charge	32
5. Troubles phobiques	33
5.1. Tableau clinique	33
5.2. Diagnostic différentiel	35
5.3. Pronostic	35
5.4. Traitement et prise en charge	36
6. TOC	37
6.1. Tableau clinique	37
6.2. Diagnostic différentiel	38
6.3. Pronostic	38
6.4. Traitement et prise en charge	38
III. Conduites addictives et troubles anxieux : exemple des benzodiazépines	39
1. Présentation clinique	39
2. Fréquence de l'association	39

3.	Sens de la comorbidité.....	40
4.	Conséquences sur les stratégies thérapeutiques	40
IV.	Apports des modèles émotionnels : Les émotions.....	40
1.	Qu'est-ce qu'une émotion ?.....	40
2.	Le processus émotionnel	41
2.1.	Evaluation émotionnelle.....	41
2.2.	Tendance à l'action.....	43
2.3.	Réponses émotionnelles.....	43
V.	La Régulation émotionnelle	44
1.	Mécanismes de défense de la personnalité	45
1.1.	L'évitement	45
1.2.	Le refoulement.....	45
1.3.	Le déplacement.....	46
1.4.	La rationalisation	46
1.5.	La compensation	46
1.6.	La sublimation	46
1.7.	La régression	46
1.8.	La projection	46
1.9.	L'identification	47
1.10.	Modifier son état mental ou corporel	47
2.	Stratégies thérapeutiques de régulation émotionnelle	47
2.1.	Principaux concepts utiles au thérapeute et à son patient.....	47
CHAPITRE 2 : LES THERAPIES BREVES DANS LE TROUBLE ANXIEUX		51
I.	Les thérapies brèves	51
1.	Histoire et présentation.....	51
1.1.	Gregory Bateson (1904-1980).....	51
1.2.	Milton Hyland Erickson (1901-1980)	51
1.3.	La cybernétique.....	52
1.4.	L'école de Palo Alto	52
1.5.	Le constructivisme.....	52
1.6.	Le MRI.....	53
1.7.	L'école de Milan	53
1.8.	Le courant stratégique.....	53
2.	Le cadre de référence	53
2.1.	Causalité linéaire vs circulaire	53
2.2.	Théorie de l'iceberg vs théorie du bouchon.....	54
2.3.	Mauvaise compréhension, tentative de solution, renforcement.....	54
2.4.	La notion de changement	54
3.	L'esprit des thérapies brèves	55
3.1.	Les principes.....	55
3.2.	La position clinique.....	57
4.	La méthodologie.....	59
4.1.	Les différents types de patients	59
4.2.	L'écoute active	60
4.3.	De la plainte à la demande.....	60
4.4.	Faire SIMPLE.....	61
5.	Limites et conditions d'exercices.....	62
5.1.	Le besoin de prendre en compte les processus internes.....	62
5.2.	Le besoin de prendre en compte l'histoire du sujet	63
5.3.	Le besoin de prendre en compte certains mécanismes transgénérationnels.....	63
5.4.	Le besoin de prendre en compte la dimension transpersonnelle	63
5.5.	L'éthique et la déontologie	63
6.	Les différentes thérapies brèves	63

6.1.	Exemple de la thérapie stratégique.....	64
6.2.	Les autres formes de thérapies brèves.....	64
II.	Application des thérapies brèves dans le trouble anxieux.....	64
1.	L'hypnose.....	64
1.1.	Histoire et présentation.....	64
1.2.	L'état hypnotique.....	66
1.3.	Le déroulement de la séance.....	67
1.4.	L'autohypnose.....	70
1.5.	Indications et contre-indication.....	70
1.6.	Ethique et déontologie.....	72
1.7.	Les résultats scientifiques.....	73
2.	EMDR.....	74
2.1.	Histoire et présentation.....	74
2.2.	Mécanismes d'action.....	76
2.3.	Déroulement des séances.....	77
2.4.	Indications et contre-indications.....	79
2.5.	Ethique et déontologie.....	80
2.6.	Etudes et recherches cliniques.....	81
CHAPITRE 3 : LES TECHNIQUES DE RELAXATION ET DE DEVELOPPEMENT PERSONNEL		82
I.	La Boîte à outils de la relaxation.....	82
1.	Contrôle respiratoire.....	82
1.1.	Prise de conscience de la respiration.....	82
1.2.	Réduire la fréquence respiratoire.....	82
1.3.	Respiration dynamique.....	84
1.4.	Respiration en position allongée.....	84
1.5.	Découvrir des sensations en respirant.....	84
1.6.	Centration sur la respiration.....	85
2.	La relaxation musculaire.....	85
2.1.	Relaxation par la contraction décontraction.....	86
2.2.	Relaxation musculaire par la suggestion.....	86
2.3.	Exercice de relaxation dynamique.....	87
II.	La relaxation musculaire progressive.....	87
1.	Histoire et présentation.....	87
2.	La relaxation appliquée d'Öst.....	88
3.	Les résultats des études scientifiques.....	90
III.	Le Yoga.....	90
1.	Histoire et présentation.....	90
2.	Principes du yoga utiles à la pratique.....	91
3.	Les postures.....	92
4.	Déroulement d'une séance.....	93
5.	Le tai-chi et le qi gong.....	94
6.	Résultats des études scientifiques.....	94
IV.	La sophrologie.....	95
1.	Histoire et présentation.....	95
2.	Principes.....	96
3.	Les exercices de sophrologies.....	97
4.	Les étapes de la séance de sophrologie.....	97
5.	Validation des études scientifiques.....	98
V.	La méditation.....	99
1.	Histoire et présentation.....	99
2.	Les principes de bases de la méditation.....	100

3.	Les différentes techniques de méditation	102
4.	La méditation en pleine conscience ou mindfulness	102
5.	Mécanismes d'action de la pleine conscience.....	108
6.	Les résultats des études cliniques	109
CHAPITRE 4 : HYGIENE DE VIE		111
I.	Réguler son rythme de vie	111
1.	Dormir.....	111
2.	Exposition à la lumière.....	114
II.	Diététique anti-stress	115
1.	Traitement nutritionnel de l'anxiété	115
2.	Oligo-éléments et compléments alimentaires	116
2.1.	Mesurer l'anxiété dans le sang : le taux de lactate.....	116
2.2.	Micronutriments et niveaux de lactate	116
3.	Les minéraux	116
4.	Les Vitamines B	119
5.	Les acides gras oméga-3	120
6.	Le L-tryptophane	121
III.	Les recettes anti-stress	122
1.	Faites du sport.....	122
1.1.	Activité physique régulière	122
1.2.	Choisissez un sport qui vous plaît.....	123
1.3.	Déchargez votre stress.....	124
2.	Osez rire	124
3.	Ecoutez de la musique	125
4.	Développez l'estime de soi	127
4.1.	Quelques conseils pour avoir confiance	127
4.2.	Influence de l'estime soi sur le stress et la santé	128
IV.	Les faux amis	129
1.	Alcool.....	129
2.	Tabac	131
CONCLUSION		132
ANNEXES		133
Liste des tableaux		137
Liste des abréviations		138
Bibliographie		139

INTRODUCTION

« L'anxiété naît avec l'homme et nous ne pourrons jamais la dominer, il nous faudra vivre avec comme l'homme a appris à vivre avec les tempêtes » Paul Coelho.

Tout le monde éprouve un jour ou l'autre de l'anxiété. Ressentir un peu d'anxiété est tout à fait normal. L'anxiété nous protège et peut nous aider à faire face à une situation inquiétante ou peut-être dangereuse. Le processus émotionnel de l'anxiété peut, par le jeu de divers biais et emballements, mener l'individu d'une expérience émotionnelle adaptée à celle d'un trouble émotionnel.

En France, la prise en charge de l'anxiété fait, le plus souvent, appel à l'utilisation d'un médicament. Et si on faisait autrement ?

« L'important n'est pas de convaincre, mais de donner à réfléchir ». Cette citation de Bernard Werber, écrivain français, exprime à elle seule l'objet de ce travail sur les techniques non médicamenteuses dans les troubles anxieux.

Entre thérapies brèves, techniques de relaxation et des règles d'hygiène de vie, ce travail a pour objectif :

De déterminer les différentes facettes des troubles anxieux.

De remettre le patient au cœur du traitement et acteur principal de son état de santé.

De retarder les premières prescriptions d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs par l'utilisation de ces techniques.

De diminuer les coûts engendrés par les troubles anxieux.

D'amener le lecteur à réfléchir sur des moyens plus sécuritaires de soigner ces différents troubles.

Et consolider la relation pharmacien-patient à travers des conseils peu onéreux et pratiques.

CHAPITRE 1 : LES TROUBLES ANXIEUX

I. Qu'est-ce qu'un trouble anxieux ?

1. Définition (1),(2)

Les troubles anxieux sont des états pathologiques dont la caractéristique la plus frappante est la survenue de symptômes physiques ou psychiques d'anxiété, en l'absence d'affection cérébrale organique ou d'un autre trouble psychiatrique.

L'anxiété est un symptôme ubiquitaire. C'est un état mental de trouble et d'agitation, avec un sentiment d'insécurité indéfinissable, une peur sans objet. Dans les troubles anxieux, il s'agit du symptôme le plus sévère et le plus évident.

Les troubles anxieux comprennent plusieurs autres troubles:

- Le trouble anxieux généralisé (TAG)
- L'attaque de panique
- Le stress post-traumatique (ESPT)
- La phobie
- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Les symptômes anxieux sont divers et variés et touchent plusieurs sphères de l'organisme :

Tableau 1. Les symptômes d'anxiété

Activation psychologique	<ul style="list-style-type: none">- Anticipation anxieuse- Irritabilité- Sensibilité au bruit- Fébrilité- Difficultés de concentration- Soucis
Activation du système nerveux autonome	<p>Appareil gastro-intestinal</p> <ul style="list-style-type: none">- Sécheresse buccale- Difficultés de déglutition- Gêne épigastrique- Ballonnement intestinal- Selles trop fréquentes ou liquides <p>Système respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none">- Constriction thoracique- Difficulté à inspirer <p>Système cardiovasculaire</p> <ul style="list-style-type: none">- Palpitations- Gêne thoracique- Sensations d'irrégularité du rythme cardiaque <p>Appareil génito-urinaire</p> <ul style="list-style-type: none">- Mictions fréquentes ou urgentes

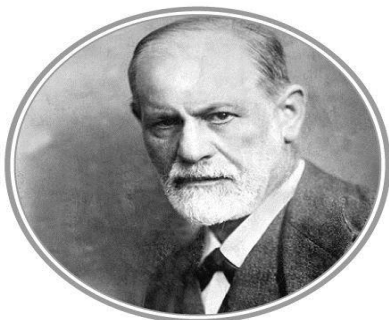
	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés d'érection - Gêne menstruelle - Aménorrhée
Tension musculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Tremblements - Céphalées - Myalgies
Hyperventilation	<ul style="list-style-type: none"> - Impressions vertigineuses - Fourmillements dans les extrémités - Sensations de dyspnée
Perturbations de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnie - Terreurs nocturnes

Bien que ces symptômes puissent être observés dans tous les troubles anxieux, chaque trouble anxieux est caractérisé par un tableau plus particulier. De plus, l'anxiété évolue de manière distincte dans les différents troubles :

- Dans le trouble anxieux généralisé, l'anxiété est continue, bien qu'elle puisse connaître une intensité fluctuante ;
- Dans les troubles anxieux phobiques, l'anxiété est intermittente ; elle ne survient que dans certaines circonstances ;
- Dans le trouble de panique, l'anxiété est intermittente mais sa survenue n'est pas liée à des circonstances particulières.

Ces différences seront expliquées de manière plus détaillée lors de la description de chaque trouble.

2. Histoire des troubles anxieux (1),(3)



Sigmund Freud (3)

L'anxiété est reconnue depuis longtemps comme un symptôme de premier rang dans de nombreux troubles psychiatriques. L'anxiété et la dépression sont souvent associées et, jusqu'à la fin du XIXe siècle, les troubles anxieux n'étaient pas distingués des autres troubles de l'humeur. Freud suggéra le premier que les cas comportant essentiellement des symptômes anxieux devaient être séparés de la neurasthénie et être réunis sous le terme de névrose d'angoisse.

La névrose d'angoisse, telle qu'elle était décrite à l'origine par Freud, incluait les patients souffrant de phobies et d'attaques de panique. Par la suite, Freud distingua deux groupes.

Le premier groupe garda l'appellation de névroses d'angoisse et regroupa les cas caractérisés essentiellement par des symptômes psychologiques d'anxiété.

Le deuxième groupe, nommé hystérie d'angoisse, était réservé aux cas caractérisés surtout par des symptômes somatiques d'anxiété et par des phobies. Ainsi l'hystérie d'angoisse incluait des cas pour lesquels nous poserions aujourd'hui le diagnostic d'agoraphobie.

Freud avait initialement postulé que les causes de la névrose d'angoisse et de l'hystérie d'angoisse étaient liées à des conflits sexuels, mais il admit par la suite une gamme beaucoup plus large d'étiologies. Dans les années 1930, la plupart des psychiatres estimaient qu'une palette très large de problèmes stressants pouvait entraîner une névrose d'angoisse.

Les troubles phobiques sont connus depuis l'antiquité, mais leur première description médicale systématique est probablement due à Le Camus au XVIIIe siècle. Au début du XIXe siècle, les classifications plaçaient les phobies dans le groupe des monomanies, qui étaient des troubles de la pensée plutôt que des émotions. Cependant, quand Westphal (1872) décrivit pour la première fois l'agoraphobie, il souligna l'importance de l'anxiété dans cette affection. Plus tard, en 1895, Freud divisa les phobies en deux groupes : les phobies communes, caractérisées par la peur exagérée de quelque chose qui est couramment craint (par exemple l'obscurité ou les endroits élevés), et les phobies spécifiques, c'est-à-dire la crainte de situations qui ne sont pas habituellement redoutées par les personnes saines, comme les espaces ouverts. Comme cela sera expliqué par la suite, le terme de phobie spécifique a acquis depuis un sens assez différent.

Dans les années 1960, la réponse distincte de certaines phobies aux approches comportementales ouvrit la voie à une nouvelle classification distinguant les phobies simples, les phobies sociales et l'agoraphobie ; on constata que l'âge de début différait dans ces trois groupes. Les phobies simples débutent généralement durant l'enfance, les phobies sociales à la fin de l'adolescence, et l'agoraphobie au début de l'âge adulte. Vers la même époque, on remarqua que, lorsque les phobies étaient associées à des attaques de panique marquées, elles répondaient mal aux thérapies comportementales et mieux à l'imipramine (Klein 1964). Ces cas furent par la suite classés séparément, sous la rubrique du trouble de panique. Ceci mena à la classification diagnostique actuelle qui distingue l'anxiété généralisée, les phobies (simples, sociales et agoraphobie) et le trouble panique.

La relation entre les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles anxieux, a toujours été incertaine, et elle le reste aujourd'hui. Freud pensait initialement que les phobies et les obsessions étaient étroitement liées. Il supposa par la suite que l'anxiété était le problème central dans les deux affections et que leurs symptômes caractéristiques, phobies et obsessions, résultaient de différents types de mécanismes de défense contre l'angoisse.

D'autres auteurs estimaient que les troubles obsessionnels étaient un groupe de névroses distinct, d'étiologie inconnue. Comme cela a été remarqué, les troubles obsessionnels-compulsifs sont considérés comme un sous-groupe des troubles anxieux dans le DSM-IV, alors que dans la CIM-10, les troubles anxieux et les troubles obsessionnels-compulsifs sont classés séparément.

3. Instruments d'évaluations et de classifications (1),(4),(5),(6)

Les instruments d'évaluations dans le trouble anxieux sont :

- DSM-IV : Le DSM-IV, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), a été publié par l'*American Psychiatric Association* en 1994. Il catégorise l'ensemble des troubles mentaux (ou psychiatriques) reconnus par l'association et décrit leurs critères diagnostiques. Il a été révisé (DSM-IV-TR), de façon mineure, en 2000. Le DSM-5 a été publié en mai 2013.
- CIM-10 : correspond à la 10^e révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Cette classification médicale sert à coder, entre autres, les différentes maladies, symptômes et causes définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette liste représente pas moins de 14400 codes et 16000 si l'on intègre les sous-classifications facultatives. La liste de codes CIM-10 a pour rôle principal d'encadrer et de faciliter l'action de diagnostic.

Les classifications des troubles anxieux dans le DSM-IV et la CIM-10 sont très proches, malgré quatre différences importantes :

- Dans la CIM-10, les troubles anxieux sont divisés en deux sous-groupes distincts : les troubles anxieux phobiques et les autres troubles anxieux qui incluent le trouble panique et l'anxiété généralisée.
- Le trouble panique est classé différemment dans les deux systèmes nosologiques.
- Dans le DSM-IV, le trouble obsessionnel-compulsif est classé parmi les troubles anxieux, alors que dans la CIM-10, il occupe une place à part dans la classification.
- La CIM-10 comporte une catégorie pour le trouble mixte anxieux et dépressif, ce qui n'est pas le cas dans le DSM-IV.

Le tableau ci-dessous compare la classification des troubles anxieux dans le DSM-IV et la CIM-10.

Tableau 2. Classification des troubles anxieux

CIM-10	DSM-IV
Troubles anxieux	Troubles anxieux
Troubles anxieux phobiques <ul style="list-style-type: none"> - Agoraphobies - Sans trouble panique - Avec trouble panique 	Agoraphobie <ul style="list-style-type: none"> - Sans antécédent de trouble panique - Trouble panique avec agoraphobie
Phobie sociale	Phobie sociale
Phobie spécifique	Phobie spécifique
Autres troubles anxieux <ul style="list-style-type: none"> - Trouble panique - Anxiété généralisée - Trouble mixte anxieux et dépressif 	Trouble de panique sans agoraphobie Anxiété généralisée

Le tableau ci-dessous tente d'établir les correspondances entre nosologie freudienne, encore largement utilisée en pratique clinique et nosologie des classifications internationales (CIM et DSM).

Tableau 3. Comparaison entre nosologie freudienne et nosologie des classifications internationales

Classification freudienne	Classifications internationales CIM(OMS) – DSM(USA)	
Névroses	Trouble de la personnalité	Troubles anxieux
Névrose d'angoisse - Anxiété permanente - Crise d'angoisse aiguë		- Attaque de panique - Trouble panique - Anxiété généralisée
Névrose phobique - Phobies	Personnalité évitante	- Agoraphobie - Phobies saccitiques - Phobies sociales
Névrose obsessionnelle - Personnalité obsessionnelle - Obsessions - Compulsions - Rituels	Personnalité obsessionnelle - Compulsive	- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
Névrose hystérique - Personnalité hystérique - Conversion	Personnalité histrionique	- Troubles somatoformes
Névrose traumatique		- Etat de stress post-traumatique

4. Epidémiologie (7)

Les troubles anxieux constituent la forme la plus fréquente de trouble psychiatrique touchant près de 15% de la population au cours de la vie. Ils présentent, dans leur globalité, un faible taux de rémission et sont de nature chronique. En augmentation constante, ils sont associés à un niveau élevé de détresse et d'incapacité et aggravés par une forte comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques et somatiques, notamment l'abus et la dépendance à l'alcool.

L'impact économique est aussi important, en termes de consommation de soins et de productivité au travail. Les personnes souffrant de troubles anxieux consultent peu, surtout s'ils présentent des symptômes d'intensité légère, et ces troubles restent mal reconnus, notamment en médecine générale. Il en résulte une prise en charge souvent mal adaptée voir absente.

Les troubles anxieux représentent la catégorie de troubles psychiatriques la plus répandue, devançant même les troubles dépressifs.

Les caractéristiques en termes de prévalence et d'étiologie des différents troubles anxieux varient considérablement.

5. Facteurs de risques (7),(8),(Annexe1)

5.1.Le sexe

Les prévalences des troubles anxieux sont généralement 2 fois plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Dans l'étude ESEMeD, 3,8% des hommes ont présenté un trouble anxieux dans les douze derniers mois pour 8,7% des femmes. Cette différence de prévalence se retrouve pour tous les types d'anxiété examinés dans cette étude.

5.2.Age

La plupart des études épidémiologiques s'accordent sur une diminution chez l'adulte de la prévalence des troubles anxieux avec l'âge, allant pour l'étude ESEMeD de 9,2% tous troubles anxieux confondus pour les 18-24 ans, à 7% pour les 25-34 ans, à 6,5% pour les 35-49 ans, à 6,8% pour les 50-64 ans et enfin 3,6% pour les 65 ans et plus, sur les douze derniers mois. L'âge d'apparition des troubles anxieux varie selon le type de trouble mais se situe généralement entre 15 et 25 ans.

5.3. Statut marital et socio-économique

Plusieurs études s'accordent à montrer que les troubles anxieux, en particulier les phobies, le trouble de panique et le TAG, sont plus fréquents chez les personnes ayant des statuts qui peuvent être qualifiés de « désavantagés » : chez les divorcés, séparés et veufs, chez les personnes vivants seules avec ou sans enfants, avec un faible revenu, sans emploi ou au foyer et chez les personnes de groupes ethniques minoritaires. Dans l'étude ESEMeD, 9,3% des personnes en recherche d'emploi et 7,7% de personnes au foyer présentaient un trouble anxieux, comparé à 6,2% des personnes ayant un emploi. Le taux le plus faible était pour les retraités (4,1%), ce qui est cohérent avec la baisse de la prévalence des troubles anxieux avec l'âge, et le plus élevé pour les personnes en arrêt maladie (16,5%) ou en incapacité (15,4%). La prévalence des troubles anxieux était aussi sensiblement plus élevée chez les personnes précédemment mariées ou jamais mariées (7,2%), par rapport à celles mariées ou vivant en cohabitation (6%).

5.4.Facteurs de vulnérabilité

- Facteurs biologiques

Les études familiales suggèrent que les patients souffrant de troubles anxieux présentent de manière assez homogène des facteurs favorisant de nature génétique. Dans une méta-analyse sur l'épidémiologie génétique de trouble de panique, du TAG, des phobies et des TOC, un risque de trouble anxieux de 4 à 6 fois supérieur, selon le trouble, était trouvé lors de la présence du trouble chez un parent de premier degré. Cette même agrégation familiale a été retrouvée entre générations, avec les enfants de parents anxieux présentant des niveaux d'anxiété supérieurs à la moyenne et vice versa. Les facteurs génétiques agissent en interaction avec l'environnement. Les phobies, par exemple, résulteraient de l'influence de

prédispositions biologiques essentiellement innées (héritage familial, individuel ou collectif au niveau de l'espèce) et d'influences environnementales acquises (histoires personnelles). Les facteurs génétiques semblent particulièrement présents dans certaines phobies telles que celles de l'eau, des animaux et du vide. Pour les phobies, ainsi que le TAG et le trouble panique, les études de jumeaux suggèrent que l'agrégation familiale des cas s'explique plus par la génétique que par l'environnement familial.

- Inhibition comportementale

Cette terminologie « d'inhibition comportementale » a été utilisée pour décrire le tempérament d'enfants qui répondaient aux visages inconnus ou aux situations nouvelles par la peur, la réticence et le retrait. Une association importante a été retrouvée entre l'inhibition comportementale chez l'enfant et la présence d'un trouble anxieux chez les parents et vice versa. Des études longitudinales ont montré que la présence de ce tempérament durant l'enfance pouvait prédire le développement de troubles anxieux à l'âge adulte et plus particulièrement de la phobie sociale.

- Traitement de l'information

Des biais dans le traitement de l'information (biais attentionnels en lien avec la peur mais surtout dans l'interprétation des situations ambiguës) pourraient être des facteurs de vulnérabilité pour le développement de troubles anxieux.

5.5. Facteurs environnementaux

- Événements de vie

Un nombre considérable d'études souligne l'impact des événements de vie négatifs dans l'étiologie des troubles anxieux. La survenue inattendue d'un ou de plusieurs événements de vie négatifs jugés importants augmenterait notamment le risque de développer un TAG. Une grande proportion des personnes ayant un TAG associe le début de leur trouble à un événement de vie précis.

Parmi les personnes ayant vécu un événement de vie négatif de type traumatisant, 6 à 10% développent un ESPT, le risque étant maximal pour les enfants. La majorité des personnes ayant vécu une expérience traumatique grave ne développe cependant pas de troubles anxieux, qui dépendent aussi de facteurs individuels de vulnérabilité et de résilience. Le type de traumatisme vécu pourrait aussi expliquer certaines différences interindividuelles.

- Problèmes familiaux

Les problèmes familiaux, considérés comme des « facteurs de stress chroniques », sont parmi les facteurs environnementaux principaux susceptibles de contribuer au développement et au maintien des troubles anxieux. Plusieurs études se sont intéressées à l'environnement familial et en particulier aux conflits avec et entre les parents. La présence d'abus verbaux, physiques ou sexuels pendant l'enfance, l'alcoolisme du père, la toxicomanie des parents, la perte ou la séparation des parents pendant l'enfance seraient tous des facteurs de risque, notamment de TAG, chez l'adulte.

- Modes de relations intrafamiliales

Plusieurs études se sont intéressées à l'influence des modalités d'apprentissage acquises pendant l'enfance sur le développement d'un trouble anxieux à l'âge adulte. Ce processus se réfère, en premier lieu, à l'observation par l'enfant de l'anxiété chez les autres et notamment chez les adultes, appelés modeling. Le modeling et le transfert d'informations négatives joueraient donc un rôle majeur de la transmission des troubles anxieux d'une génération à l'autre.

Les caractéristiques générales des troubles anxieux sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 4. Caractéristiques générales des troubles anxieux

Prévalence	6 à 12 % sur les 12 derniers mois 15 à 25% sur la vie entière Troubles anxieux par ordre d'importance : phobies, TAG, agoraphobie et trouble panique, ESPT, TOC
Facteurs de risque	Sexe féminin (prédominance : 2/1) Age : 15 à 25 ans (exceptée la phobie spécifique : 5 à 9 ans) Statut marital : divorcé/séparé, veuf ; vivant seul ou sans enfant Statut socio-économique : inactifs, chômage, revenus faibles, milieu urbain Facteurs de vulnérabilité : <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs génétiques - Inhibition comportementale et traitement de l'information pendant l'enfance Facteurs environnementaux : <ul style="list-style-type: none"> - Evènements de vie - Problèmes familiaux et modes de relations intrafamiliales
Comorbidité	Très élevée : <ul style="list-style-type: none"> - Entre les troubles anxieux (30 à 70%), en particulier pour l'agoraphobie, le trouble panique et le TAG - Avec la dépression (30 à 40%) (en particulier pour le TAG) Comorbidités somatiques : <ul style="list-style-type: none"> - Trouble panique : pathologies cardiaques, troubles respiratoires - TAG : symptômes somatiques non expliqués (colites, douleurs de poitrine), syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie
Pronostic	Les troubles anxieux sont de nature chronique Rémission totale : rare Trouble panique : périodes sans crise entrecoupées de récives
Conséquences	Incapacités, baisse de la qualité de vie Coûts économiques (directs et indirects) : consommation de soin, baisse de la productivité, absentéisme au travail

6. Incapacité et coût social des troubles anxieux (7),(8),(9)

6.1. Troubles anxieux et incapacité

L'anxiété est source de diverses formes d'incapacité dans la vie quotidienne, le travail et les relations sociales. Il existe plusieurs méthodes pour mesurer l'incapacité, comme par exemple : évaluer le nombre de jours en incapacité et l'absentéisme au travail ou encore prendre en compte la qualité de vie des personnes.

Les troubles anxieux sont associés à un niveau élevé d'incapacité fonctionnelle, mesuré entre autres par le nombre de jours en incapacité et l'absentéisme au travail. L'étude ESEMeD montre que les troubles anxieux sont liés à une fréquence d'absentéisme au travail similaire à celle des troubles dépressifs, mais plus élevée que certaines maladies chroniques telles que les pathologies cardiaques et le diabète. Comparée à des sujets sans pathologies psychiatriques, la présence d'un trouble anxieux multiplie par trois le nombre de jours d'absentéisme au travail qui augmente aussi avec le nombre de troubles psychiatriques ou de maladies somatiques comorbides.

En ajustant sur les autres troubles anxieux, la dépression, l'abus et la dépendance à l'alcool et les principales pathologies chroniques, le trouble panique est le trouble anxieux le plus fortement associé à l'absentéisme au travail suivi des phobies spécifiques et de la phobie sociale.

Les troubles anxieux entraînent une détérioration importante en qualité de vie, supérieure même à celle liée à la dépression. Les plus fortement associés à une perte en qualité de vie et à l'incapacité sont les troubles paniques, la phobie sociale et l'ESPT.

Parmi les personnes souffrant de trouble panique, 27% recevaient une pension ou une allocation d'invalidité, comparé à 16% pour les personnes avec une dépression majeure et 12% pour les personnes sans dépression, ni trouble panique.

La phobie spécifique est la moins incapacitante des troubles anxieux bien que, selon l'objet de la phobie, l'évitement puisse être invalidant, surtout dans le long terme, car elle apparaît le plus souvent à un âge jeune avec une influence certaine sur le développement psychologique, les relations sociales, les choix en matière de cursus scolaire et les perspectives professionnelles.

Bien que le TAG soit à première vue l'un des troubles anxieux le plus invalidants en termes de jours passés en incapacité, son importance relative diminue lorsque d'autres troubles dépressifs ou somatiques comorbides sont pris en compte. Ce qui suggère que l'incapacité associée au TAG serait plutôt une conséquence de ces maladies comorbides.

Plusieurs études suggèrent que les patients souffrant de TOC ont une moins bonne qualité de vie que le reste de la population en générale ou des patients souffrant d'autres pathologies. Les domaines altérés sont très nombreux :

- fonctionnement social
- difficultés d'assumer sa place du fait de problèmes émotionnels
- santé mentale

La sévérité du TOC est négativement corrélée au score de fonctionnement social, c'est-à-dire que plus le trouble est sévère, plus le fonctionnement social est faible. Parfois les scores sont

aussi bas que ceux des patients souffrant de schizophrénie. Les symptômes obsessionnels et dépressifs seraient les symptômes contribuant le plus à la baisse de la qualité de vie.

6.2. Prise en charge des troubles anxieux

Seul un tiers des personnes présentant un trouble anxieux fait la démarche de consulter un médecin pour leur trouble et dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un médecin généraliste. De par la comorbidité élevée avec d'autres troubles psychiatriques et somatiques, les troubles anxieux sont pourtant fréquents en médecine générale (prévalence instantanée de 11 à 18% selon les études).

Pourtant, les troubles anxieux, tout comme les autres troubles psychiatriques, ne sont souvent pas détectés par les médecins généralistes et demeurent ainsi sous-traités. Cette faible détection (environ un cas sur deux) peut s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que les symptômes présentés par le patient ou l'explication qu'il leur attribue et la présence de maladies somatiques comorbides. En revanche, la présence d'une comorbidité psychiatrique, associée à un niveau d'incapacité plus élevé et à une symptomatologie plus sévère, améliore les chances de détection par le médecin.

L'étude ESEMeD a montré que 32,4% des personnes avec un trouble anxieux prenaient un psychotrope, 14,5% un antidépresseur et 25,3% un anxiolytique, avec des taux particulièrement élevés pour la France. Ces résultats confirment ceux d'une autre étude européenne où la prise de psychotropes en France, en Allemagne, en Italie et au Royaume-Uni était de 13,5% pour l'ESPT et jusqu'à 40,4% pour le TAG. Il s'agissait principalement d'anxiolytiques, sauf pour l'ESPT dont le traitement principal était les antidépresseurs, alors qu'actuellement le traitement médicamenteux pour tous les troubles anxieux (à l'exception des phobies spécifiques et de l'agoraphobie isolé) repose surtout sur la prescription d'antidépresseurs. L'utilisation des thérapies cognitives et comportementales est encore peu répandue en France notamment, du fait essentiellement du faible nombre de praticiens formés à ces techniques et donc de l'offre disponible.

A l'heure actuelle, les recommandations pour la prise en charge des troubles anxieux préconisent l'utilisation des antidépresseurs et/ou des thérapies cognitivo-comportementales essentiellement.

6.3. Coût des troubles anxieux

Il est maintenant clairement admis que les troubles anxieux représentent un coût significatif pour la société. Il existe un coût important en lien avec la prise en charge médicale et sociale de ces troubles (coûts directs), mais une grande partie du poids économique est liée aux coûts associés à la diminution de la capacité à travailler et à l'absentéisme au travail (coûts indirects). Indépendamment des différents types de coûts considérés et des modes de calcul, les coûts associés aux troubles anxieux varient considérablement d'un pays à l'autre, en fonction de nombreux paramètres dont l'organisation et le coût des soins, ce qui les rend difficilement comparables. Il en va de même pour le poids relatif des coûts directs et indirects dans le coût total des soins qui varie en fonction du type de trouble anxieux et de sa prise en charge.

Les données sur les coûts associés aux troubles anxieux en Europe sont encore peu nombreuses et portent souvent sur un trouble anxieux spécifique. P. Andlin-Sobocki et al. se sont attachés à estimer le coût global des différents troubles neuropsychiatriques en Europe,

à partir de la compilation d'études et de statistiques sanitaires nationales de vingt-sept pays. Le TAG s'avère de loin le trouble anxieux le plus coûteux, avec un coût moyen, par patient et par an, de 1804 euros, allant de 531 euros pour l'Estonie à 3238 euros pour la Suisse. L'ordre d'importance en termes de coût des autres troubles anxieux examinés était : le trouble de panique (17,5%), l'agoraphobie (17,1%), la phobie sociale (17%), la phobie spécifique (9,4%) et le TOC (6,3%). Bien que le niveau des coûts varie fortement d'un pays à l'autre, ce classement des troubles anxieux par pourcentage des coûts engendrés est retrouvé dans quasiment tous les pays.

La présence de comorbidités psychiatriques et somatiques s'ajoute aux coûts élevés des troubles anxieux. Une étude française réalisée en 1994 chez des patients souffrant de TAG estime le coût total en l'absence de comorbidités à 2927 euros et 4853 euros par patient et par an respectivement, soit une augmentation du coût de 65%. Cette augmentation touche aussi bien, et dans les mêmes proportions, les coûts directs qu'indirects.

Une étude récente, réalisée aux Pays-Bas, s'est attachée à évaluer les coûts médicaux (directs et indirects) et la baisse de productivité liés à la phobie sociale et a trouvé un montant plus de 4 fois plus élevé pour les patients phobiques que pour les personnes sans trouble psychiatrique et 2 fois plus après ajustement sur les comorbidités psychiatriques et physiques. Les coûts calculés chez des patients souffrant de formes sub-cliniques de phobie sociale étaient aussi nettement supérieurs aux coûts pour la population sans trouble psychiatrique.

Concernant les types de coûts, une étude allemande rapporte des coûts indirects jusqu'à 3 fois supérieurs aux coûts directs pour le trouble de panique, l'agoraphobie, le TOC et la phobie spécifique, mais pas pour le TAG et la phobie sociale. Ici, comme dans beaucoup d'études, les coûts indirects sont toutefois sous-estimés car l'incapacité fonctionnelle des personnes non actives (étudiants, chômeurs, retraités, personnes au foyer) n'est pas pris en compte. En outre, étant donné que seule une minorité des troubles anxieux est détectée et adéquatement traitée, les coûts indirects liés aux troubles anxieux sont largement supérieurs aux coûts directs et les interventions permettant leur réduction ont un impact sur le coût global. Ainsi, dans une étude espagnole sur le trouble de panique, le diagnostic et la mise en place d'un traitement ont-ils permis une réduction de 36% des coûts, malgré une augmentation des coûts médicaux directs mais grâce à une diminution plus importante des coûts indirects et notamment ceux liés à l'absentéisme au travail.

Ces résultats montrent que non seulement les troubles anxieux représentent un coût important pour la société, mais que les traits ou la vulnérabilité génétiques les sous-tendant, engendrent eux aussi des coûts importants.

Il existe une extrême variabilité dans les taux de prévalence rapportés pour les différents types de troubles anxieux. Malgré la prudence à adopter dans l'interprétation des données épidémiologiques, les troubles anxieux constituent un réel problème de santé publique touchant près de 15% de la population au cours de la vie et avec des conséquences majeures en termes de chronicité : perte de qualité de vie, incapacités, comorbidités, fardeau socio-économique avec une baisse de productivité, absentéisme au travail, coûts directs et indirects importants. Le poids réel est probablement bien supérieur si l'on considère que ces études se sont principalement fondées sur des définitions catégorielles des troubles anxieux

qui ne prennent pas en compte les troubles sub-syndromiques, mieux appréhendés par une approche dimensionnelle des symptômes.

II. Physiopathologie des troubles anxieux

1. Neurotransmetteurs et structures impliqués (7)(10)(11)(12)(Annexe 2)

L'anxiété est un état motivationnel qui favorise l'adaptation, mais quand elle est excessive, devient source de détresse pour l'organisme dont elle détériore les performances.

L'anxiété peut être vue comme un continuum : à un bout de l'échelle, l'anxiété légère peut améliorer la motivation et la productivité, tandis qu'à l'autre bout, l'anxiété intense avec la réponse « fight or flight » (combattre ou fuir) favorise la survie en réponse au danger. Quand elle apparaît à des moments inappropriés ou à un degré excessif, l'anxiété peut devenir pathologique.

Etant donné que les traitements anxiolytiques efficaces interagissent avec les systèmes de neurotransmetteurs tels le GABA et les neurotransmetteurs monoaminergiques, la noradrénaline et la sérotonine, la recherche s'est concentrée sur l'étude de ces systèmes pendant ces trente dernières années.

Plus récemment, une implication dans la neurochimie de l'anxiété a été proposée pour d'autres systèmes de neurotransmetteurs comprenant entre autres le glutamate, les opioïdes, la substance P, la CRH (corticotropin-releasing hormone), la cholécystokinine (CCK) et les endocannabinoïdes. La manipulation directe de ces neurotransmetteurs et de leurs récepteurs dans les modèles animaux provoque l'apparition de « syndromes pseudo-anxieux », grâce auxquels il a été possible d'investiguer les circuits sous-jacents et les récepteurs impliqués. De la même manière, les études de provocation pharmacologique avec le lactate, le CO₂, la CCK, la métachlorophénylpipérazine (mCCP), le doxapram, la yohimbine, la caféine, le flumazénil ont été très largement utilisées dans la recherche sur l'anxiété et ont joué un rôle important dans la description de la nature biologique des troubles anxieux spécifiques.

1.1. Réseau central de la peur et conditionnement de la peur

Les progrès de la neuro-imagerie en résolution spatiale et temporelle ont clarifié les circuits neuro-anatomiques responsables des processus impliqués dans la peur et l'anxiété chez l'homme, tels que le conditionnement, l'acquisition, la consolidation, la reconsolidation et l'extinction de la peur.

Les études ont montré que l'amygdale, en connexion avec un réseau complexe comprenant le cortex préfrontal, le thalamus, l'insula et l'hippocampe, joue un rôle central dans de multiples aspects du traitement émotionnel, y compris dans les réponses inadaptées et pathologiques à la peur.

Le paradigme bien connu de la peur conditionnée a pour origine l'observation selon laquelle certains stimuli, appelés stimuli inconditionnels, donnent toujours lieu à une réponse

inconditionnelle. Lorsqu'un stimulus neutre est apparié au stimulus inconditionnel, il peut également lui-même donner lieu à la même réponse à travers le conditionnement.

La zone cérébrale responsable de l'acquisition et de l'expression du conditionnement de la peur est l'amygdale, située dans le lobe médian temporal. Trois des treize noyaux de l'amygdale, l'amygdale basale, l'amygdale latérale et les noyaux centraux sont impliqués dans les circuits de la réponse de peur. Les stimuli reçus par le thalamus sensoriel sont transmis à l'amygdale latérale puis transférés aux noyaux centraux. Les signaux sont également envoyés du cortex sensoriel, de l'insula et du cortex préfrontal à l'amygdale latérale. Du noyau central de l'amygdale, les informations projettent aux sites effecteurs dans le tronc cérébral et l'hypothalamus, qui produisent les manifestations autonomes et comportementales de la réponse de peur aiguë. L'amygdale latérale est le secteur responsable de la consolidation de la mémoire et de la plasticité dans le conditionnement de la peur, et le mécanisme moléculaire par lequel l'acquisition de la peur survient dans l'amygdale latérale est la potentialisation à long terme. Les voies efférentes du noyau central de l'amygdale sont ciblées vers :

- Le noyau parabrachial, produisant l'augmentation de la fréquence respiratoire ;
- Le noyau latéral de l'hypothalamus, activant le système sympathique ;
- Le locus coeruleus, aboutissant à l'activation du système noradrénergique et à l'augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque ;
- Le noyau parventriculaire de l'hypothalamus, provoquant l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ;
- La substance grise péri-aqueducal (PAG), responsable des comportements défensifs comme celui de la réponse « combattre ou fuir » et la réponse de freezing ou « gel postural ».

Il est évident que les réponses neuro-anatomiques, neuro-endocriniennes et comportementales qui surviennent pendant les manifestations des troubles anxieux comme le trouble de panique, les phobies spécifiques et sociales, l'état de stress post-traumatique et le trouble d'anxiété généralisée sont étonnamment semblables aux symptômes observés chez des animaux après l'activation de ces régions cérébrales pendant des réponses de peur aux stimuli conditionnés. Les phobies spécifiques pourraient être le résultat d'un fonctionnement inadapté des circuits de la peur conditionnée.

En outre, des altérations fonctionnelles dans le « réseau central de la peur », telles qu'une plus grande activation de l'amygdale, pourraient être à la base de l'occurrence de symptômes de panique et de l'apprentissage de la peur associé à l'ESPT.

1.2. Anxiété et respiration

Les symptômes respiratoires sont parmi les plaintes les plus fréquentes chez les patients présentant des troubles anxieux et sont spécifiquement associés au trouble de panique. En fait, les maladies respiratoires augmentent fortement et spécifiquement le risque de développer le trouble de panique et un sous-type de panique caractérisé par des symptômes respiratoires qui au premier plan semble être plus sévère et avoir un profil spécifique de sensibilité pharmacologique. De plus, les patients atteints de trouble de panique montrent une hyperactivité affective et physiologique aux stimulants respiratoires comme le

lactate et à l'inhalation de CO₂, qui provoquent une réponse ressemblant à l'attaque de panique habituelle.

1.3. Neurochimie de l'anxiété

Les techniques de neuro-imagerie qui ont déjà mis en évidence les anomalies importantes du système GABAergique et des systèmes monoaminergiques associées aux troubles anxieux représentent un outil puissant pour l'avenir de l'étude des aspects neurochimiques de l'anxiété.

- Le GABA (acide γ -aminobutyrique) est le neurotransmetteur inhibiteur majeur dans le système nerveux central des mammifères et joue un rôle crucial dans le contrôle de l'excitabilité de l'activité neuronale dans le cerveau en s'opposant au tonus excitateur de base (principalement glutaminergique). La majorité des neurones GABAergiques se trouvent dans le SNC (système nerveux central) où ils sont largement distribués, alors qu'il en existe très peu dans le système nerveux périphérique. Le GABA, synthétisé à partir du glutamate par la L-glutamatedécarboxylase, est stocké par la suite dans les vésicules synaptiques. Les transporteurs de la recapture situés sur les neurones pré-synaptiques et les cellules gliales terminent la neurotransmission GABAergique en enlevant le GABA de la synapse et de l'espace extracellulaire.

L'augmentation du signal GABAergique, utilisant par exemple des agonistes GABA_A, est anxiolytique aussi bien qu'anticonvulsivant, sédatif, amnésique et produit une ataxie. La réduction de la transmission par le récepteur GABA_A provoque des symptômes associés aux troubles anxieux, le sentiment excessif d'une émotion anxieuse, le comportement d'échappement et l'évitement des situations associés. En fait l'atténuation de la fonction GABA, par exemple avec un antagoniste ou agoniste inverse de récepteur GABA_A, provoque l'éveil, l'anxiété, l'agitation, le sentiment de mort imminente, l'insomnie et des crises d'épilepsie. Des anomalies du récepteur GABA et une altération du métabolisme GABAergique pourraient jouer un rôle dans les troubles anxieux.

- La sérotonine (5-HT) est synthétisée à partir d'un acide aminé, le tryptophane, par la tryptophane hydroxylase qui agit comme enzyme de régulation. Suite à la libération, elle est activement enlevée de la fente synaptique par des transporteurs sérotoninergiques et retourne dans le neurone. Le produit de dégradation de la sérotonine est l'acide 5-hydroxyindol acétique (5-HIAA). Les neurones sérotoninergiques proviennent des zones médianes et dorsales des noyaux du raphé dans le tronc cérébral et se projettent dans tout le prosencéphale.

Les quatorze variantes de récepteurs sérotoninergiques identifiées sont toutes liées à la protéine G, sauf le récepteur 5-HT₃ qui est couplé à un canal ionique de sodium. Le récepteur 5-HT_{1a} a été particulièrement lié aux troubles anxieux. Il est couplé négativement au second messager AMPc et est à la fois un récepteur post et pré synaptique dans le raphé dorsal, régulant les décharges du raphé. La sérotonine coordonne beaucoup de fonctions : l'appétit, le sommeil, la régulation neuroendocrinienne (comme la sécrétion de prolactine) et le contrôle des impulsions. La diversité de ses effets peut être expliquée par la distribution importante de projections sérotoninergiques et ses multiples récepteurs. Les agents

sérotoninergiques sont efficaces dans le traitement des troubles anxieux et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont aujourd'hui recommandés en tant que traitement de première intention dans ces troubles, bien que l'effet thérapeutique soit retardé de quelques semaines.

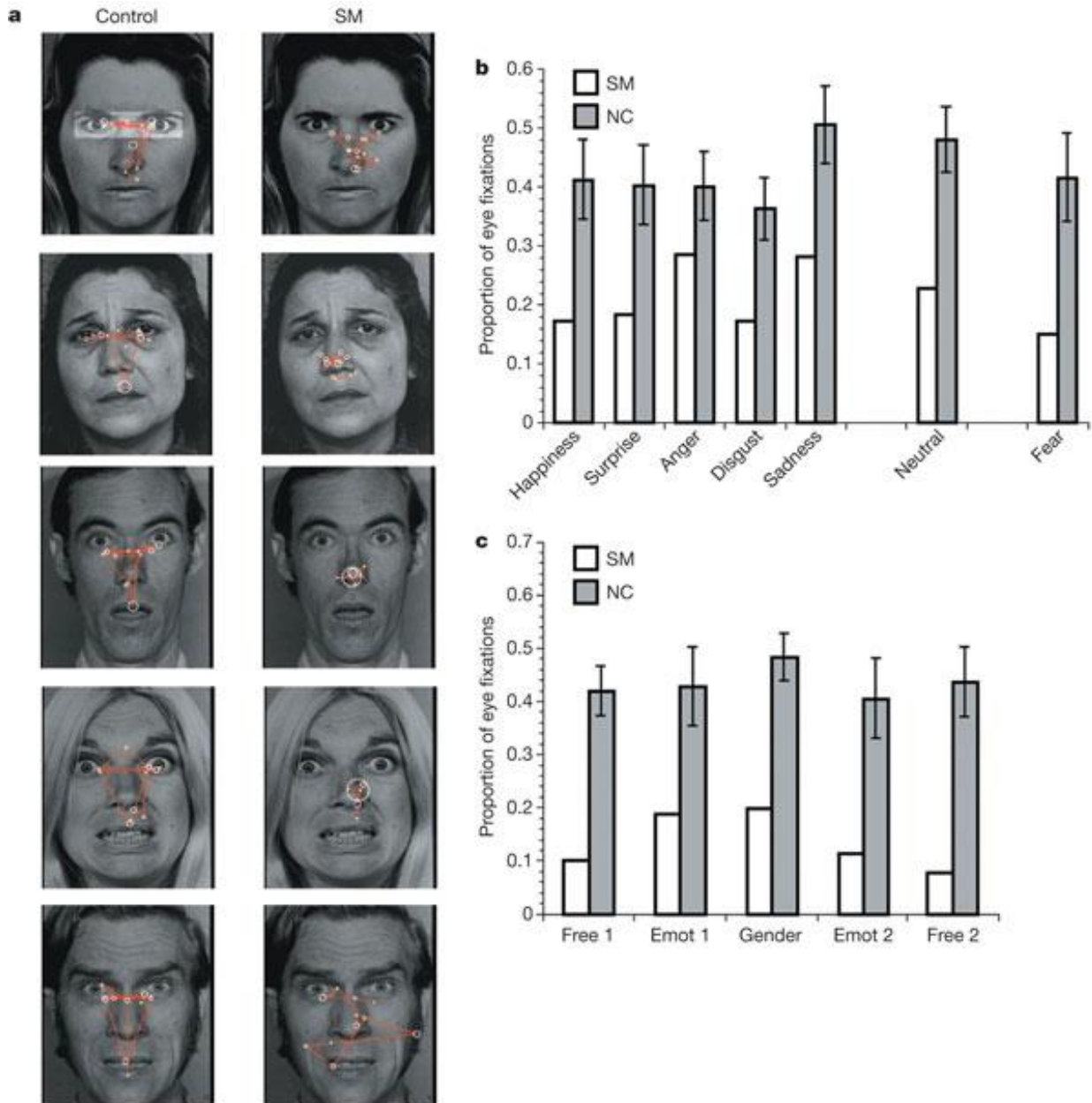
- La catécholamine noradrénaline est produite par l'hydroxylation de la dopamine par la dopamine β -hydroxylase. Bien qu'elle puisse être transformée en adrénaline par la phényléthanolamine N-méthyltransférase, le principal neurotransmetteur catécholaminergique dans le cerveau est la noradrénaline. Après sa libération, la noradrénaline est activement transportée dans les neurones via des transporteurs spécifiques. Dans les neurones, elle est catabolisée par la monoamine oxydase (MAO) pour former le 3-méthoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG). La noradrénaline peut également être catabolisée dans les cellules gliales par la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) pour former la normétanéphrine. La plupart des neurones noradrénergiques émanent du locus coeruleus dans le tronc cérébral et projettent abondamment dans tout le prosencéphale. Les deux principaux récepteurs de l'adrénaline, les récepteurs α et β , ont des sous-types. Il est bien connu que les récepteurs β périphériques interviennent dans les effets périphériques autonomes de l'anxiété (comme l'accélération du rythme cardiaque, les tremblements et la transpiration), mais on pense qu'ils ne sont pas impliqués directement dans l'expérience consciente de l'anxiété.

Compte tenu des symptômes cliniques de l'anxiété (comme la transpiration, les tremblements, les palpitations etc...), il est clair que le système nerveux autonome est activé dans l'anxiété. Ces symptômes peuvent être bloqués par des bêtabloquants comme le propranolol. Cependant, les bêtabloquants ne soulagent pas les symptômes mentaux de l'anxiété.

- Le Glutamate est le principal neurotransmetteur excitateur du cerveau ; il agit sur des récepteurs métabotropiques et ionotropiques. On pense qu'il serait impliqué dans la mémoire, l'apprentissage, les performances et l'anxiété.
- Les opioïdes : les études précliniques ont démontré qu'une activité opioïde centrale inhibe les réponses comportementales de peur et d'anxiété lors de l'exposition à un facteur de stress, alors que les interventions pharmacologiques réduisant l'activité opioïde centrale, comme par exemple l'administration des antagonistes aux opiacés, semble augmenter la vulnérabilité des animaux aux troubles comportementaux, révélant ainsi des actions anxiogènes. Les études chez l'homme indiquent que le système opioïde joue un rôle de modulation dans l'anxiété, et ce, dans toutes les catégories de l'anxiété clinique.

Il existe d'autres systèmes cérébraux impliqués dans les troubles anxieux que nous n'avons pas revus ici (les cannabinoïdes, les neuropeptides comme la substance P, le CRF et la CCK) principalement à cause de l'absence de preuves cliniques à ce jour.

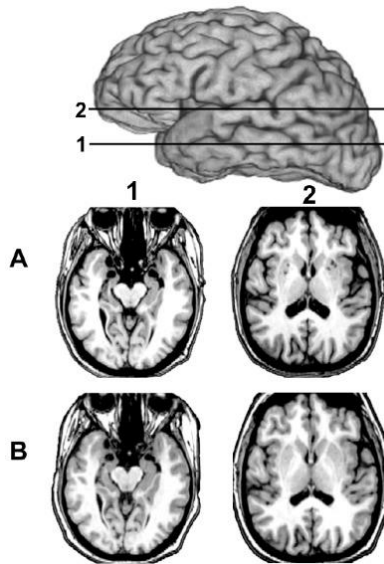
1.4. Cas particulier d'une personne sans peur et sans amygdale



Adolphs, R., et al. (2005) : A mechanism for impaired fear recognition after amygdala damage.(10)

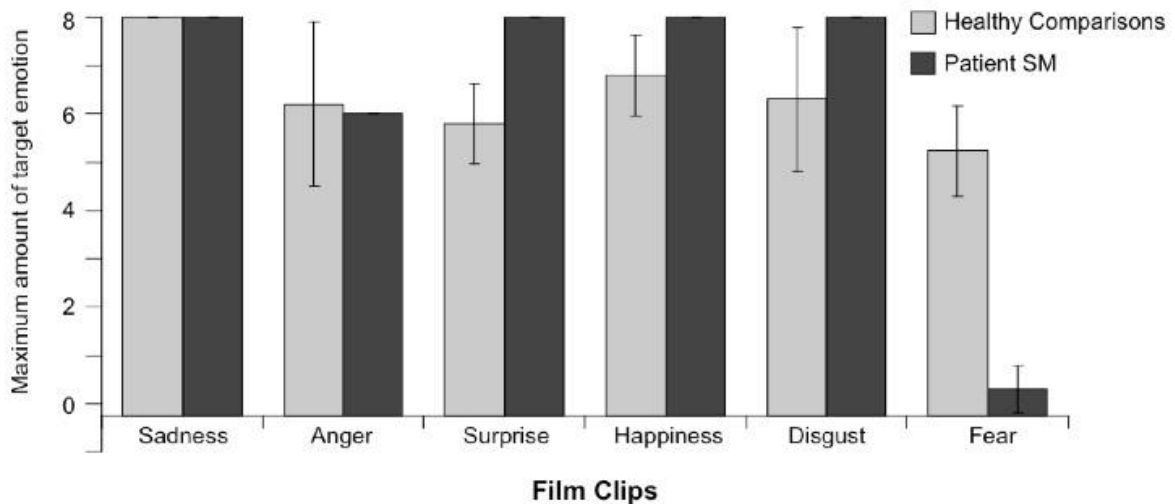
Une femme de 44 ans, (par respect de son anonymat les auteurs l'appellent SM), a été longuement étudiée : elle n'a peur de rien, ni des serpents, ni des araignées, ni des films d'horreur. Elle ne voit pas non plus la peur dans les visages des autres, ses yeux n'examinent pas le visage et les signes d'émotion comme les autres.

Cassandra Willyard (2010) rapporte dans *Science now*, qu'on a trouvé la raison : deux trous noirs là où devrait être son amygdale, suite à une rare maladie génétique (Urbach-Wiethe).



"Images were acquired at (A) the onset of this study and (B) 10 years earlier. Axial slices (1A and 1B) reveal focal bilateral amygdala lesions"(10)

Feinstein, J. S., et al (2011) écrivent dans *Current Biology* que cette femme ne réagit pas à de nombreux stimuli qui causent normalement la peur. Comme le montre la figure ci-dessous, ses réactions émotionnelles sont à peu près normales dans tous les cas sauf une absence de réaction de peur.



Les réactions émotionnelles de SM à des films sont normales, sauf pour la peur.(10)

Ce cas particulier renforce la thèse que les émotions sont le résultat de l'interaction de tous ces neurones dans diverses parties de l'encéphale et que l'amygdale y joue un rôle crucial.

D'un autre côté, l'absence de cette amygdale lors du dysfonctionnement ne prouve pas que ce soit là que tout ce qui constitue l'émotion de la peur se produit, cela montre que cette structure est nécessaire à la peur. Comme si on enlève les bougies d'une voiture, et qu'elle

ne roule plus, on peut déduire qu'elles sont nécessaires, mais que les bougies entraînent pas les roues et sont le moteur.

2. Trouble anxiété généralisée (1),(7),(13)

D'une manière générale, l'anxiété généralisée est provoquée par des facteurs de stress agissant sur une personnalité prédisposée par l'association de facteurs génétiques et d'influences environnementales remontant à l'enfance. Cependant, les données pouvant éclairer la nature et l'importance de ces causes restent incomplètes.

2.1. Tableau clinique



Le Trouble anxieux généralisé(13)

Le critère principal du trouble d'anxiété généralisée (TAG) est cognitif par la présence de préoccupations excessives et incontrôlables concernant plusieurs événements ou activités. Parmi les signes associés dont trois sont nécessaires (agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficulté de concentration ou trou de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil), un seul concerne la sphère somatique : la tension musculaire.

Outre la tension musculaire, il peut exister des tremblements, des contractions, des sensations de tremblement et des douleurs ou des endormissements musculaires.

Des symptômes d'hyperactivité neurovégétative (par exemple, augmentation de la fréquence cardiaque, souffle court, vertiges) sont moins importants dans l'anxiété généralisée que dans les autres troubles anxieux.

Voici un tableau regroupant les différents symptômes du TAG :

Tableau 5. Symptômes du trouble d'anxiété généralisée

Symptômes du trouble d'anxiété généralisée
Tension musculaire
Hyperactivité du système nerveux autonome
Activation psychologique
Perturbations du sommeil
Autres caractéristiques : <ul style="list-style-type: none">- Dépression- Obsessions- Dépersonnalisation

2.2. Diagnostic différentiel

L'anxiété généralisée doit être distinguée non seulement des autres troubles mentaux, mais aussi de certaines affections somatiques. Des symptômes anxieux peuvent être observés dans presque tous les troubles mentaux, mais il existe certains cas dans lesquels des difficultés diagnostiques particulières surviennent. (Troubles dépressifs, schizophrénie, démence, abus de substance, l'hyperthyroïdie etc...)

2.3. Pronostic

La définition du DSM exclut les nombreux cas d'anxiété marquée qui s'améliorent dans un délai de six mois (L'un des critères du DSM-IV pour l'anxiété généralisée spécifie que les symptômes doivent avoir été présents pendant au moins six mois). Les recherches menées avant l'introduction des critères actuels du DSM avaient montré que les troubles anxieux persistant plus de 6 mois, avaient un mauvais pronostic. Une étude avait révélé de 80% de ces troubles étaient encore présents trois ans plus tard (Kedward et Cooper 1966). Dans une étude menée chez des patients soignés dans un cadre médical et présentant des troubles anxieux, les symptômes s'étaient sensiblement améliorés ou s'étaient amendés en 6 ans.

Le suivi montre que des épisodes de dépression majeure surviennent fréquemment chez les patients présentant des troubles anxieux. La fréquence des troubles schizophréniques et maniaco-dépressifs n'est pas plus élevée chez les patients atteints de troubles anxieux que dans la population générale.

2.4. Traitement et prise en charge

Les benzodiazépines peuvent représenter le traitement de premier choix lors des périodes limitées de recrudescence anxieuse, à condition de bien contrôler leur utilisation.

Si un traitement de fond paraît nécessaire, la venlafaxine à libération prolongée (Effexor LP®), la paroxétine (Deroxat®) ou l'escitalopram (Seroplex®) sont recommandés. L'utilisation additionnelle de benzodiazépines durant des périodes limitées peut s'avérer nécessaire. Une prise en charge psychologique paraît indispensable, notamment par le biais de techniques cognitivo-comportementales.

Quels que soient les traitements pharmacologiques utilisés, la taille de l'effet est au plus modérée, de l'ordre de celle observée dans les états dépressifs majeurs, mais probablement moins importante que dans les autres troubles anxieux.

Enfin du fait du nombre limité d'essais cliniques, les recommandations pour le traitement à long terme de l'anxiété généralisée restent limitées.

3. Attaque de panique (1),(7),(14)

3.1. Tableau clinique



Attaque de panique(14)

Le trouble de panique associe un tableau assez hétérogène de manifestations somatiques, physiologiques et cognitives qui peut varier selon les patients. Parmi les treize symptômes, dix sont somatiques et trois peuvent être qualifiés de cognitif (déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou devenir fou, peur de mourir). On retrouve essentiellement deux sous types :

- Sous-type respiratoire :

Le rôle étiologique du système respiratoire est connu de longue date, principalement l'hyperventilation. Initialement décrite par Ley en 1985, on peut définir l'hyperventilation comme une fréquence et une profondeur respiratoire

inadaptées aux besoins physiologiques de l'organisme. L'hyperventilation met en relation l'hypocapnie (baisse de la PCO₂ artérielle) avec les états anxieux comme l'a décrit D. Klein avec son modèle de la théorie de la fausse alarme de suffocation. Des épreuves de provocation par inhalation de CO₂ et par hyperventilation montrent que les sujets classés dans le sous-type respiratoire rapportent 2 à 3 fois plus d'attaques de panique après l'inhalation de CO₂ (63,3 à 93,7% versus 33,3 à 43,4%).

Les dérèglements respiratoires vont également déclencher d'autres signes : palpitation, sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement, paresthésies (sensation d'engourdissement et de picotement), douleur ou gêne thoracique, peur de mourir. On constate que 35 à 65% des patients paniqueurs présentent ce sous type respiratoire.

Le sous-type respiratoire conférerait une plus grande sensibilité à l'épreuve de l'inhalation de CO₂ et l'épreuve d'hyperventilation.

- Sous-type vestibulaire :

Il est caractérisé sur le plan clinique par la présence prédominante au cours des attaques de panique, de sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou d'impression d'évanouissement. 50 à 85% des patients expérimentent des vertiges au cours des attaques de panique.

Voici ci-dessous un tableau regroupant les symptômes de l'attaque de panique :

Tableau 6. Symptômes de l'attaque de panique

Symptômes de l'attaque de panique
<p>Sensation intense de peur ou d'inconfort, débutant brutalement, atteignant son maximum en quelques minutes et au cours de laquelle surviennent quatre (ou plus) des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpitations, tachycardie - Sueurs - Tremblements - Sensations d'étouffement ou d'essoufflement - Difficultés de déglutition - Douleurs ou inconfort thoracique - Nausées ou troubles digestifs - Sensations de vertige, d'instabilité, de tête vide ou de malaise - Paresthésies (sensations d'engourdissement, de fourmillements) - Sensations de froid ou de chaud - Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou de dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même) - Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou - Peur de mourir

3.2. Diagnostic différentiel

Les attaques de panique peuvent survenir dans le trouble anxieux généralisé, les troubles phobiques (l'agoraphobie le plus souvent), les troubles dépressifs et les troubles organiques aigus. Dans le DSM-IV, le diagnostic de trouble de panique peut être porté quand l'un de ces troubles est présent.

3.3. Pronostic

Les études de suivi ont généralement inclus aussi bien des patients présentant des attaques de panique et de l'agoraphobie que des sujets présentant uniquement des attaques de panique. Les études anciennes utilisaient des catégories de diagnostics comme celles du syndrome d'effort. Les premières études sur le syndrome d'effort avaient montré que la plupart des patients présentaient encore des symptômes vingt ans après, tout en ayant le plus souvent une bonne évolution sociale. Les études consacrées au trouble de panique ont également montré une évolution prolongée, avec une anxiété et une dépression fluctuantes. On a montré que les taux de décès par mort non naturelle, et chez les hommes, la mortalité cardio-vasculaire, sont supérieurs à la moyenne.

3.4. Traitement et prise en charge

Comme les thérapies cognitives et les médicaments semblent avoir des effets comparables, le choix du traitement dépend des préférences du patient, la disponibilité de thérapies cognitives et du coût (les thérapies cognitives sont plus coûteuses, mais peuvent avoir des effets plus durables). Si l'on opte pour un traitement médicamenteux, les ISRS peuvent être préférés aux tricycliques car ils ont moins d'effets indésirables, bien que leur efficacité soit moins bien établie. En France, bien que sévèrement critiqués du fait du risque de dépendance, l'alprazolam et d'autres benzodiazépines sont souvent utilisés dans cette indication.

Si le trouble de panique est accompagné d'un évitement agoraphobique, une thérapie par exposition doit être associée au médicament ou à la thérapie cognitivo-comportementale.

4. Stress post-traumatique (6),(15)

4.1. Tableau clinique



Etat de stress post-traumatique(15)

On distingue la clinique du traumatisme psychique proprement dit, de l'état de stress survenant immédiatement après l'évènement traumatisant, dont la réaction psychophysiological émotionnelle (pâleur, sueurs, tachycardie...), d'effroi, puis d'angoisse, disparaît le plus souvent sans séquelle.

- Le temps de latence

Les symptômes apparaissent généralement au décours de la situation traumatisante, au terme d'une latence variable, allant de quelques heures à quelques semaines.

Le temps de latence, silencieux au plan clinique, véritable « temps d'incubation », correspondrait à la prise de conscience par le sujet du danger encouru et au travail de réorganisation vers un équilibre psychique stable après le déséquilibre suscité par le traumatisme. Cette latence peut être associée au retour en situation de sécurité physique, au laps de temps réel pour parvenir à l'hôpital, à l'infirmierie, chez soi ou pour s'éloigner du lieu de la scène traumatogène.

- La reviviscence du traumatisme ou syndrome de répétition

Le traumatisme est revécu de manière répétitive au travers de souvenirs intrusifs, mais surtout de cauchemars. Le patient a l'impression persistante et insistante que l'évènement pourrait se reproduire.

Le fait que le sujet puisse être confronté à des éléments rappelant le traumatisme favorise la survenue de ces réminiscences qui sont à l'origine de décharges émotives ou d'impulsions violentes symbolisant des réactions de défense qui n'avaient pas pu être mises en place lors du traumatisme inaugural.

- La réorganisation pathologique de la personnalité

La vie psychique du sujet semble se polariser sur le souvenir du traumatisme. Le sujet devient particulièrement passif, avec une diminution d'intérêt et d'investissement à l'égard des activités habituelles, une difficulté à ressentir des émotions, à se projeter dans l'avenir.

Le sujet met en place des conduites d'évitement à l'égard des pensées, des lieux pouvant évoquer le traumatisme. Il ne souhaite pas en parler. Il vit de façon constante avec un sentiment d'insécurité : le patient est tendu, en permanence sur le qui-vive, avec des réactions de sursaut et des symptômes d'hyperactivité neurovégétative.

Cet émoussement physique, véritable modification de la personnalité, représenterait le degré le plus sévère du trouble.

Les principaux symptômes de l'état de stress post-traumatique sont regroupés dans le tableau suivant :

Tableau 7. Symptômes Stress post traumatique

Symptômes Stress post-traumatique
<ul style="list-style-type: none">- Le sujet a été exposé à un événement traumatique. Le sujet a été confronté à un événement durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée, ou durant lequel les individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou menacés de coups, blessures ou de mort.- Le sujet réagit à l'évènement par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.- L'évènement traumatique est constamment revécu : souvenirs et rêves répétitifs et envahissants de l'évènement, provoquant un sentiment de détresse.- Impression que l'évènement traumatique pourrait se reproduire. Sentiment intense de détresse en présence d'indices évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique.- Evitement des stimuli associés au traumatisme comme : efforts pour éviter de penser au traumatisme efforts pour éviter les endroits où les sujets qui éveillent le souvenir du traumatisme restriction des affects<ul style="list-style-type: none">- sentiment d'avenir « bouché »- sentiment de détachement par rapport à autrui.- Présence de symptômes traduisant une hyperactivité neurovégétative : troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hyper vigilance, réactions de sursaut exagérées.

4.2 Pronostic

Les traumatismes psychiques sont des affections chroniques. S'ils ne sont pas traités, ils ne guérissent pas spontanément.

4.3. Traitement et prise en charge

La prise en charge psychologique des victimes d'attentat ou d'accident avant l'installation d'une pathologie traumatique constituée, est efficace. Le traitement, une technique cathartique (débrieffing) appliquée et codifiée à l'origine par des médecins militaires en temps de guerre, est maintenant couramment utilisé.

Ce traitement consiste à faire revivre l'évènement traumatisant et à permettre aux victimes de mettre des mots sur leur éprouvé et leur comportement. Ainsi, ils acceptent mieux l'anormalité de leurs réactions émotionnelles (crises de larmes, désorientation...) ainsi que leurs sentiments (déception, humiliation, honte, culpabilité...).

Il s'agit de liquider toute la charge d'émotion, d'affect, de sentiment liée au trauma par la verbalisation de l'expérience traumatique et de tenter pour le sujet de prendre conscience de la signification qu'acquiert pour lui une telle expérience. Le thérapeute, par sa présence empathique et par les questionnements qu'il relance, vient aider le sujet à verbaliser son vécu.

Ces techniques de débrieffing sont aussi appliquées aux équipes de sauveteurs (policiers, pompiers, soignants) en leur permettant de surmonter leur sentiment d'échec.

Si ce traitement préventif du traumatisme psychique n'a pu être mis en place et que celui-ci continue, le traitement fera alors appel aux psychothérapies classiques.

5. Troubles phobiques (1)(6)(16)

5.1. Tableau clinique



La phobie sociale(16)

Les troubles anxieux phobiques ont les mêmes symptômes cardinaux que l'anxiété généralisée. Toutefois, ces symptômes ne surviennent que dans des circonstances particulières.

Dans certains troubles phobiques, ces circonstances sont très limitées et le patient est asymptomatique la plupart du temps. Dans d'autres troubles phobiques, de nombreuses circonstances provoquent l'anxiété ; qui est alors plus fréquente, mais il reste des situations où le patient est libre de

tout symptôme. Les troubles phobiques ont deux autres caractéristiques : le sujet évite les circonstances phobogènes et il ressent une anxiété anticipatoire quand il risque d'être confronté à ces circonstances. Les circonstances phobogènes incluent des situations (par exemple, des endroits fréquentés), des objets (par exemple, les araignées) et des phénomènes naturels (par exemple, le tonnerre).

En pratique clinique, trois syndromes phobiques sont identifiés :

- Les phobies spécifiques
- Les phobies sociales
- L'agoraphobie

Les tableaux ci-dessous présentent les différents symptômes retrouvés dans la phobie spécifique, la phobie sociale et l'agoraphobie.

Tableau 8. Symptômes de la phobie spécifique

Symptômes de la phobie spécifique
<ul style="list-style-type: none">- Peur permanente et intense, à caractère illogique, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation spécifique (par exemple : prendre l'avion, voir du sang, présence de certains animaux).- L'exposition au stimulus phobogène provoque une réaction anxieuse immédiate (de type attaque de panique, par exemple).- L'objet ou la situation phobogène sont évités.- L'évitement ou la souffrance dans une situation redoutée perturbent de façon importante les habitudes de l'individu (ses activités professionnelles, ses relations avec autrui, ses activités sociales).

Tableau 9. Symptômes de la phobie sociale

Symptômes de la phobie sociale
<ul style="list-style-type: none">- Peur permanente et intense de situations sociales durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers.- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse.- Le sujet reconnaît le caractère excessif ou illogique de sa peur.- Les situations sociales sont évitées ou vécues avec une anxiété intense.- L'évitement perturbe de façon importante les habitudes du sujet (ses activités professionnelles, sociales, ses relations avec autrui).- Cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

Tableau 10. Symptômes de l'agoraphobie

Symptômes de l'agoraphobie
<ul style="list-style-type: none">- Anxiété liée au fait de se retrouver dans des lieux ou des situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper.- Ces situations redoutées sont les suivantes : Se trouver seul en dehors de son domicile Etre dans une foule ou une file d'attente Etre dans un autobus ou un train- Les situations sont soit évitées (restriction, par exemple, des voyages), soit subies avec une souffrance intense, ou bien nécessitent la présence d'un accompagnement sécurisant.

5.2. Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels des diverses phobies sont regroupés dans le tableau suivant :

Tableau 11. Diagnostic différentiel des phobies

Type de phobie	Diagnostic différentiel
<u>Phobie spécifique</u>	<ul style="list-style-type: none">- Risque de trouble dépressif sous-jacent doit toujours être envisagé.- Diagnostique aisé
<u>Phobie sociale</u>	<ul style="list-style-type: none">- Les symptômes de phobie sociale peuvent être observés dans l'agoraphobie et dans le trouble de panique.- Déterminer quels symptômes sont les plus sévères et quel trouble doit être traité en priorité.- Doit être distinguée de l'anxiété généralisée (par repérage de situations phobogènes), des troubles dépressifs (par l'examen de l'état mental actuel) et de la schizophrénie.- Doit être distinguée de la personnalité évitante, caractérisée par une timidité qui a toujours été présente et par un manque de confiance en soi.- Une distinction doit être faite entre la phobie et la manque de compétence sociale. : (diction hésitante, expressions faciales et gestuelles inadaptées et un manque de contact visuel avec l'interlocuteur).
<u>Agoraphobie</u>	Doit être distinguée de : <ul style="list-style-type: none">- La phobie sociale- TAG- Le trouble dépressif- Le trouble paranoïde

5.3. Pronostic

Le pronostic des différentes phobies sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 12. Pronostic des phobies

Type de phobie	Pronostic
<u>Phobie spécifique</u>	<ul style="list-style-type: none">- L'expérience clinique suggère que les phobies spécifiques débutant dans l'enfance persistent de nombreuses années.- Meilleur pronostic pour celles débutant à l'âge adulte.

<u>Phobie sociale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Persiste pendant des années, même après un traitement qui a eu un effet immédiat. - Comorbidité possible (trouble dépressif ou un abus d'alcool)
<u>Agoraphobie</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Des épisodes brefs de symptômes dépressifs sont souvent observés durant l'évolution de l'agoraphobie chronique. - Quelques cas de durée brève peuvent être observés

5.4. Traitement et prise en charge

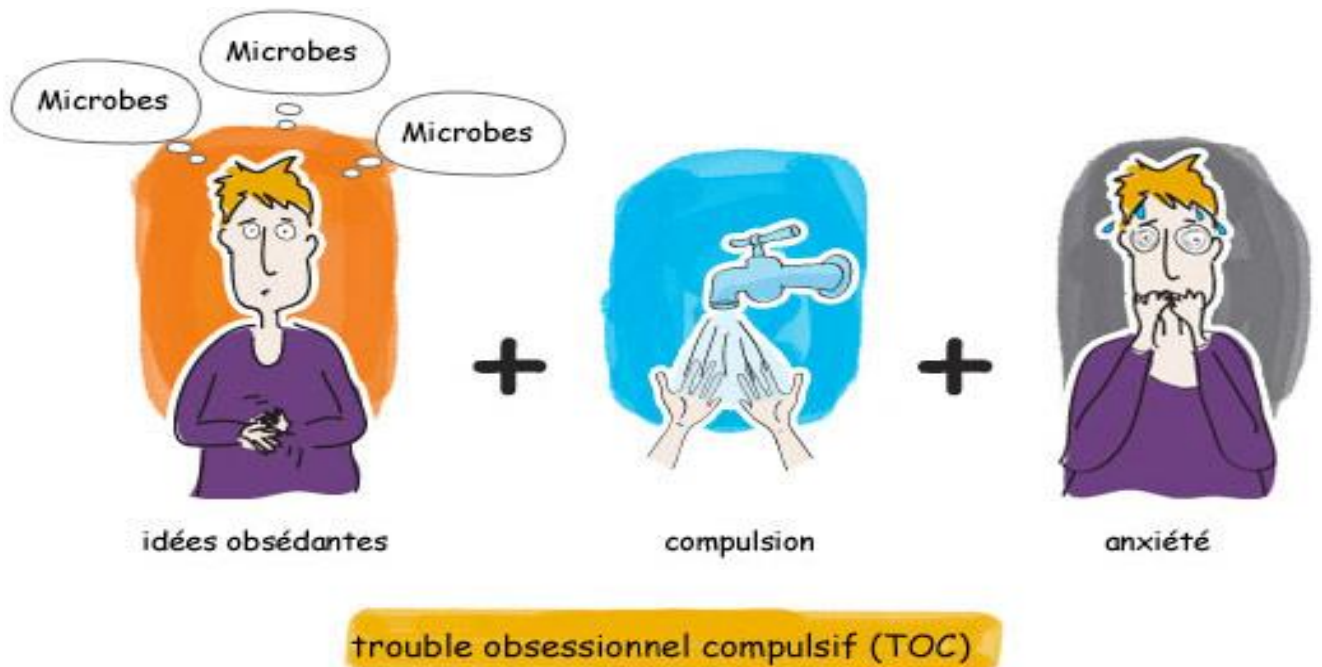
Ce tableau établit la prise en charge de chaque trouble phobique :

Tableau 13. Traitement des phobies

Type de phobie	Prise en charge
<u>Phobie spécifique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement principal : approche comportementale fondée sur l'exposition. (motivation du patient importante) - Benzodiazépines pendant une brève durée pour soulager l'anxiété phobique.
<u>Phobie sociale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapies cognitivo-comportementales - Entraînement à la relaxation - Traitements médicamenteux : Benzodiazépine, Bêta-bloquants, Inhibiteurs de la monoamine oxydase ou ISRS.
<u>Agoraphobie</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement par exposition - Thérapies cognitivo-comportementales - Anxiolytiques, antidépresseurs, ISRS et IMAO.

6. TOC (1),(17)

6.1. Tableau clinique



Le trouble obsessionnel compulsif(17)

Les troubles obsessionnels-compulsifs sont caractérisés par des pensées obsédantes, des comportements compulsifs et à des degrés divers, par de l'anxiété, de la dépression et de la dépersonnalisation. Le tableau présenté ci-dessous regroupe les divers symptômes rencontrés dans le TOC.

Tableau 14. Symptômes du TOC

Symptômes des troubles obsessionnels-compulsifs
<ul style="list-style-type: none">- Symptômes obsessionnels : Pensées, ruminations, impulsions, phobies.- Rituels compulsifs- Lenteur anormale- Anxiété- Dépression- Dépersonnalisation

6.2. Diagnostic différentiel

Les troubles obsessionnels-compulsifs doivent être distingués des autres troubles où des symptômes obsessionnels surviennent. (Troubles anxieux, troubles dépressifs, schizophrénie ou troubles organiques)

6.3. Pronostic

Environ deux tiers des cas sont plus ou moins améliorés après un an. Le pronostic est meilleur quand il y a eu un évènement déclenchant, que l'adaptation sociale et professionnelle est bonne et que les symptômes sont épisodiques.

Le pronostic est moins bon quand il y a un trouble de la personnalité et que les troubles débutent durant l'enfance.

Les cas sévères peuvent être extrêmement persistants.

6.4. Traitement et prise en charge

Le traitement doit commencer par une explication des symptômes. Il faut, si besoin, rassurer le patient et lui confirmer que ses symptômes ne sont pas la marque d'une folie débutante (il s'agit d'une crainte fréquente chez les patients obsessionnels). Dans l'attente des effets du traitement ou d'une amélioration spontanée, des entretiens qui soutiennent le patient peuvent l'aider à garder espoir. Des entretiens faisant participer le conjoint sont indiqués lorsque des problèmes conjugaux semblent aggraver les symptômes. Les patients obsessionnels impliquent souvent d'autres membres de leur famille dans leurs rituels ; il peut donc être nécessaire de conseiller les proches et de les aider à adopter une attitude adaptée, compatissante mais ferme, avec le patient.

Les éléments importants de la prise en charge du TOC sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau 15. Prise en charge du TOC

Prise en charge du TOC
- Traitements médicamenteux : clomipramine, anxiolytiques, petites doses d'un antidépresseur tricyclique ou d'un antipsychotique.
- Thérapies cognitivo-comportementales - Psychothérapies dynamiques - Psychochirurgie

III. Conduites addictives et troubles anxieux : exemple des benzodiazépines (7),(18)

1. Présentation clinique

L'utilisation des benzodiazépines dans le traitement des troubles anxieux est encore très fréquente bien que non recommandée dans les guides de bonne pratique clinique, sauf pour les patients souffrant spécifiquement de trouble anxieux généralisé. De plus, indépendamment de l'indication de prescription, la durée de ce traitement dépasse le plus souvent les 12 semaines recommandées. Cela en incombe à la fois aux médecins et aux patients. En effet, à court terme, les benzodiazépines ont une action symptomatique rapide et efficace sur l'anxiété. Cependant, à plus long terme, l'utilisation des benzodiazépines devient inefficace et est associée à la fois à un risque d'abus et de dépendance et de phénomènes de sevrage.

Le syndrome de sevrage se compose d'anxiété « rebond » (recrudescence, voire exacerbation précoce et transitoire de symptômes du trouble anxieux préexistant), de tremblements, d'insomnies, d'irritabilité, de sueurs abondantes, d'état dysphorique, d'agitation, de nausées et de céphalées. Certains symptômes plus spécifiques peuvent survenir comme des troubles sensoriels (goût métallique, hyperosmie, hyperesthésie cutanée, photophobies), des symptômes de dépersonnalisation, des idées paranoïaques, une confusion et des crises convulsives. Ces symptômes sont à leur maximum le deuxième jour d'arrêt pour les benzodiazépines à demi-vie courte et entre le quatrième et le septième jour pour celles ayant une demi-vie longue. Les études pharmacologiques ont montré que la tolérance sur l'effet anxiolytique, responsable de la perte d'efficacité, se développe lentement, sur des durées de plusieurs mois.

Malgré ces risques, la majorité des patients souhaite être traitée et maintenue sous benzodiazépines pour des durées supérieures à celles recommandées, augmentant ainsi le risque de dépendance, d'autant plus s'il existe un trouble anxieux associé.

2. Fréquence de l'association

En France, l'usage de benzodiazépines est élevé et notre pays reste dans le groupe de tête des pays européens malgré une diminution des prescriptions depuis plus de vingt ans.

Dans une étude réalisée chez 4425 patients usagers chroniques de benzodiazépines (usage régulier pendant 6 mois au plus) suivis en médecine générale, les auteurs ont pu montrer que 85% d'entre eux présentaient un diagnostic actuel de trouble anxieux (61% de TAG, 22% de trouble panique) et/ou dépressif (60% d'épisode dépressif majeur).

Chez les patients présentant un trouble anxieux, environ 50% sont traités avec des benzodiazépines. La durée de ce traitement sera supérieure à 6 mois pour la grande majorité de ces patients et la moitié d'entre eux présenteront les critères de dépendance aux benzodiazépines.

3. Sens de la comorbidité

Le risque de dépendance secondaire aux benzodiazépines est très élevé chez les patients présentant un trouble anxieux et une attention particulière doit être portée sur l'usage d'alcool chez ces patients vulnérables.

4. Conséquences sur les stratégies thérapeutiques

Les indications des benzodiazépines dans le traitement des troubles anxieux doivent être réduites le plus possible. En effet, nous avons vu que les durées recommandées étaient largement dépassées, que ces traitements perdent leur efficacité dans le temps, et que le sevrage en est très difficile du fait de la dépendance.

Les recommandations actuelles de traitement des troubles anxieux sont qu'il faut privilégier les stratégies psychothérapeutiques et l'usage d'antidépresseurs quand cela est possible. De plus, il faudrait inciter le patient à se sevrer des benzodiazépines, par des stratégies de décroissance progressive, en s'appuyant sur des thérapies cognitivo-comportementales, selon les recommandations de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé publiées en 2012, publiées à l'occasion du classement du clonazépam (RIVOTRIL®) comme stupéfiant.

IV. Apports des modèles émotionnels : Les émotions (7)

1. Qu'est-ce qu'une émotion ?

En 1988, David Barlow publiait la première édition d'*Anxiety and its Disorders*. Il y défendait l'idée selon laquelle l'émotion constitue un paradigme idéal pour la compréhension de l'anxiété en ce qu'elle articule, l'anxiété sous toutes ses facettes : affective, cognitive et comportementale.

L'émotion est constituée par un ensemble complexe de processus qu'elle articule et coordonne afin de permettre une adaptation rapide de l'individu aux contraintes de son environnement. Ces processus concernent l'ensemble des fonctions dont l'individu est doté, aux niveaux : comportemental, physiologique, cognitif et subjectif. On peut donc dire que l'émotion est le principe qui intègre cognition et comportement (apparent ou caché) dans les situations qui requièrent une adaptation de l'individu dans la poursuite de ses buts, de ses valeurs et des rôles qu'il investit.

Les chercheurs ont renoncé à formuler une définition de l'émotion en termes de conditions nécessaires et suffisantes. En revanche ils s'accordent sur le processus qui constitue le noyau des phénomènes émotionnels. Ils ont donc opté pour une définition en termes d'ensembles

flous, un phénomène étant considéré comme plus ou moins émotionnel en fonction du nombre et de l'importance des processus émotionnels qu'il mobilise.

2. Le processus émotionnel

La première classe de processus concerne l'évaluation de la situation. En effet, il ne peut y avoir d'émotion sans attribution d'une signification émotionnelle à une situation, un mode spécifique de réponse activée. Celui-ci est appelé tendance à l'action. Si l'activation de la tendance à l'action atteint un niveau d'intensité suffisant, elle déclenche des réponses émotionnelles aux niveaux cognitifs (par exemple, la focalisation de l'attention sur la menace), physiologique (par exemple, l'augmentation de la tension artérielle) et comportemental (par exemple, des mouvements d'approche ou d'évitement). Enfin, la facette subjective de l'émotion, souvent appelée le sentiment émotionnel, résulterait d'un phénomène de perception global et diffus (aperception) des différents états et changements induits par le processus émotionnel.

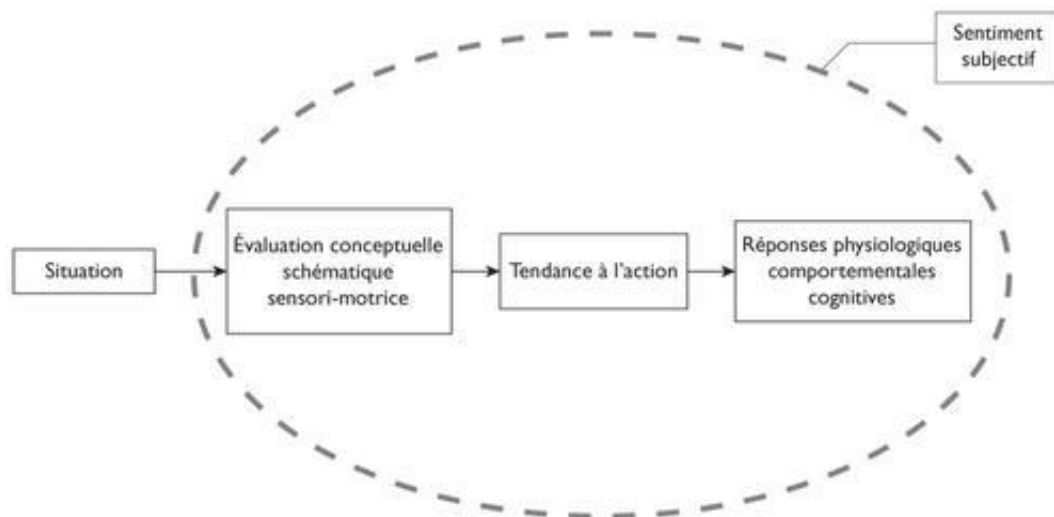


Tableau 16. Processus émotionnels(7)

2.1. Evaluation émotionnelle

- Quelles sont les dimensions de signification pertinentes ?

L'identification des dimensions d'évaluation menant à une réponse émotionnelle a constitué l'objet d'étude principal des premières théories cognitives de l'émotion. Même si le nombre exact de dimensions varie selon les théories, il existe un accord autour des cinq dimensions déjà identifiées en 1984 par K. Scherer. Ces dimensions suivent une séquence chronologique qui correspond au déroulement du processus émotionnel et au développement ontogénétique des capacités émotionnelles.

- Les deux premières sont l'évaluation de la nouveauté et de la valence :

Il y a-t-il quelque chose qui se passe dans l'univers phénoménal du sujet (quelque chose de nouveau, d'inhabituel, de soudain ou d'inattendu) et cette chose a-t-elle intrinsèquement une valence positive ou négative ? Notons que, dans les troubles anxieux, l'évaluation de non prévisibilité pour des événements négatifs est centrale.

- La troisième est l'évaluation du rapport entre ce qui se passe et les buts poursuivis par le sujet :

En d'autres termes, le changement dans l'univers phénoménal du sujet a-t-il une pertinence pour une de ses valeurs ou un de ses buts ?

- La quatrième dimension est l'évaluation du potentiel de maîtrise :

Une fois qu'un événement en rapport avec les buts/valeurs a été détecté, il reste à savoir quelles sont les ressources de l'individu pour faire face à celui-ci c'est-à-dire tirer parti d'une opportunité ou se protéger d'une menace, contourner ou supprimer un obstacle.

- La dernière dimension est importante pour certaines émotions spécifiques. C'est le rapport aux normes :

L'évènement inducteur de l'émotion est-il conforme aux normes et valeurs de l'individu ou du groupe auquel il appartient ?

Exemple de quelqu'un qui double la file d'attente et prend votre place alors que vous êtes pressé :

La colère prototypique est ainsi caractérisée par la survenue inattendue de quelque chose de négatif, qui fait obstacle à un but important poursuivi par le sujet, chose qui est due à l'action intentionnelle d'une autre personne et qui est non conforme aux normes.

- A quel niveau cognitif opèrent ces processus ?

Les processus d'évaluation peuvent se dérouler à des niveaux d'automaticité et de conscience très différents.

- L'évaluation émotionnelle automatique et non consciente :

Dans ce cas, le sujet de l'émotion n'est au mieux conscient que des conséquences de ces activations, notamment en termes de changements corporels ou comportementaux. Au niveau clinique, ces déclenchements automatiques de l'émotion sont typiques notamment des phobies, des attaques de paniques imprévues ou des phénomènes de reviviscence dans le stress post-traumatique.

L'évaluation émotionnelle automatique et inconsciente est déclenchée par deux types de stimuli : D'une part les stimuli inconditionnels, d'autre part, les stimuli conditionnés.

Concernant les premiers, différentes recherches ont montré que certains stimuli déclenchaient de manière innée des émotions, notamment des émotions centrales dans les troubles anxieux.

Les stimuli conditionnés ont acquis quant à eux le pouvoir d'induire une émotion suite à des expériences effectivement vécues par l'individu.

- L'évaluation émotionnelle consciente :

Elle repose sur des capacités cognitives plus complexes. Elle ne dépend pas nécessairement d'expériences antérieures. Il suffit que l'individu évalue consciemment la situation en fonction des dimensions présentées plus haut pour que l'émotion apparaisse. Par exemple, la lecture d'informations sur l'empoisonnement d'un lot de lait peut susciter la peur chez les consommateurs.

- Intégration des dimensions et niveaux cognitifs de l'évaluation

Il arrive très fréquemment que les évaluations soient effectuées en parallèle à un niveau automatique non conscient et à un niveau réfléchi et conscient. Des problèmes et une souffrance psychologiques peuvent survenir quand l'évaluation automatique ne correspond pas à l'évaluation réfléchie. C'est typiquement le cas dans les phobies où l'objet phobogène reçoit automatiquement une signification de menace ou de dégoût extrême, alors qu'à un niveau réfléchi, l'objet est évalué de manière bénigne.

2.2. Tendance à l'action

Un profil d'évaluation donné va automatiquement activer la tendance à l'action correspondante. Selon N. Frijda, les tendances à l'action sont des dispositions internes (ou leur absence) à accomplir certaines actions ou certains changements relationnels avec l'environnement. Les tendances à l'action sont donc l'activation, mais pas encore la réalisation, d'un script comportemental qui vise à changer la relation entre l'individu et son environnement. Elles amorcent les différents systèmes de l'organisme en vue de soutenir un certain type d'action.

Sur base de travaux abordant la phylogénèse et l'ontogénèse des émotions, N. Frijda a identifié huit tendances à l'action de base. Ces tendances seraient innées et apparaîtraient assez tôt dans le développement humain. Ensuite, elles évolueraient en se combinant et/ou en se modifiant en fonction des expériences de l'individu.

- La tendance à l'action de peur/panique qui mobilise toutes les ressources de l'individu pour échapper à un danger perçu.
- L'inhibition qui a des racines phylogénétiques profondes : en présence d'un danger potentiel, l'organisme se fige, inhibe activement tout mouvement et tout comportement.
- La tendance à l'action de rejet, centrale au dégoût constitue le noyau émotionnel de certaines phobies.
- La tendance à l'action d'agression : ces manifestations peuvent être notamment observées dans le stress post-traumatique où la personne traumatisée répond à l'anxiété par un comportement agressif.
- La soumission et la dominance qui jouent un rôle essentiel dans l'anxiété sociale.
- Les tendances au jeu
- L'approche positive

2.3. Réponses émotionnelles

Si la tendance à l'action est suffisamment activée, elle va donner lieu à des réponses émotionnelles observables.

- Aux niveaux expressif et comportemental

Les changements de l'expressivité faciale et de la posture peuvent faire l'objet des phénomènes de rétroaction qui amplifient la réponse émotionnelle. Le fait d'adopter une expression faciale, par exemple de peur, ou une posture reflétant une tendance à l'action, induit et renforce l'émotion correspondante de manière automatique. L'individu peut ainsi se retrouver pris dans un système de rétroaction où l'anxiété et la peur sont renforcées par ses propres réponses expressives.

- Au niveau physiologique

L'activation physiologique lors d'une émotion donnée peut avoir bien d'autres sources que cette émotion : L'activité physique qui a précédé ou des états émotionnels précédents. Toutes ces sources d'activation peuvent potentialiser l'intensité de la réponse émotionnelle sans que le sujet ne s'en rende compte.

- Au niveau cognitif

L'émotion influence profondément le mode de traitement de l'information. Il est maintenant bien établi que les états d'humeur négative induisent un traitement plus analytique et focalisé sur ce qui pose problème. Les états d'humeur positive en revanche, induisent un traitement plus holistique et plus créatif. Dans l'anxiété, des phénomènes de focalisation attentionnelle sur la menace ont été largement documentés. L'anxiété serait caractérisée par la capture attentionnelle par les stimuli menaçants et par des difficultés de désengagement de l'attention de ces stimuli.

V. La Régulation émotionnelle (6)(7)

Elle peut se situer trois niveaux :

- Un niveau intrinsèque, biologique et homéostatique ;
- Un niveau automatique plus ou moins subi et plus ou moins conscient ;
- Un niveau choisi, conscient et persistant.

Par exemple, dans la peur et l'anxiété, une régulation émotionnelle par l'évitement peut se retrouver au niveau de :

- L'évitement automatique de regard des stimuli visuels désagréables, chez tous les sujets (dont ils n'ont pas forcément conscience et que de toute façon ils ne peuvent contrôler) ;
- L'évitement moteur chez le sujet phobique (se sentir obligé de fuir ce qui fait peur) ;
- Les stratégies existentielles chez ces mêmes sujets (organiser toute sa vie en anticipant en fonction de ses craintes).

1. Mécanismes de défense de la personnalité

On désigne, sous cette terminologie, différents types d'opérations psychiques qui ont pour but la réduction des tensions psychiques internes et la protection de l'individu contre une émergence trop importante de l'angoisse.

Ces mécanismes inconscients ont donc tout d'abord un côté adaptatif, les défenses permettant au sujet de se protéger.

Cependant, ces mécanismes de défense peuvent devenir pathologiques :

- Soit parce qu'ils ne sont pas suffisamment efficaces, laissant émerger l'angoisse ;
- Soit parce qu'ils sont mal adaptés aux situations vécues par le sujet ;
- Soit encore parce qu'ils sont trop exclusivement du même type, le sujet se défendant toujours de la même manière, de sorte qu'il est entravé dans sa faculté d'adaptation. Il apparaît alors rigide, il manque de souplesse.

Ainsi les mécanismes de défense, s'ils sont suffisamment souples, arriveront à maintenir un équilibre émotionnel supportable par l'individu. Ils lui permettront de lutter contre ses problèmes et contre l'angoisse qu'ils suscitent. Chacun emploie donc régulièrement des mécanismes de défense de façon inconsciente et automatique pour soulager son anxiété.

Pour être schématique, on pourrait dire que les déceptions, les frustrations, les difficultés de la vie quotidienne provoquent une tension interne qui s'exprime par l'anxiété. Celle-ci entraîne les mécanismes de défense qui soulagent le sujet et lui permettent de retrouver un équilibre émotionnel.

1.1. L'évitement

Les évitements anticipés et les échappements situationnels sont omniprésents chez les patients anxieux : s'écarter d'un stimulus phobogène soulage dans l'immédiat, mais laisse toujours aussi démuni pour la fois d'après.

Au bout d'un moment, le patient finit par rationaliser bon nombre de ses évitements et les présente comme des choix de vie (le phobique social qui dit : « je n'aime pas les soirées, je m'y ennue, alors je n'y vais plus » plutôt que : « je fuis les soirées par peur qu'on remarque mes faiblesses »).

Ces évitements sont aussi retrouvés dans les dérèglements émotionnels de la tristesse, par le biais du mécanisme nommé affective forecasting (prévision fondée sur l'émotion) : les patients prédisent à l'avance qu'ils ne seront pas capables d'accomplir ce qu'ils ont à faire en se basant sur ce qu'ils ressentent dans l'instant. Se sentant démotivés et épuisés, ils renoncent à l'action ; alors que s'ils acceptent, souvent sur les conseils du thérapeute, de s'y engager, ils pourront s'apercevoir que celle-ci reste possible, même si elle est peu gratifiante.

1.2. Le refoulement

C'est un mécanisme essentiel qui consiste à rejeter dans l'inconscient des idées ou des désirs inacceptables pour le conscient.

Exemple : on ne gardera aucun souvenir conscient d'un évènement qui aura été particulièrement pénible.

1.3. Le déplacement

C'est le mécanisme par lequel on se détache des sentiments que l'on éprouve pour une personne ou un objet afin de les reporter sur une autre personne ou sur un autre objet.

Exemple : un homme ayant une vie conjugale insatisfaisante, ne pouvant admettre consciemment que son couple est un échec, déplacera son amertume envers sa femme sur toutes les autres femmes et deviendra misogyne.

1.4. La rationalisation

Le sujet trouve des raisons multiples, acceptables, mais extérieures à lui, pour expliquer ses difficultés, ses échecs ou ses comportements, sans réellement se remettre en cause.

Exemple : un étudiant rationalisera son échec à un examen en expliquant que le sujet était mal posé, que la correction était mal faite.

1.5. La compensation

Il s'agit de combattre un sentiment d'infériorité ou d'insuffisance par une attitude compensatrice.

Exemple : une personne qui accepte mal sa petite taille pourra prendre des attitudes tyranniques à l'égard de son entourage.

1.6. La sublimation

C'est un mécanisme qui consiste à dépasser des tendances inconscientes en les transformant en actes socialement acceptables.

Exemple : l'agressivité de nombreux individus est canalisée par le fait de regarder régulièrement des spectacles violents ou de pratiquer des sports de combat.

1.7. La régression

C'est le retour à des formes antérieures du développement donc à des modes plus infantiles de relation du sujet avec son environnement. Ainsi l'intéressé fonctionnera de façon prévalente avec un langage, un comportement et des centres d'intérêt qui rappelleront certaines caractéristiques du développement de l'enfance.

Exemple : lors de toute maladie fébrile bénigne, certaines personnes ont tendance à rester au lit et à ne s'alimenter que d'aliments liquides.

Autre exemple : il n'est pas rare d'observer chez l'enfant en bas âge, lors de la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur, une régression temporaire tant au niveau moteur qu'au niveau affectif.

1.8. La projection

C'est un mécanisme par lequel le sujet expulse de lui des pensées, des sentiments, des idées qui sont pour lui inacceptables et qu'il attribue à autrui.

Exemple : un sujet mal à l'aise dans une situation qui l'incommode, pensera que son entourage lui en veut et qu'il est responsable de ses déboires.

1.9. L'identification

C'est un processus formateur de la personnalité : l'enfant se trouve, tout au long de son développement, de multiples modèles d'identification pour se personnaliser.

C'est aussi un facteur essentiel de la formation et du fonctionnement de groupe homogène.

L'identification est un processus par lequel le sujet assimile un aspect de la personnalité d'autrui, ce qui va partiellement le transformer.

Exemples : l'élève imitera le professeur, l'enfant tirera parti des qualités de ses parents, l'adolescent trouvera un modèle d'identification dans un héros littéraire, politique ou cinématographique.

Les identifications peuvent prendre un caractère pathologique : ainsi un étudiant se mettra en situation d'échec parce que son propre père n'a pas eu les moyens de poursuivre des études.

1.10. Modifier son état mental ou corporel

La consommation d'alcool ou de tranquillisants, voire d'autres substances, est aussi une manière de réguler son état émotionnel, avec les coûts et les limites que l'on sait. Il est nécessaire de l'expliquer ainsi au patient : le fait de percevoir son recours à ces substances comme une forme d'automédication inadéquate représente parfois une forme de déculpabilisation, autrement dit, un soulagement émotionnel appréciable.

2. Stratégies thérapeutiques de régulation émotionnelle

2.1. Principaux concepts utiles au thérapeute et à son patient

Les concepts que nous allons développer de manière très simplifiée font partie de ce que pourrait être à l'avenir une éducation thérapeutique des patients anxieux.

- Les émotions

Les émotions sont des réactions automatiques et naturelles. L'être humain, comme tous les mammifères, est en quelque sorte « équipé en série » d'un logiciel de réactivité émotionnelle : nous n'avons pas besoin d'apprendre à avoir peur ou à nous mettre en colère ; mais l'environnement nous apprendra en revanche comment réguler nos peurs, à propos de quoi et de quelle façon on peut ou non exprimer sa colère, etc. Le déclenchement des émotions est automatique : seule leur régulation (intime ou sociale) est sous le contrôle relatif de notre volonté. Les émotions représentent ainsi une forme d'intelligence préverbale et préconsciente. Elles sont des structures préparées de réponses, intervenant de manière automatique dans le processus adaptatif. Depuis C. Darwin, nous savons que nous disposons d'une gamme d'émotions dites « fondamentales » innées et universelles, remplissant une fonction adaptative précise dont seule l'expression et la modulation mais non l'existence dépendent de l'environnement.

Cependant, la valeur adaptative des réactions émotionnelles est fortement altérée lors des troubles émotionnels (états dépressifs et anxieux), où les sujets ressentent des activations anormalement intenses et fréquentes de leurs émotions fondamentales : les déprimés souffriront de bouffées de désarroi et de tristesse hors de proportion, avec les

évènements qui les auront facilités, les phobiques pourront éprouver des attaques de panique (peurs violentissimes et incontrôlables) en l'absence de danger objectif.

Signalons enfin qu'il semble bien exister des dérégulations émotionnelles globales. En psychologie, par exemple, chez les « hypersensibles » ou « hyperémotifs », décrits par les cliniciens comme par les chercheurs.

- Les niveaux d'activation émotionnelle

Les émotions fondamentales, intenses et brèves ne sont pas ce que nous ressentons le plus fréquemment dans notre quotidien : les grandes frayeurs ou les grosses colères sont finalement (et heureusement) plutôt rares et nous sommes plus souvent habités par des états plus complexes mais non moins influents, des émotions subtiles, discrètes, comme les humeurs ou les émotions mixtes (se sentir à la fois triste et heureux, par exemple lors d'une cérémonie à l'occasion d'un changement de vie personnelle ou professionnelle). Discrètes dans leur intensité, ces mouvements cliniques émotionnels peuvent avoir des retentissements cliniques importants. Comme le notait François de La Rochefoucauld : « les humeurs du corps ont un cours ordinaire et réglé, qui ment et qui tourne imperceptiblement de notre volonté. Elles roulent ensemble, exercent successivement un empire secret en nous ; de sorte qu'elles ont une part considérable à toutes nos actions, sans que nous le puissions connaître. »

Les troubles liés aux émotions discrètes (se sentir souvent mélancolique, inquiet ou irritable) seront plus souvent en cause dans des pathologies moins sévères, ou lors de difficultés d'ajustement. Mais leur importance est majeure dans la notion de « bien-être subjectif » chez les sujets vulnérables. D'où la multiplication récente des recherches sur les émotions dans le cadre de la psychologie positive (comment aider les individus à construire ou renforcer leur équilibre émotionnel et psychologique), mais aussi dans celui de la psychiatrie préventive (comment éviter les récurrences chez les personnes ayant présenté un trouble émotionnel, état dépressif ou anxieux sévère).

Le tableau suivant regroupe les émotions fondamentales et les humeurs dérivées chez l'être humain :

Tableau 17. Emotions fondamentales et humeurs dérivées chez l'être humain

Emotion fondamentale	Déclencheur	Fonction évolutionniste de l'émotion fondamentale	Emotions dérivées appartenant au même spectre	Fonction des émotions dérivées
----------------------	-------------	---	---	--------------------------------

Colère	Frustration actuelle ou anticipé	Intimider les adversaires éventuels pour économiser un conflit	Irritabilité, agacement, hostilité, « mauvaise humeur »	Dissuader les contacts et les interactions potentiellement conflictuelles (« ne me cassez pas les pieds aujourd'hui »)
Tristesse	Perte	Attirer aide, soutien et empathie, alors qu'on est en détresse Se mettre en mode « économie d'énergie »	Spleen, mélancolie, nostalgie, morosité	Signaler au sujet l'existence d'un problème (pas forcément conscient ou accepté)
Peur	Danger actuel ou potentiel	Amplifier les réactions adaptatives (combat, fuite ou immobilisation) face à un danger avéré	Inquiétude, anxiété, sentiment d'insécurité...	Augmenter la vigilance pour mieux surveiller l'approche d'un danger éventuel
Joie	Succès, reconnaissance	S'auto récompenser, renforcer le lien avec les autres	Bonne humeur, plaisir, satisfaction, soulagement...	Augmenter créativité, altruisme et motivation à agir Elargir son focus attentionnel pour le repérage de nouvelles ressources
Honte	Echec social	Se faire oublier	Embarras, gêne, culpabilité...	Eviter dans l'avenir une nouvelle confrontation à la même situation

- Les troubles anxieux modélisés comme des troubles de la régulation émotionnelle

On peut modéliser pour les patients leur trouble anxieux sur un registre émotionnel : le problème ne vient pas de leurs réactions émotionnelles mais de leurs perturbations (réactions trop intenses dans l'attaque de panique, trop prolongées dans les ruminations) et

des stratégies inadaptées pour les moduler : pas de stratégies (on subit) ou excessives (bloquer les ressentis) ou coûteuses (fuir ou se droguer).

L'intérêt de cette modélisation pour les patients est multiple, elle permet par exemple de :

- Les déculpabiliser par rapport au fait qu'ils sont confrontés à des phénomènes quasi biologiques et qu'il est donc inutile de porter des jugements de valeur à ce propos (on ne juge pas un asthmatique coupable de ses crises, ou inférieur aux autres êtres humains, du fait de celle-ci) ;
- Leur rappeler qu'il n'est pas anormal de ressentir ces mouvements émotionnels, et que c'est simplement leur excès (en intensité ou en durée) qui représente le problème et la cible des interventions thérapeutiques ;
- Et que, de ce fait, l'objectif des efforts à conduire va davantage dans le sens d'une régulation que d'une suppression totale et définitive ; à ce titre, le fait qu'il y ait des « retours » d'anxiété ou de déprime ne signifie pas une défaillance du patient ou de la thérapie, mais rappelle juste qu'il s'agit d'une vulnérabilité chronique face à laquelle des efforts eux aussi « chroniques » doivent être mis en place sous forme d'une modification du style de vie et des habitudes quotidiennes (tout comme ce qui est demandé à un patient hypertendu ou diabétique).

Il apparaît impossible aujourd'hui, au vu de l'émergence de nouvelles données de psychologie des émotions, de négliger la régulation émotionnelle dans notre prise en charge des troubles anxieux. La qualité de vie de nos patients, notamment sur le long terme et en matière de prévention des rechutes, doit désormais inciter à intégrer psychoéducation spécifique et gestion des émotions aux soins.

CHAPITRE 2 : LES THERAPIES BREVES DANS LE TROUBLE ANXIEUX

I. Les thérapies brèves

1. Histoire et présentation (19)(20)(21)

L'histoire des thérapies brèves est très récente puisque cette aventure n'a débuté qu'après la seconde guerre mondiale. Le courant des thérapies brèves s'inscrit dans la généalogie de la psychothérapie, même s'il s'en démarque en plusieurs points. « Il en est certainement de même en psychothérapie. Nous nous dressons sur les épaules de ceux qui nous ont précédés, non pas en travaillant dans le moule qu'ils ont coulé, mais en comprenant le fonctionnement de leurs conceptions » (Short, 2009).

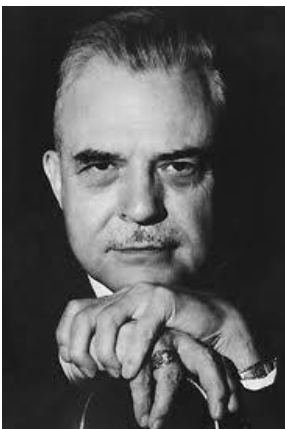
1.1. Gregory Bateson (1904-1980)



Gregory Bateson(20)

Grégory Bateson était un anthropologue, psychologue et épistémologue américain. Initialement voué à la zoologie, il est très tôt influencé par la cybernétique, la théorie des groupes et la typologie logique (Russel, Whitehead, 1910) et contribuera à de nombreuses études sur la communication humaine et animale ; ses travaux de recherches ont été conduits auprès de peuples d'Indonésie (Baining) et de Nouvelle-Guinée (Iatmul). « La Cérémonie du Naven » (1936) posa les premières bases de la systémie en soulignant l'influence des processus intra et interpersonnels dans les interactions entre individus. Il participa avec Margaret Mead dans les années 1940-1950 aux conférences Macy qui seront à l'origine du courant cybernétique et des sciences cognitives.

1.2. Milton Hyland Erickson (1901-1980)



*Milton Hyland
Erickson(21)*

Milton Hyland Erickson était psychiatre et psychologue à Phoenix (USA) connu pour son apport majeur en hypnose thérapeutique. Il revisite les points essentiels de l'hypnose (langage, dissociation, place de l'inconscient, stratégies d'intervention...) afin de proposer un mode d'accompagnement relationnel, mobilisateur des ressources inconscientes de chaque sujet et ce, à partir de techniques et de stratégies non directives et utilisationnelles (métaphores, langage d'influence, marquages analogiques, mobilisation des apprentissages antérieurs...). Milton H. Erickson, qui sera très proche de Gregory Bateson contribuera à nourrir les

travaux de recherche de l'école Palo Alto sur le versant de l'approche thérapeutique stratégique.

1.3. La cybernétique

La cybernétique, du grec kubernes, est l'action de diriger, de gouverner. Le Mathématicien Norbert Wiener (1947) sera le premier à proposer ce terme et ouvrir un champ de recherche qui influencera les sciences cognitives, l'intelligence artificielle, le constructivisme radical et la psychologie. La cybernétique centre ses recherches sur les interactions entre les systèmes opérationnels et les systèmes de contrôle régi par des processus de rétroaction ; on peut alors définir la cybernétique comme la science des systèmes autorégulés.

1.4. L'école de Palo Alto

L'école de Palo Alto est née à partir des travaux de recherche de Gregory Bateson dans les années 1950 en Californie. Ecole de pensée à l'origine de la thérapie familiale systémique et des thérapies brèves, elle s'est structurée autour de chercheurs comme Gregory Bateson, Donald D ; Jackson, John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch, William Fry, Paul Watzlawick, Virginia Satir...Influencés par les travaux de la cybernétique lors des conférences Macy, par l'approche thérapeutique de Milton Hyland Erickson et les propositions théoriques de Bertrand Russel, ils vont se centrer sur l'étude de la communication chez les schizophrènes, les interactions et régulations au sein d'une famille, mais aussi la notion de paradoxe ; à l'école de Palo Alto, c'est la solution qui pose problème (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975) : il s'agit alors de rechercher ce qui le maintient, afin qu'une nouvelle organisation se dessine. Un groupe de recherche sur les processus thérapeutiques se constitue dès 1959 (Mental Research Institute) sous l'égide de Donald D. Jackson. Puis, à partir de 1965, sera créé le centre de thérapie brève au sein du MRI par Richard Fisch, rejoint par Paul Watzlawick et John Weakland.

1.5. Le constructivisme

Le constructivisme comme théorie de l'apprentissage s'oppose aux théories des behavioristes fondées sur les notions de stimulus-réponse et non sur l'appréhension et l'intégration de la réalité externe en vue d'installer un apprentissage. Là où l'attention était portée sur la réponse à un stimulus externe répété (le chien salive lorsqu'il entend la cloche retentir) la démarche constructiviste se centre sur le processus actif d'apprentissage en appui sur les éléments antérieurement intégrés (arrivée du maître avec la gamelle, alimentation, repérage olfactif des aliments...). Ce paradigme se centre ainsi sur l'étude des mécanismes et des processus à l'origine de la continuelle reconstruction (restructuration et re-conceptualisation à partir de l'expérience) de la réalité individuelle par un sujet-acteur.

Les notions de carte (façon singulière dont on se représente une situation à partir de nos croyances personnelles) et de territoire (caractéristiques formelles d'une situation), de cartes adaptées ou périmées (ajustement ou inadéquation de nos croyances par rapport à un évènement) et de construction de problèmes (mécanismes et stratégies répétitifs l'origine du problème) seront certaines des idées centrales portées par l'approche constructiviste.

1.6. Le MRI

En 1959, Donald D. Jackson fonde le Mental Research Institute (MRI) afin d'appliquer les conceptions développées au sein de l'école Palo Alto. Il introduit la cybernétique en psychothérapie et insiste sur les effets d'équilibration (homéostasie) d'un système familial à partir de la maladie d'un de ses membres. La pathologie est alors pensée comme une réponse adaptative d'un individu à la structure familiale face à laquelle l'intervention systémique vise à dégager l'organisation interne du système familial, les finalités, les phénomènes de régulation et de rétroaction...En 1967, au sein de cette structure, Paul Watzlawick, Richard Fisch et John Weakland créent le Brief Therapy Center (centre de thérapie brève) qui se consacre à la résolution de problèmes relationnels répétitifs ou paradoxaux et en particulier dans le travail thérapeutique avec les familles ; naissent alors les premières thérapies systémiques brèves.

1.7. L'école de Milan

Dans les années 1970, Mara Selvini Palazzoli et son équipe de recherche se centrent sur l'étude des prescriptions de tâches adressées à des familles, ainsi que sur les effets des commentaires paradoxaux (Selvini Palazzoli, 1978).

Cette approche stratégique vise à permettre à la famille de passer d'une histoire actuelle agissante et limitante vers des récits nouveaux et ce, à partir des modifications des représentations familiales aux cours des séances de thérapie familiale (jeux et sculptures du couple ou de la famille, figurations graphiques...)

1.8. Le courant stratégique

Inspiré par les travaux de l'école Palo Alto, et de Milton H. Erickson, Jay Haley développe la « thérapie stratégique ». Le but de cette approche étant la transformation du système familial au niveau de la structure des interactions entre ses différents membres et non uniquement ou directement la disparition du symptôme présenté par le groupe familial qui vient consulter. Les positions théoriques et techniques de Jay Haley (1980, 1984) influenceront grandement les travaux de recherches des théoriciens des thérapies brèves.

2. Le cadre de référence (19)

Ce qui différencie principalement les thérapies brèves des thérapies psychodynamiques, c'est le type de cadre de référence conceptuel. On peut en effet parler de changement de paradigme : ce n'est plus l'inconscient qui est l'objet de toutes les attentions du thérapeute, mais les interactions du sujet avec son environnement. Ceci dit, il convient de se rappeler que la théorie est une chose et la thérapie en est une autre.

2.1. Causalité linéaire vs circulaire

Si la causalité linéaire peut se définir en terme de cause à effet (une chute est cause d'une fracture ; un virus est cause d'une épidémie), la causalité circulaire établit qu'un évènement initial occasionne un effet qui va en retour donner un sens à l'évènement de départ (des difficultés professionnelles peuvent amener des parents à être moins disponibles à l'égard de leurs enfants qui peuvent à leur tour désinvestir la sphère scolaire et conduire leurs parents à porter de nouveau leur attention sur eux suite à une interpellation des enseignants) ; s'il n'est pas possible d'agir sur cet évènement, on peut par contre en modifier

le sens par le recours à un recadrage. La causalité circulaire se fonde sur la réciprocité des actions et des influences entre les différents éléments d'un système se transformant continuellement (un mari dominateur et violent – une épouse soumise et effrayée qui s'alcoolise progressivement - la réunion d'équipe hebdomadaire ne débute jamais à l'heure prévue – les participants arrivent en retard).

2.2. Théorie de l'iceberg vs théorie du bouchon

La « théorie de l'iceberg » caractérise les approches thérapeutiques causalistes et articulées autour de l'existence d'une cause inconnue directement ou inaccessible. La métaphore de l'existence d'une partie émergée de l'iceberg représente le symptôme autour duquel s'articule la plainte du patient ; cette plainte est consciente. Quant à la partie immergée, dite inconsciente et qui intéresse le thérapeute, elle contient le « vrai problème » dont le traitement des causes, grâce à un processus cathartique, permet de libérer le sujet de son symptôme. Dans cette optique, le symptôme est la manifestation d'un dysfonctionnement plus profond et inaccessible directement. La focalisation sur le symptôme et sa résolution, sans avoir découvert « le vrai problème », est pensée comme superficielle, inefficace et non avenue, elle ne pourra conduire qu'au déplacement du symptôme. Par ailleurs, la résolution rapide du symptôme est considérée comme un mécanisme de défense (la fuite dans la bonne santé), une tentative d'éviter de toucher aux zones douloureuses du psychisme (psychanalyse freudienne).

La « théorie du bouchon » (Doutrelugne, Cottencin, 2008), qui prévaut dans l'approche systémique, utilise la métaphore d'un bouchon qui flotte, et sous lequel il n'y a rien. Selon cette vision « le problème est le problème », ce qui conduit le thérapeute à viser directement la disparition du symptôme. Dans cette logique, le changement est envisagé comme durable et le déplacement du symptôme est considéré comme une exception : « Lorsque l'on enlève une pelure d'oignon, si une nouvelle apparaît, ce n'est la première qui s'est déplacée, c'est une autre, qui était dessous ». De plus le symptôme est pensé comme une solution qui donne du sens dans un contexte relationnel particulier.

2.3. Mauvaise compréhension, tentative de solution, renforcement

Le modèle en trois étapes présenté par Lucy Gill (2006) explique la genèse de la souffrance psychique. Au commencement, l'homme interprète son vécu à l'aune de ses expériences passées et de ses croyances, c'est-à-dire en fonction de sa carte du monde. Cette interprétation, basée sur sa représentation du monde (carte) et non sur la réalité (territoire), le conduit à une mauvaise compréhension de ses problèmes et de ses difficultés dans son rapport au monde, à lui et aux autres. C'est en appui sur ce biais cognitif qu'il va mettre en œuvre une tentative de solution, qui sera inefficace à résoudre son problème (car reposant sur des prémisses erronées). Devant l'inefficacité de cette tentative de solution, et au lieu d'en prendre acte, l'individu va poursuivre sa stratégie de façon répétitive et majorée ; ainsi se renforce la solution inefficace et s'amplifie le problème. C'est ce cycle répétitif et inchangé, dans sa structure profonde, qui a conduit les thérapeutes du MRI de formuler le célèbre adage : « plus ça change, plus c'est la même chose » et mettre en exergue le renforcement du système par un mécanisme d'auto-entretien.

2.4. La notion de changement

Gregory Bateson et son équipe se sont particulièrement intéressés à la question du changement, distinguant deux niveaux successifs (type 1 vs type 2) :

- Le changement de type 1 qui est basé sur la généralisation (élargissement du cadre d'application) et le transfert d'apprentissage (apprendre à apprendre). Ce type de changement intervient à l'intérieur du système et maintient l'homéostasie de celui-ci. L'exemple est l'accélération et la décélération lors de la conduite d'une voiture.
- Le changement de type 2 consiste en une modification des prémisses afin de générer des comportements nouveaux (apprendre à apprendre). Il s'agit, à ce niveau de changement, d'une relecture de la réalité qui induit une transformation du système. L'exemple est le changement de vitesse lors de la conduite d'une voiture. Ainsi, nous pourrions dire que le changement de type 2 se situe à un niveau conceptuel et d'apprentissage supérieur (niveau méta ; apprendre à apprendre) au changement de type 1. « Un système qui passe par tous les changements internes possibles (quel que soit leur nombre) sans effectuer de changement systémique, c'est-à-dire de changement 2, est décrit comme étant prisonnier d'un jeu sans fin. Il ne peut pas engendrer de l'intérieur les conditions de son propre changement ; il ne peut pas produire les règles qui lui permettraient de changer les règles. » (Watzlawick, Weakland, Fish, 1975).

3. L'esprit des thérapies brèves (19)

3.1. Les principes

Les principes en thérapies brèves sont les règles de conduites suivies par le thérapeute reposant sur les fondements théoriques propres à ce paradigme théorico-clinicien. Ils concernent principalement les directions et les opérateurs sur lesquels le thérapeute doit focaliser son attention afin d'accompagner le changement à son niveau optimal et écologique.

- Le principe de focalisation sur le patient

En thérapie brève la notion de focalisation sur le patient est un principe central visant à souligner que la personne la plus importante de la consultation est le patient, et non le thérapeute avec ses pensées et ses croyances.

De façon générale nous pourrions dire que le patient est le véritable acteur du changement car il connaît la problématique mieux que quiconque et il est le seul à pouvoir la décrire de telle manière que la solution émerge.

Par ailleurs, la focalisation sur le patient permet au thérapeute de prendre en compte et de respecter la théorie du patient, c'est-à-dire la manière singulière dont il se représente le monde (carte du monde), ce qui constitue un puissant opérateur de changement.

Enfin, la prise en compte de la théorie du patient renforce l'alliance et favorise la collaboration.

- Le principe de focalisation sur la demande

Une autre manière de respecter le patient dans ses choix et ses valeurs est de se focaliser sur la demande qu'il présente et soutient. Il s'agit alors pour le thérapeute d'accompagner l'interruption « d'un système-problème » et de permettre que s'installent des « systèmes-solutions » ; ce qui a pour conséquence de renforcer l'alliance, la

collaboration et au patient de se sentir profondément entendu, considéré comme acteur disposant de compétence et respecté dans ses choix et ses valeurs. Enfin, la focalisation sur la plainte du sujet assure au thérapeute de travailler sur un objectif limité, c'est-à-dire précis, personnel, réaliste et atteignable dans une durée limitée.

Selon R. Neuburger (2003), la demande possède trois éléments : le symptôme (qui porte le problème ?) la souffrance (qui souffre ?) et l'allégation (qui fait les démarches pour obtenir l'aide ?).

L'analyse de la demande permettra notamment de déterminer les attentes et les craintes des différents acteurs, mais aussi l'objectif du mandat, le rôle, le cadre, et enfin les limites de l'intervention du mandataire.

- Le principe de focalisation sur l'objet de la thérapie

Il permet de garder présent à l'esprit l'orientation et la destination visées par la thérapie et de définir précisément l'objectif souhaité par le patient si celui-ci n'est pas réaliste ou hors du cadre de la thérapie, afin parfois de la réorienter vers d'autres professionnels.

La thérapie n'a pas pour vocation première de mieux se connaître, ni de développer de nouvelles compétences ou de mettre à jour un certain potentiel, ni même d'atteindre le bonheur.

- Le principe de focalisation sur le présent

En thérapies brèves, la focalisation de l'attention se porte davantage sur ce qui maintient le problème dans le présent, que sur la recherche de sa cause dans le passé sans pour autant nier l'importance de celui-ci.

Par exemple, toute tentative de réassurance d'un patient phobique entretient la nature anxiogène de l'objet de sa phobie. De même, les messages d'encouragements adressés à une personne dépressive la confortent dans son inadaptabilité sociale ou professionnelle.

- Le principe de focalisation sur « ce qui est »

Le principe de focalisation sur ce qui est rejoint les deux points précédents. Selon ce principe, le thérapeute est invité à focaliser son attention sur ce que le patient amène en séance et sur ce qui est disponible dans le présent (centres d'intérêts, ressources, activité professionnelle, situation familiale...).

- Le principe de focalisation sur les composantes de la plainte

La plainte peut être décomposée en plusieurs éléments appelés « composantes de la plainte ». Parmi ses composantes, citons notamment : les personnes impliquées, le lieu, le moment, la durée, la fréquence, les schémas comportementaux et le contexte... Ils caractérisent, structurent la plainte et permettent au thérapeute d'accompagner le patient à comprendre « qui fait quoi, et comment ? » ainsi que « ce qui pose problème ». En s'appuyant sur une métaphore, nous pourrions dire que le problème est une table de mixage et que les curseurs sont les composantes de la plainte. La thérapie consisterait alors à accompagner le patient à déplacer les curseurs, c'est-à-dire à modifier uniquement certains éléments de la plainte pour obtenir les effets voulus, c'est-à-dire un ajustement de la situation dans le sens plus écologique.

Par exemple, en demandant à un couple d'aller se disputer dans la salle de bain ou à un jeune de se ronger les ongles à heure fixe, on modifie légèrement les composantes de la plainte, mais suffisamment pour introduire une perturbation dans le schéma de l'organisateur.

- Le principe de focalisation sur le processus

Il consiste à transformer le problème amené par le patient (la plainte, le contenu) en un système interactionnel et dynamique sous-tendu par un processus central (les composantes de la plainte et les schémas comportementaux, le processus).

Par exemple, alors que le sujet « raconte son histoire » et explique pourquoi il est déprimé, le thérapeute va s'intéresser au comment il participe à l'entretien de sa dépression. La focalisation sur le processus conduit vers un repérage rapide et précis des éléments et des parties du système qui entravent son bon fonctionnement.

3.2. La position clinique

De même que le cadre proposé par le thérapeute est une structure d'étayage, de mobilisation de processus psychiques et de contention des états émotionnels, la position clinique du thérapeute (façon d'être dans la rencontre au plus proche du patient et de sa souffrance) est un pilier de la réorganisation, favorisant un dégagement des interactions dysfonctionnelles, une mobilisation des ressources disponibles, un autre regard sur la situation actuelle et la création d'un autre mode de relation à soi, aux autres et au monde. La position clinique rendue possible par la conjonction de plusieurs facteurs : la présence bienveillante, la position basse, l'intervention stratégique, l'alliance, la construction des buts et la vision du changement.

- La présence bienveillante

Le premier pilier de la position clinique est le type et la qualité de présence du thérapeute. Celle-ci se manifeste par un exercice aigu de l'écoute active qui se caractérise par un état de disponibilité total à la relation, à l'autre, à soi et au monde. Cette disponibilité n'est possible que par une centration du thérapeute sur « l'ici et maintenant » de la séance (principe de focalisation sur le présent).

- La position basse

C'est une position de disponibilité et de service à l'autre qui consiste à adopter « l'esprit du débutant » et dont le leitmotiv est « ne pas savoir et d'être curieux des possibilités » de manière à laisser au client la « position d'expert » de son problème.

Le thérapeute doit laisser le patient aller à son rythme vers sa propre destination souhaitée, afin de laisser son patient avancer à son rythme vers sa propre destination, en trouvant les solutions les plus justes pour lui, c'est-à-dire les siennes.

- L'intervention stratégique

Nous pourrions définir le modèle d'intervention des thérapies brèves sous le sigle ABC. L'intervention thérapeutique commence par la nécessité de créer une alliance relationnelle (A). Pour cela le thérapeute doit prendre en compte la typologie du patient (visiteur, plaignant, acheteur), ses modalités de fonctionnements (cadre de référence, croyances,

processus...) et s'y ajuster en faisant preuve d'écoute empathique et de présence. Il peut ensuite collaborer avec lui afin de définir un but (B) à la thérapie ; pour cela il peut s'appuyer sur la question miracle, les questions sur les résultats attendus et la détermination d'objectif. Ce n'est qu'alors que le patient et thérapeute peuvent s'engager dans les changements (C) processuels comportementaux, cognitifs et émotionnels visant à introduire « quelque chose de différent » dans le système dysfonctionnel.

- L'alliance

Au commencement, le thérapeute construit l'alliance thérapeutique. Pendant cette première étape, il recourt essentiellement à l'écoute active pour permettre au patient d'exprimer sa plainte, de se sentir entendu dans sa souffrance et dans son insatisfaction. A ce stade du processus thérapeutique, « le questionnement orienté solution » serait prématuré et vécu comme intrusif par le sujet. C'est grâce à une écoute bienveillante que le sujet va s'engager plus avant la démarche thérapeutique et passer progressivement de la position de « visiteur » ou « plaignant » à celle « d'acheteur », c'est-à-dire qu'il va augmenter son niveau d'implication dans le processus thérapeutique. Durant toute la séance et les suivantes, le thérapeute veillera à la qualité de l'alliance et visera à la renforcer tout au long du processus thérapeutique.

- Le but

Cette étape sert généralement à la clarification du problème et à la formulation d'un objectif. Elle est aussi cruciale que la précédente, et se construit à partir de deux piliers : la compréhension du problème et l'élaboration de la solution. L'objectif est le résultat visé (disparition du symptôme, réorganisation du système et de l'écologie interne) alors que le but est le bénéfice attendu (mieux-être).

- La compréhension du problème par le thérapeute est liée à une écoute active de qualité qui permet aux deux interlocuteurs de comprendre les enjeux et les processus de la difficulté décrite. Elle est surtout un moyen de poser un regard différent de celui porté jusqu'alors (changement du cadre de référence qui permet d'appréhender la situation d'une manière plus large et donc plus constructive) afin que soient mobilisables les ressources dont le patient dispose. La compréhension du problème permet de répondre aux deux questions suivantes : « qu'est-ce qui motive cette personne à consulter maintenant ? » et « qu'est-ce que le sujet a tenté de faire jusqu'à présent pour résoudre son problème ? ». La réponse à la première question permettra au patient de dégager un axe prioritaire à l'intérieur de sa « situation-problème » et de prendre conscience du caractère systémique de la situation. La réponse à la deuxième question mettra en exergue l'inefficacité des solutions tentées et la nécessité de s'engager vers des pistes de solution nouvelles et différentes.
- L'élaboration de la solution s'appuie sur la prise en compte des deux types d'objectifs propres au processus thérapeutique : l'objectif de la séance et celui de la thérapie. L'objectif de la séance est instrumental alors que le second est final. La spécificité des thérapies brèves est de considérer chaque séance comme unique, c'est-à-dire qu'elle

est à la fois la première et la dernière ; ce qui amène que ces deux objectifs soient confondus.

L'élaboration de la solution est rendue possible par le questionnement que soutient le thérapeute vis-à-vis des résultats attendus par le client au terme de la séance et de la thérapie. Cette étape de travail se poursuit par la recherche d'exceptions au problème, conduisant alors le patient à se focaliser sur les éléments de la solution déjà présents et disponibles dans sa situation. Enfin, le thérapeute va recourir aux questions à échelle afin de permettre au client et à lui-même de mesurer subjectivement la situation actuelle et repérer les progrès déjà accomplis et ceux à découvrir.

- Le changement

Le changement en thérapies brèves consiste à faire quelque chose de différent de ce qui entretient le problème tout en veillant à continuer de « faire davantage ce qui fonctionne ». Il ne s'agit en aucun cas de mettre en place une « ultra solution » (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975) qui consisterait à se débarrasser du problème au lieu de le résoudre.

Le rôle du thérapeute consiste à aider le patient à recadrer sa problématique et à changer de focale, puis à amplifier les éléments de la solution (faire plus de ce qui fonctionne).

Ces changements, pour qu'ils soient durables, s'appuient, en thérapie brève, sur la mise en place de deux types successifs d'actions. La première consiste en une déconstruction du problème basée notamment sur des recadrages, l'accès à une vision synchronique, mais aussi les questionnements des interactions, l'arrêt des scénarios répétitifs (tentatives de solutions inadaptées qui renforcent le problème). Par exemple, rassurer un anxieux et le protéger confirme et majore son anxiété en retour puisque ce comportement présuppose l'existence d'un danger ainsi que l'incompétence du sujet : on voit comment une tentative de solution nourrit le problème au lieu de le résoudre. La seconde est centrée sur la construction de solutions nouvelles et écologiques à partir de changements comportementaux (nouvelles façons de faire) ou cognitifs (nouvelles façons de voir).

4. La méthodologie (19)

4.1. Les différents types de patients

Le travail psychothérapeutique confronte le praticien à définir la position dans laquelle se trouve le client qu'il reçoit afin de préciser ses motivations et, ce faisant, le type de stratégie interactionnelle à soutenir dès la première rencontre. L'approche des thérapies brèves distingue trois positions nommées respectivement : le visiteur, le plaignant et l'acheteur. Elles sont caractéristiques du type de motivation et du type d'engagement possible de celui-ci dans le processus de changement. Ces positions peuvent varier dans le temps selon les stratégies proposées par le thérapeute.

- Le visiteur

Le visiteur ne vient qu'en réponse à une injonction judiciaire, professionnelle ou familiale formulée en son endroit (« C'est X qui m'a dit de venir.... »). Le patient ne fait pas sienne la décision de consulter et méconnaît ou refuse de reconnaître les problèmes qui sont mis en avant par ses commanditaires. Son mode d'engagement passif (non concerné) ou agressif

(revendication) est teinté d'une tonalité persécutive, et sa motivation au changement est nulle ou très faible. Le travail de contractualisation, d'observation de la situation et de triangulation constitue certaines des pistes pouvant ouvrir sur un engagement relationnel puis thérapeutique.

- Le plaignant

Il se perçoit comme la victime d'un autre protagoniste ou d'une situation qu'il vit comme à l'origine de sa souffrance actuelle (« je viens vous voir parce que mon mari boit, et je voudrais qu'il arrête... »). Sa motivation au changement est très faible, voire nulle et son mode d'engagement est pseudo-passif en ce qui le concerne, mais sur actif par rapport à cet autre qui le fait souffrir et dont il voudrait voir changer les comportements et les dires. L'intervention paradoxale (plaindre le plaignant), la résistance du thérapeute et l'augmentation du symptôme font partie des pistes favorisant une internalisation du problème et un engagement personnel vers le changement.

- L'acheteur

Il est conscient de sa participation active au maintien du problème pour lequel il vient consulter (« je ne peux m'empêcher de jouer aux jeux ; je ne veux plus... »). Sa motivation au changement et son engagement dans le dispositif thérapeutique sont forts et qu'il devra modifier ses comportements, ses processus de pensée, ses mécanismes de défense... Il est prêt à cela mais ne sait pas comment s'y prendre.

4.2. L'écoute active

La notion d'écoute active se situe au cœur du travail d'accompagnement relationnel et constitue un pilier de l'espace thérapeutique. Elle s'inscrit dans un processus de communication d'influence mis en place par les différents interlocuteurs d'un échange. Elle permet à celui qui parle de « s'entendre dire » en recevant un feed-back verbal ou comportemental et à celui qui écoute de faire preuve d'empathie et d'ajuster ses interventions verbales.

L'écoute active tient compte des paramètres et contenus verbaux et non verbaux ainsi que de leur congruence pour appréhender le message adressé, dénouer les transactions cachées (messages paradoxaux, messages symbiotiques...) et restreindre les lectures de pensée. Par la distinction entre observation, notation et interprétation qu'elle suppose, l'écoute active rend possible la définition plus précise de l'objectif de l'interlocuteur et des moyens pour s'en approcher au plus juste.

4.3. De la plainte à la demande

La mise en travail de l'objet de la plainte (ce qui l'a conduit à consulter) va permettre que s'ouvre le champ de la mise en forme et en mouvement de la demande de changement. Ce temps d'élaboration lors de la première séance (passage de la plainte à la définition du problème) est la condition sine qua non à la définition d'un objectif réaliste, précis et atteignable (que veut-il vraiment changer ?) et le préalable à la mise en place du processus de changement thérapeutique. Ce premier temps de travail se construit autour de la définition précise des motifs de consultation, mais aussi des enjeux interactionnels et de l'écologie du système, et enfin des paradoxes sclérosants ; l'écologie étant entendue comme, la prise en compte des conséquences du changement dans un système et ouvrant

aux notions « d'intention positive » d'un symptôme, d'un comportement ou d'un processus. De plus il s'appuie tout particulièrement sur la détermination d'un objectif que le patient souhaite voir se réaliser. La détermination et la construction de cet objectif précis, atteignable, dépendant de soi et réaliste, s'élaborent à partir d'un questionnement donnant l'occasion au thérapeute de repérer les mécanismes de fonctionnement de son interlocuteur (processus mentaux, croyances, cadres de références...) ses ressources, les échecs rencontrés, mais aussi les solutions mise en place et leurs résultats, les obstacles rencontrés et à venir, et enfin les inconvénients au changement, le paradoxe opérant, les étapes vers le changement et le premier petit pas.

4.4. Faire SIMPLE

La thérapie brève ne cherche pas à développer de grandes théories, elle se veut éminemment pragmatique et clinique. C'est pourquoi son leitmotiv est de faire SIMPLE (solution interactionnelle, minimal-maximal, possibilités, langage existant) pour reprendre l'acronyme utilisé par Paul Z. Jackson et Mark Mc Kergow (Jackson et Mc Kergow, 2002).

- Se focaliser vers la (S)olution

Ce qui guide le thérapeute, c'est davantage la construction de la solution que la compréhension des causes du problème pour tenter de résoudre celles-ci.

- Définition (I)nteractionnelle du problème

D'un point de vue systémique, ce n'est pas le sujet qui est dysfonctionnel mais plutôt les interactions qu'il entretient avec son environnement. Par conséquent, le thérapeute va chercher à obtenir une définition interactionnelle de son problème et permettre que soit prise en compte la totalité des composantes de la plainte et que le client parvienne à une description la plus factuelle possible.

- Intervention (M)inimale, l'impact (M)aximal

Les patients qui viennent consulter un thérapeute se trouvent en difficulté, en échec, ou bloqués dans leur vie ; situation complexe et statique face à laquelle le thérapeute propose d'ouvrir des pistes nouvelles (éclaircissement, réussite, reprise du mouvement). En thérapie brève, la démarche est d'inviter le client à explorer une nouvelle façon minimale de voir ou de s'y prendre dans la situation, qui ne peut conduire que vers un changement de « niveau un » ou, mieux encore, de « niveaux deux ».

- S'ouvrir aux (P)ossibilités et présupposer le succès

Selon une étude menée par Ted P. Assay et Michael J. Lambert (1999), 40 % des facteurs explicatifs du changement en thérapie sont liés au client, 15% aux espoirs et attentes, 30% à des facteurs relationnels et 15% à des modèles et techniques (Duncan et Miller, 2009). Ce qui signifie que la plus grande partie des facteurs explicatifs du changement se trouvent chez le client (40%) et que le rôle du thérapeute va être d'aider le patient à mobiliser ses ressources. Ainsi donc, il devra davantage s'appuyer sur l'alliance (facteurs relationnels) et sur la confiance dans l'issue de la thérapie (espoir et mobilisation des ressources personnelles) que sur ses modèles théoriques. Pour activer ce sentiment d'espoir, créer des attentes positives et transformer l'impuissance apprise en optimisme, le thérapeute pourra notamment effectuer des recadrages stratégiques, élargir le champ des possibilités,

rechercher des exceptions, ou encore présupposer le changement en maniant subtilement l'art du langage (la parole) : «et je me demande, d'ici notre prochaine séance, comment vous allez pouvoir observer quels sont certains des changements qui vont commencer à s'installer dans votre situation et ce que vous faites qui vous aide à vous sentir déjà mieux » (Poupard, Martin, 2011).

- Utiliser un (L)angage simple

Le langage du thérapeute doit être simple et refléter « l'esprit du débutant » caractéristique de la position basse et de l'attitude de l'anthropologue. Il s'appuie et reprend autant que possible les paroles du patient non sans avoir préalablement vérifié qu'ils parlent de la même chose et ce afin d'installer l'alliance par ce procédé de synchronisation conceptuelle. En effet, et parce que les mots sont porteurs d'une signification personnelle et qu'ils sont connotés émotionnellement en fonction de notre histoire, parler le langage de son interlocuteur est le meilleur moyen de lui indiquer que l'on a bien perçu l'objet de sa demande de changement.

- Utiliser ce qui (E)st

Le concept d'utilisation, hérité de Milton Hyland Erickson, est un élément clé des thérapies brèves. Une première application de l'utilisation est la prescription du symptôme dans laquelle le thérapeute demande au sujet de faire délibérément ce dont il se plaint (son symptôme). Une seconde application consiste à « utiliser les propres processus mentaux du client, selon des façons qui sont étrangères à la fourchette habituelle de son contrôle intentionnel ou volontaire » (Erickson, Rossi 1976). Une troisième application conduit à accepter et à utiliser les mouvements de refus ou les réticences du client. Nombreuses sont les applications du concept d'utilisation qui visent à s'appuyer sur ce que le client amène (ressources, modalités de fonctionnement, intérêts, expériences antérieures, motivation...) et à l'utiliser comme moteur de changement. C'est une stratégie interactionnelle qui positionne le patient comme acteur central du travail thérapeutique.

5. Limites et conditions d'exercices (19)

Chaque approche thérapeutique est confrontée à ses propres limites qui concernent soit le cadre conceptuel, soit les domaines d'intervention, soit encore le public et/ou les pathologies manifestées. Pour éviter tout réductionnisme, il est parfois nécessaire de prendre en compte des éléments hors champ purement systémiques des thérapies brèves. Pour faire face à ce besoin, les thérapies brèves se sont ouvertes à d'autres approches complémentaires et intégratives.

5.1. Le besoin de prendre en compte les processus internes

Comme l'avancent les thérapies cognitives et comportementales ou la programmation neurolinguistique, un sujet expérimente le monde à travers ses cognitions, ses affects et ses actions. Ces dernières sont le résultat d'une décision prise sur la base d'une représentation interne d'une situation (carte du monde vs territoire) qui, elle-même, est conditionnée par le vécu et les croyances propres à un sujet. Les processus interactionnels (comportements externes) sur lesquels se focalisent les thérapies brèves sont le reflet de processus internes

(cognition et émotions) moins facilement modifiables que les comportements. Leur prise en compte est parfois la condition préalable et nécessaire à tout travail de changement.

5.2. Le besoin de prendre en compte l'histoire du sujet

Certains processus internes (modalités relationnelles, stratégies de protection, mécanismes de traitement de l'information...) peuvent résulter de traumatismes psychologiques anciens ou récents ayant installé de façon sclérosante un sujet dans un certain mode de relation à soi, aux autres ou au monde. La prise en compte de ces avatars existentiels, le traitement des traumatismes ou de recours à des procédés de « reparantage » (modification des introjections parentales afin de permettre une meilleure résilience) sont parfois l'étape première à l'installation d'un travail thérapeutique centré sur la plainte actuelle.

5.3. Le besoin de prendre en compte certains mécanismes transgénérationnels

Lorsque les processus opérants (Poupard, 2011) sont sous-tendus par l'existence d'un scénario transgénérationnel, le travail avec le génogramme permet à un client de déceler les mécanismes répétitifs qui entravent tout processus de transformation (dénis, secrets de familles, enfant de remplacement, trahison, mandats impossibles...).

5.4. Le besoin de prendre en compte la dimension transpersonnelle

De nombreux symptômes peuvent être envisagés comme le reflet d'une souffrance ontologique, là où le sujet se trouve confronté à des questions existentielles, à des peurs archaïques, à des besoins de pardonner et au besoin d'intégrer sa part d'ombre. Les thérapies brèves, à l'exception du courant transpersonnel, n'aborde pas la question du sens, ni de la dimension transpersonnelle (prise en compte de questionnements existentiels de l'homme tels que sa place dans l'univers, son rapport face à la mort, sa quête de transcendance...).

5.5. L'éthique et la déontologie

Le thérapeute doit s'engager à suivre une éthique et des règles déontologiques, pour sa sécurité et surtout celle de son client. L'éthique et la déontologie constituent des cadres structurants et contenant face aux processus de confusion et de désorganisation mobilisés par les dysfonctionnements et la souffrance du patient qui vient consulter. Cela permet d'éviter de sortir du cadre thérapeutique et de glisser vers une relation pathologique. Rappelons que, dans une perspective systémique, le patient souffre des relations dysfonctionnelles qu'il continue de mettre en place dans son présent car il a vraisemblablement manqué de modèle sain d'interactions. Le thérapeute doit donc être vigilant de ne pas se laisser « recruté » dans la névrose de son client et y jouer malgré lui un rôle visant à le confirmer dans son scénario limitant.

6. Les différentes thérapies brèves (19)

Bien que l'on parle des thérapies brèves comme s'il s'agissait d'un seul courant, il est plus pertinent de les envisager comme une approche plurielle et en constante évolution, mais partageant les mêmes bases conceptuelles. Le point de départ de cette aventure s'est opéré à Palo Alto, avec la création du MRI et la formalisation de la thérapie brève stratégique, puis s'est enrichi par les recherches de nombreux praticiens pour donner

naissance à la thérapie ordalique, la thérapie provocatrice, la thérapie orientée par le patient et guidée par les résultats, la thérapie brève orientée vers les solutions, la thérapie narrative, le courant intégratif, le courant transpersonnel ou encore le thérapie brève relationnelle.

6.1. Exemple de la thérapie stratégique

Reposant sur des prémisses constructivistes (chacun construit la réalité qu'il vit ensuite), cybernétiques (le changement se développe et se construit dans l'interaction), et sur les propriétés des systèmes (homéostasie, totalité, équifinalité, complémentarité, symétrie), la thérapie brève stratégique est née à l'école de Palo Alto et en particulier durant les recherches appliquées au Mental Research Institute (MRI). La spécificité de la démarche stratégique est d'être descriptive, de reposer sur une causalité circulaire, de viser la résolution du problème et, ce faisant, la disparition du symptôme. De plus, ce n'est pas le passé qui explique et conditionne le présent mais au contraire le présent qui éclaire le passé. Il devient inutile de rechercher la cause du problème dans le passé plus ou moins lointain, mais bien plutôt d'explorer ce qui maintient la difficulté dans le présent.

Parmi les outils développés par la thérapie brève systémique, citons la prescription de tâche, l'intervention paradoxale, la prescription du non-changement ou du symptôme et le recours aux stratagèmes thérapeutiques. Ces interventions thérapeutiques se sont révélées efficaces concernant l'anorexie, la boulimie, les addictions, les phobies ou certains troubles psychotiques (Nardone, 1999, 2010).

6.2. Les autres formes de thérapies brèves

Inscrites dans le champ des thérapies brèves, certaines approches thérapeutiques développent des concepts et outils répondant à des indications spécifiques comme l'hypnothérapie, la psychothérapie neurolinguistique, les thérapies cognitivo-comportementales et la thérapie des schémas.

II. Application des thérapies brèves dans le trouble anxieux

1. L'hypnose (22)(23)(25)(Annexe 3)

1.1. Histoire et présentation

D'un point de vue historique, l'état hypnotique est utilisé depuis fort longtemps. Ainsi, selon certains auteurs, les chamanes utilisaient le processus hypnotique pour leurs interventions (sans avoir conscience qu'il s'agissait d'un processus hypnotique). « La connaissance de fonctionnements mentaux particuliers qui font apparaître de nouvelles ressources chez le sujet » est ancienne. Plus généralement, on peut dire que le fonctionnement mental particulier appelé « transe » a été exploité par toutes les cultures et toutes les époques (Virot and Bernard 2010).



Frantz Mesmer(24)

Au 18ème siècle, Franz Mesmer, médecin allemand, a développé la théorie du magnétisme animal, selon laquelle un fluide magnétique invisible circulerait dans l'univers et dans le corps humain, qu'une mauvaise circulation de ce fluide dans le corps serait pourvoyeuse de maladies, et que des techniques permettant de canaliser ce fluide permettraient de guérir les personnes malades. Parmi ces techniques, on peut citer l'imposition des mains, la crise magnétique (état d'agitation correspondant à la levée des blocages internes) mais aussi le « sommeil magnétique » (développé par un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur, également appelé « sommeil lucide » ; il s'agit d'un état où le sujet présente des capacités et des connaissances accrues et est capable de communiquer avec le magnétiseur), qui allait ouvrir la voie à l'hypnose. « Puységur, par l'utilisation qu'il fait de la « crise magnétique », renommée « sommeil lucide », est bien le premier hypnothérapeute, c'est-à-dire, le premier thérapeute à utiliser l'état modifié produit pendant la crise, non pour produire tel ou tel phénomène physique source de guérison, mais pour permettre d'accéder à des « ressources » diverses, ordinairement non accessibles qui vont jouer un rôle déterminant dans le changement thérapeutique. »(Bioy and Michaux 2007)

Des chirurgies utilisant cette technique sont rapportées dès le 19ème siècle. Par exemple, une mastectomie réalisée pendant le « sommeil magnétique » par le Dr Jules Choquet a fait l'objet d'une gravure en 1834 (Viot and Bernard 2010).

Un chirurgien anglais, James Esdaile, utilisant cette technique à large échelle à Calcutta au milieu du 19ème siècle a rapporté une réduction de la mortalité opératoire (de 45% à 5%) (Viot and Bernard 2010). L'invention du terme « hypnose » est souvent attribuée à James Braid, médecin écossais, qui aurait créé ce terme en référence à Hypnos, le dieu grec du sommeil en 1843. Il semble en réalité que ce soit le baron Etienne Felix d'Hévin de Cuvillers qui ait le premier commencé à utiliser le préfixe « hypn » dès 1819 (Gravitz 1993).

Par la suite, Jean-Martin Charcot réalise des travaux sur l'hypnose et l'hystérie. Il recrée sous hypnose l'apparition et la disparition de symptômes. Il démontre ainsi que les paralysies hystériques ne sont pas déterminées par une lésion organique, mais par ce qu'il appelle une « lésion dynamique fonctionnelle » et il considère que l'hypnose est un état propre aux hystériques. Dans le même temps, un autre courant est développé par Hippolyte Bernheim, qui s'oppose à celui de Charcot en considérant l'hypnose comme susceptible d'applications thérapeutiques.

Au 20ème siècle, Milton Erickson, psychiatre américain développe l'hypnose ericksonienne, qui considère que « la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu connaît dans sa vie ordinaire ». Ce courant « met l'accent sur le concept d'état naturel renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute » (Virost and Bernard 2010). En parallèle va se différencier un autre courant, celui de l'hypnose classique, qui s'appuie sur des méthodes d'induction stéréotypée et élabore des échelles « d'hypnotisabilité » servant de référence pour les recherches et permettant aux cliniciens de détecter les patients susceptibles d'être soignés par l'hypnose car « répondeurs ».

1.2. L'état hypnotique

L'état hypnotique est défini comme un état modifié de conscience obtenu par la suggestion. On décrit plusieurs stades de profondeur croissante : le stade 1 correspondant à une relaxation légère et les stades 2 et 3 à un état que certains ont assimilé à un état de transe profonde et qu'il est plus juste de qualifier de relaxation profonde.

Dans cet état, l'attention est accrue avec diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et réorientation de l'attention focale vers les phénomènes internes. On parle d'attention sélective, l'attention est focalisée sur une expérience en occultant les autres : il y a alors une simultanéité d'une activité consciente et inconsciente (être ici et ailleurs en même temps). L'imagerie, l'intuition et l'évocation l'emportent sur le raisonnement. Le sujet peut être embarqué dans des scènes imaginaires. Les souvenirs sont facilités. Le sujet réagit de façon accrue à la suggestion. Les sensations sont modifiées, par exemple la sensation douloureuse. Le corps est dans un état de relâchement, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque et la tension artérielle sont ralenties et l'ECG montre une activité cérébrale qui se distingue du sommeil. Les patients décrivent des sensations de flottement. La transe profonde est proche du somnambulisme avec lévitation des bras, yeux ouverts et une très forte réponse à la suggestion. Elle n'est pas accessible à tous les sujets.

On décrit trois états de conscience modifiée, du plus léger au plus profond :

- Le premier niveau, ou niveau léger, correspond en fait à un état de relaxation. Les mouvements ne sont pas abolis comme le clignement de paupières et la salivation est un peu augmentée, mais on observe une diminution du tonus musculaire et un ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire.
- Dans le deuxième niveau, ou niveau moyen, on observe une diminution du tonus de la fréquence respiratoire et de la tension artérielle mais aussi une sensation de calme intérieur et une réponse aux suggestions. On retrouve des mouvements oculaires rapides (REM) comme dans la phase du sommeil paradoxal.
- Le troisième niveau, ou niveau profond, correspond à un état proche du somnambulisme : l'activité physique est ralentie, le sujet répond lentement aux suggestions. Il parle difficilement si on ne le stimule pas. On peut avoir les bras qui se lèvent et des révulsions des yeux. C'est dans cette phase que l'évocation des souvenirs anciens est fragilisée et que la personne parvient à revivre des traumatismes du passé comme pour les réparer. On peut rapprocher la transe profonde des expériences d'extase facilitée des religieux et des méditants du yoga ou du zen ou même de certains rituels comme le vaudou.

1.3. Le déroulement de la séance

Les techniques utilisées sont variées et plusieurs batteries de techniques peuvent être utilisées en fonction du type d'hypnose pratiquée.

- En communication hypnotique, seront utilisées des techniques linguistiques ainsi que des techniques relationnelles.
- En hypnose conversationnelle, seront ajoutées des techniques de focalisation.
- En hypnose thérapeutique viendront encore s'ajouter des techniques de dissociation.

- Les techniques linguistiques :

Il s'agit principalement d'utiliser des mots simples, à consonance positive et de proposer des reformulations. Par exemple, « ne vous inquiétez-pas » pourra être remplacé par « rassurez-vous » et « ne bougez pas » par « restez tranquille ».

L'utilisation de techniques linguistiques est importante du fait que, si la négation fait sens lorsque le sujet est en conscience critique, elle ne fait plus sens lorsqu'il est en transe (et le patient peut alors entendre l'inverse du message que l'on souhaite transmettre. Cette situation à risque peut se rencontrer en particulier lors de la réalisation d'un soin ou de l'annonce d'un diagnostic, qui peuvent induire des trances négatives chez le patient).

Par ailleurs, il est aussi conseillé de ralentir le rythme, et de faire des pauses afin de permettre au patient de se relaxer et éventuellement de le faire entrer en transe hypnotique et lui faire passer des messages. Parler sur l'expiration du patient (technique du « pacing ») permet également de mieux accompagner le patient. Enfin, il est aussi conseillé d'utiliser une tonalité basse et d'accentuer les mots à connotation positive (technique du « saupoudrage »).

- Les techniques relationnelles :

- Respecter la distance avec le patient (qui varie selon les cultures et les contextes)
- Mirroring : renvoyer au patient des gestes et des mots qu'il utilise
- Small talk : commencer par parler d'autre chose, de tout et de rien (par exemple du temps qu'il fait, en pensant à la fin de la séance à refermer sur le même sujet)
- Permissivité : il s'agit d'amener le patient à faire certaines choses avec de la permissivité (par exemple, lorsqu'on souhaite amener le patient à positionner son bras d'une certaine manière : « est-ce qu'en mettant votre bras comme cela vous seriez plus confortable ? »)

- Les techniques de focalisation :

- Par questionnement interne (par exemple : « comment faites-vous chez vous pour vous détendre ? »)
- Par focalisation sur un écran
- Par concentration sur la respiration

- Les techniques dissociantes : elles ont pour but de désactiver la conscience critique du sujet, généralement soit en focalisant son attention sur un élément précis, soit en créant de la confusion. Elles se potentialisent les unes les autres (synergie dissociative). On peut citer :
 - La catalepsie est définie comme la suspension complète des sensations et des mouvements volontaires, avec aptitude des membres et du tronc à conserver la position qu'on leur donne. En pratique, le praticien va accompagner un segment de membre jusqu'à une position d'équilibre puis le lâcher progressivement, tout en utilisant des suggestions verbales pour renforcer la catalepsie. L'intérêt de la catalepsie est de générer une dissociation dans le corps (et pas seulement psychique) et d'induire une transe rapidement et de manière stable. Visible, elle permet de plus d'objectiver le processus hypnotique.
 - La lévitation : Un mouvement d'un membre est induit par suggestions verbales jusqu'à ce que ce membre s'immobilise en équilibre. Ainsi un sujet peut soulever son bras en ayant la sensation que celui-ci est doté d'une vie autonome, dissociée du reste de son corps et non contrôlée par sa conscience.
 - La confusion : Le sujet va se focaliser sur le message ou la situation confuse afin de tenter de le comprendre, et cela va inhiber le fonctionnement de la conscience critique. Cette technique peut entraîner un inconfort pour le patient.
 - La réification ou la transformation en chose Les métaphores Le langage dissociatif : (« les yeux regardent » au lieu de « vous regardez »).

- Autres techniques :
 - Les suggestions : celles-ci peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient.
 - Les suggestions peuvent suivre un truisme (l'énoncé d'une évidence) ce qui augmente l'acceptation de la suggestion par le patient.
 - Dans le domaine de l'analgésie, les suggestions peuvent être des suggestions directes d'anesthésie (corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...) ou des suggestions dissociatives, qui éloignent de la douleur (imaginer qu'une partie du corps ne fait plus partie de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps...).

- Etapes de la séance :
 - Définition de l'objectif : Chaque nouvelle séance commence par une discussion qui vise à définir un objectif de séance à l'intérieur d'un objectif plus vaste (celui de la thérapie).
 - Pre-Talk : Lors de la première séance, il sera nécessaire de dissiper les croyances négatives et autres représentations autour de l'hypnose, rassurer le sujet et répondre à ses questions.
 - Induction : C'est la porte d'entrée vers l'état de conscience modifié. On va déconnecter le sujet du monde extérieur par une invitation à fixer toute son

attention sur un stimulus et ainsi réduire son champ de vigilance envers ce qui l'entoure. Les moyens d'induction sont nombreux et passent par différents canaux sensoriels : visuels, auditifs, kinesthésiques. Ils ont tous en commun la monotonie, capitale pour induire une baisse de la conscience et de la vigilance. On peut citer la fixation des yeux sur un point fixe, la présentation d'un mouvement monotone, d'un son, d'une sensation présentée de façon répétitive ou périodique. La voix reste le moyen le plus utilisé en pratique. Elle est plutôt grave, lente, monotone et invite par son contenu à s'éloigner de ce qui rattache à l'action et à la pensée consciente.

Exemple d'induction hypnotique classique ou directe : Installez-vous confortablement sur votre chaise et fermez les yeux. Vous allez prêter toute votre attention à ma voix et vous laisser guider par elle. Dans cet endroit où rien ni personne ne peut vous déranger, vous allez peu à peu vous laissez aller à un état où votre esprit va voyager et peu à peu s'éloigner du tumulte de la vie trépidante que vous menez pour aller explorer d'autres pensées, d'autres sensations qui sont en vous...Je vais compter jusqu'à trois et vous allez entrer maintenant dans cet état 1...2...3, vos yeux sont maintenant fermés et vous prêtez uniquement attention à ma voix et vous vous détachez progressivement de ce qui est autour de vous.

- Approfondissement : De la même façon qu'il existe de nombreuses techniques d'induction, il existe de nombreuses techniques d'approfondissement. Il s'agit d'atteindre un état de transe qui soit suffisant pour travailler (contournement du facteur critique, réponses subconscientes, dépotentialisation du conscient) mais pas trop (si l'on veut que le sujet parle en transe par exemple).
- Vérification de la profondeur de la transe : Pour vérifier la profondeur de la transe, on procédera à des tests. Par exemple, l'amnésie est un bon indicateur de l'entrée dans l'état somnambulique.
- Fusibles : il s'agit de sécuriser le patient et de l'accompagner tout le long de la transe. Robles (2007 et 2009) propose de saupoudrer l'intervention de « mots protecteurs » tels que « de manière bénéfique », « de manière automatique » etc..
- Ancrage lieu de sérénité : Orienter le sujet vers un lieu de sérénité et ancrer en utilisant la respiration. « Prenez une profonde respiration et inspirez tous ces sentiments et sensations » (Eastburn, 2007). On parlera de lieu de « sérénité » plutôt que de lieu de « sécurité » car ce dernier peut être anxiogène chez certains patients.
- Signaux idéomoteurs : Il s'agit d'utiliser la main ou l'index pour répondre à une question ou suggestion.
- Ecologie : Demander au sujet de répondre à l'aide des signaux idéomoteurs.
- Travail thérapeutique : C'est le cœur de l'intervention. Il peut s'agir d'un travail de suggestions, d'un travail de régression ou d'un travail sur les polarités.
- Suggestions post hypnotiques : Suggérer que le processus thérapeutique va se poursuivre et se déployer à tous les domaines de vie du sujet et s'ancrer profondément dans son subconscient (Churchill, 2002 ; Robles, 2007 et 2009). Faire des compliments au sujet. Formuler des suggestions de renforcement du moi.
- Réveil : Ramener le sujet à l'état de conscience ordinaire par comptage en formulant des suggestions de bien être à chaque chiffre.
- Débriefing : Laisser du temps au sujet pour revenir à lui. Attendre qu'il parle spontanément. Se rappeler que le sujet est encore fortement suggestible pendant

une quinzaine de minutes après la transe. Profiter de ce laps de temps pour renforcer les effets de la séance à l'aide d'hypnose conversationnelle.

1.4. L'autohypnose

C'est une technique qui peut être enseignée au patient. Elle est définie comme « l'auto-induction d'une transe hypnotique en vue de la réalisation d'un objectif déterminé » (Virot and Bernard 2010). Ainsi, le patient apprend comment induire chez lui un état modifié de conscience, à l'aide de techniques simples (par exemple par focalisation de l'attention –en se concentrant sur un point fixe par exemple-, par des exercices respiratoires, de relaxation, par la lévitation de la main, ou en ayant recours au lieu de sécurité). Comment utiliser certains exercices (par exemple : ancrage dans un lieu de sécurité, suggestions de confort, de modifications d'une sensation, d'analgésie etc...) et comment sortir de transe. L'utilisation d'un réveil permet de ne pas dépasser la durée prévue. La pratique régulière est encouragée (un enregistrement audio peut être remis au patient pour l'aider à pratiquer seul), un entraînement régulier est considéré comme étant nécessaire pour maîtriser la technique. Une fois maîtrisée, cette technique permettra au patient de pouvoir se mettre en état d'hypnose même en l'absence d'un thérapeute. Les buts de l'autohypnose sont variés : peuvent être recherchés le soulagement d'une douleur, le repos, la prolongation d'effets obtenus par hétéro-hypnose etc... Par exemple lors d'une préparation à l'accouchement, l'autohypnose peut être enseignée, afin que la femme puisse y avoir recours le moment venu, même en l'absence d'un hypnothérapeute.

1.5. Indications et contre-indication

Le traité d'hypnothérapie rapporte que les indications de l'hypnothérapie sont « les mêmes que pour toute psychothérapie (phobies, conversions, troubles anxieux, troubles de l'assertivité etc.) » (Bioy and Michaux 2007). Les contre-indications ne sont pas formelles, même si l'hypnothérapie apparaît « particulièrement peu adaptée » dans les troubles psychotiques aigus, les bouffées délirantes, la paranoïa.

La société française d'hypnose mentionne des indications sur son site internet, reprises dans le tableau suivant :

Tableau 18. Les indications de l'hypnose

En psychologie et psychiatrie	« problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi, de préparation aux examens, gestion du trac dans le domaine artistique, gestion du stress personnel et professionnel, difficultés relationnelles, conjugales, phobies sociales..., anxiété, insomnies, phobies, angoisses, obsessions, tocs, attaques de panique, troubles dépressifs et apparentés, harcèlements, surmenage professionnel, burn-out... »
En psycho traumatologie et victimologie	« syndrome post-traumatique, accidents graves, catastrophes, cataclysmes, faits de guerre, attentats, braquages, prise d'otages, choc post-chirurgical, agressions, viols... »

Troubles du comportement alimentaire	« boulimie, anorexie, obésité, hyperphagie, ... »
En addictologie	« tabac, alcool, drogues, jeux, internet, sexualité... »
Chez les enfants	« énurésie, troubles du sommeil, des apprentissages, affirmation de soi, bégaiement, onychophagie, problèmes relationnels, manque de concentration, hyperactivité... »
Troubles psychosomatiques	« asthme, hypertension artérielle, migraines, troubles digestifs, urogénitaux, problèmes dermatologiques, rhumatismes... »
En sexologie	« troubles de la fonction sexuelle éjaculation précoce, absence de désir, de plaisir, troubles de l'érection, dyspareunie, vaginisme... »
En neurologie	« tics, paralysie faciale à frigore, migraines, céphalées... »
En pneumologie et ORL	« asthme, allergies, rhinites, sinusites, acouphènes, hyperacousie, perte du goût et de l'odorat ... »
En gastro-entérologie	« ulcères, colites, gastrites chroniques... »
En cardiologie	« certains troubles du rythme, hypertension artérielle, problèmes vasculaires ... »
En gynécologie et obstétrique	« grossesse difficile, nausées, vomissements, accouchement, certaines stérilités, dysménorrhées, problèmes urinaires... »
En dermatologie	« allergies, psoriasis, urticaire, eczéma, verrues plantaires, onychophagie, hyperhydrose, amélioration de la cicatrisation des brûlures... »
En dentisterie	« anesthésie, contrôle du saignement, de la salivation, adaptation des prothèses... »
Douleurs aiguës ou chroniques	« fibromyalgie, membre fantôme, migraines, analgésie, anesthésie... »
En soins palliatifs, accompagnement des malades atteints de cancer, du sida, de pathologies graves	« soutien psychologique, réduction des effets secondaires des traitements, prolongement et amélioration de la survie, traitement de la douleur... »
Chirurgie et examens médicaux _ anesthésie	« utilisée en anesthésie l'hypnose permet de diminuer les drogues et leurs effets indésirables, elle favorise les soins en ambulatoire, elle permet d'accéder avec plus de confort à des examens médicaux tels que fibroscopie, gastroscopie, coloscopie... Elle mettra en confiance le patient en vue d'une intervention chirurgicale. »

Dans le domaine sportif	« préparation mentale, optimisation du potentiel, récupération, motivation, gestion du stress et des émotions... »
Dans le domaine de la prévention	« l'hypnose offre l'avantage de sensibiliser le sujet à la notion de santé holistique, l'encourageant à se prendre en charge, à développer ses ressources, ses potentialités grâce à l'autohypnose, par exemple prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité ... »

1.6. Ethique et déontologie

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose.

Les DU d'hypnose ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins. Réglementairement, le médecin n'est donc pas autorisé à mentionner cette pratique sur sa plaque et/ou ses ordonnances.

Pour les chirurgiens-dentistes, la reconnaissance d'un DU/DIU et l'autorisation de le mentionner sur ses documents professionnels est à demander au cas par cas à l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

De son côté, l'assurance maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose. Il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001), mais cet acte est non remboursable (tarif fixé à 0 euros). Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné dans le cadre de sa consultation, la consultation reste prise en charge par l'assurance maladie (en fonction des règles de remboursement habituelles). Par ailleurs, certaines complémentaires santé proposent des remboursements partiels ou forfaitaires de séances d'hypnose.

Lorsque l'hypnose est pratiquée au sein d'établissements hospitaliers, il semblerait que la facturation varie selon les établissements, certains ayant créé un tarif spécial : « l'enquête auprès des autres CHU a montré que certains établissements ont créé un tarif correspondant à l'acte d'hypnose, et facturent aux patients 1 acte de consultation + 1 acte d'hypnose » (Médecines complémentaires à l'APHP, Rapport de Mai 2012).

- Les Formations

L'enseignement existe au niveau universitaire, sous la forme de DU/DESU.

Actuellement, on recense 1 diplôme d'études supérieures universitaires (DESU), 1 diplôme inter universitaire (DIU) et 11 diplômes universitaires (DU) :

- DESU Hypnose médicale Université d'Aix-Marseille
- DIU Hypnose médicale et clinique Université de Bretagne occidentale et de Bourgogne
- DU Hypnose médicale Université de Bordeaux
- DU Hypnothérapie Université de Bourgogne
- DU Hypnose médicale et clinique Université de la Réunion
- DU Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes Université de Limoges
- DU Hypnose médicale Université de Montpellier-Nîmes

- DU Hypnose thérapeutique Université de Nantes
- DU Hypnose médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique Université de Nice Sophia Antipolis
- DU Hypnose médicale Université Paris 6
- DU Hypnose clinique Université Paris 11
- DU Hypnose en anesthésie Université Paris 11
- DU Hypnose médicale Université de Toulouse

L'enseignement existe également au niveau associatif et privé, avec des formations de durée variable (de 2-3 jours à 45 jours ou plus répartis sur plusieurs années). Elles sont ouvertes à un public plus ou moins large.

De nombreuses formations sont proposées dans le cadre de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC). Elles sont alors réservées aux professionnels de santé. Ainsi, plusieurs organismes gestionnaires du développement professionnel continu proposent des modules d'initiation ou de perfectionnement à l'hypnose (liste disponible sur internet³), d'une durée de 1 à 2 jours à une douzaine de jours, et destinés aux professionnels médicaux (en particulier médecins, dentistes, sages-femmes) et paramédicaux. Les formations peuvent aussi être proposées hors DPC. Elles peuvent alors être réservées aux professionnels de santé -par exemple, la SFMG (société française de médecine générale) propose un module d'initiation aux techniques de l'hypnose en formation générale (2 jours)- mais aussi être ouvertes à un public plus large.

1.7. Les résultats scientifiques (25)

Le rapport sur « *Evaluation de l'efficacité de l'hypnose* » fait remarquablement le point sur la situation présente de l'évaluation de l'hypnose, et le résultat est relativement décevant pour le lecteur. Le hiatus entre les indications revendiquées par les hypnothérapeutes et les preuves scientifiques de l'efficacité de l'hypnose dans ces indications est souvent notable.

Du point de vue scientifique, les études présentées ici montrent l'efficacité de l'hypnose dans un certain nombre de situations, essentiellement pour la douleur et l'anxiété lors de gestes chirurgicaux brefs ou de radiologie interventionnelle et pour les symptômes d'intestin irritable.

Cependant l'essai randomisé contrôlé, incontournable pour mesurer l'effet d'un médicament, peut-il s'appliquer à l'analyse des effets de l'hypnose ? Dans quelle mesure doit-on appliquer ce modèle à une méthode de soin développée selon un concept totalement différent de celui des traitements médicamenteux ? En effet, l'hypnose est une approche thérapeutique très fortement personnalisée (le praticien adapte sa prise en charge en fonction du patient qu'il a en face de lui). Dissocier l'effet propre de l'hypnose des effets directement liés à la relation patient-thérapeute restera difficile et nécessite sans doute une méthodologie innovante. L'hypnose questionne donc la médecine scientifique.

Au terme de l'analyse de ce rapport, on regrette plus spécifiquement que l'hypnoalgésie pour les soins anxiogènes et douloureux chez l'enfant, méthode de soin largement employée en pédiatrie, n'aie pas pu être analysée par les auteurs de ce rapport, faute d'études d'effectifs et de qualité suffisantes. En effet la méta-analyse récente de la *Cochrane Collaboration*, a retrouvé 7 essais cliniques sur l'hypnose, incluant chacun entre 30 et 60 enfants pour un total d'environ 200 enfants inclus ; les auteurs ont conclu qu'il existe

globalement des preuves solides de l'efficacité de la distraction et de l'hypnose pour la douleur et la détresse liées aux injections chez les enfants et les adolescents.

A l'évidence, de nouveaux essais, à la fois rigoureux et créatifs, sont donc indispensables.

Il est rassurant de constater que la sécurité de l'hypnose est bonne, à la condition qu'elle soit exercée par des thérapeutes possédant par ailleurs un diplôme de soignant de type diplôme d'état, et dans le cadre d'une éthique rigoureuse et exigeante, au mieux caractérisée par l'adhésion à une charte éthique.

Au final, d'un point de vue pragmatique, l'hypnose est une approche thérapeutique, les effets indésirables sont absents, il existe des formations reconnues. L'hypnose pratiquée par un personnel de santé comme une pratique complémentaire est une des méthodes non conventionnelles actuellement de plus en plus pratiquée en France, et parmi les plus intégrées à l'offre de soins conventionnels ; elle permet d'apporter une réponse à des symptômes fréquents mal contenus par la médecine conventionnelle. Pour des patients motivés pour cette prise en charge, avec des praticiens maîtrisant la méthode, il est vraisemblable que l'effet de l'hypnose en vie réelle soit supérieur aux effets estimés dans les différentes études.

2. EMDR (26)(27)(28)

2.1. Histoire et présentation

- Qu'est-ce que l'EMDR ?

L'EMDR est l'abréviation de « Eyes Movement Desensitization and Reprocessing », ce qui signifie en français : mouvements oculaires de désensibilisation et de retraitement des informations négatives. L'EMDR est une nouvelle thérapie basée sur les émotions. Les résultats pour faire disparaître les symptômes sont spectaculaires. L'EMDR est basée sur l'utilisation de mouvements oculaires rythmés de gauche à droite et de droite à gauche, technique qui stimule le processus naturel d'auto guérison du cerveau émotionnel.

En effet, notre corps garde la trace indélébile des traumatismes avec toutes les images, bruits, pensées et sentiments qui y sont associés. Le cerveau émotionnel ne désapprend jamais la peur. L'EMDR débloque les émotions négatives stockées dans le système nerveux, puis aide le cerveau à retraiter l'expérience pour qu'elle soit assimilée. Les mémoires traumatiques continuent à être ressenties aussi intensément que lors de l'expérience originale. Comme l'explique Francine Shapiro, elles sont stockées sous « forme fautive de mémoire ». Directement liées aux émotions et aux sensations physiques qui ont accompagné l'expérience originale, elles sont très intenses.

Nous avons tous été victimes d'évènements plus ou moins traumatisants : deuil, accident, maladie, viol... Différents symptômes ont ainsi vu le jour. De simples peurs à des cauchemars récurrents, en passant par un manque de confiance en soi, à des angoisses insoutenables ou à des états dépressifs. Les traumatismes que nous avons subis s'accompagnent d'un florilège de symptômes traumatiques qui empoisonnent notre vie et que jusqu'à présent, la psychologie classique n'a guère été à même de faire disparaître totalement.

L'EMDR s'est ainsi vu être la thérapie la plus efficace pour venir à bout de ces problèmes. Le processus thérapeutique de l'EMDR favorise l'apparition des émotions, ainsi que leur évacuation. Il permet de diminuer efficacement l'impact des traumatismes et ce, en quelques séances.

- Francine Shapiro : l'inventeur de l'EMDR



Francine Shapiro(27)

Comme toutes les grandes découvertes, la méthode révolutionnaire qu'est l'EMDR a été totalement fortuite. En 1987, la psychologue californienne Francine Shapiro a remarqué, par hasard, qu'un mouvement des yeux de gauche à droite lui apportait un état de mieux-être : elle venait de trouver le principe de l'EMDR.

Un jour en 1987, en se promenant dans un parc, Francine Shapiro particulièrement inquiète a noté que ses pensées négatives avaient brusquement disparu. En réfléchissant à ce qui s'était produit, Francine Shapiro s'est aperçue qu'elle avait, inconsciemment, fait des mouvements rapides des yeux. Il s'agissait de mouvements oculaires bilatéraux et, étrange coïncidence, ses pensées avaient perdu leur charge émotionnelle. Elle s'est aussi aperçue que lorsqu'elle était soucieuse, elle faisait spontanément bouger ses yeux de gauche à droite, de haut en bas, en diagonale. Et même constat : ses pensées parasites disparaissaient et quand elle les ramenait à son esprit, leur charge négative était à nouveau, considérablement réduite. Tout en se concentrant sur une variété de pensées et mémoires inquiétantes, elle a donc décidé de faire délibérément des mouvements d'yeux constatant systématiquement que la charge émotionnelle négative disparaissait.

En travaillant avec environ 70 personnes en 6 mois, elle a développé un procédé standard qui a uniformément réussi à alléger leurs plaintes. Elle a commencé par traiter les anciens combattants du Vietnam, les victimes de viol et a eu des résultats plus que probants : les symptômes traumatiques disparaissaient comme par enchantement. L'EMDR était née officiellement en 1990.

Ses premières recherches auprès de victimes de traumatismes montrèrent que l'effet positif tendait à se maintenir dans le temps. Depuis lors, l'EMDR a fait l'objet de nombreuses études scientifiques qui ont démontré son efficacité, notamment dans le traitement de stress post-traumatiques.

En juillet 2002, Francine Shapiro a reçu le prix Sigmund Freud décerné conjointement par le congrès Mondial de Psychothérapie et la ville de Vienne.

- Importance des mouvements oculaires

Les mouvements oculaires ont un rapport avec le sommeil paradoxal. En effet, lorsque nous rêvons, nous faisons des mouvements oculaires, un peu comme si nous suivons un film. Ces mouvements rappellent l'effet hypnotique. Un laboratoire d'étude du sommeil paradoxal à Harvard a émis l'hypothèse que l'EMDR induirait le même type de réorganisation de la mémoire que celui des phases de rêve du sommeil paradoxal.

Comme le déclare David Servan-Shreiber : « Dans l'EMDR, ce mécanisme naturel se trouve en quelque sorte à notre disposition, de façon simplifiée, pour résoudre, à une vitesse incroyable, des traumatismes bien plus forts ».

- L'apport de l'EMDR en thérapie

Francine Shapiro est la première à reconnaître qu'en plus de la technique de stimulation bilatérale, l'EMDR incorpore les éléments de plusieurs thérapies existantes. L'EMDR reprend bon nombre d'aspects des différentes thérapies analytiques :

- La psychanalyse, car il y a recherche du lien du traumatisme ancien et du symptôme présent ainsi qu'un travail sur les associations libres.
- La gestalt thérapie, qui fait revivre les émotions.
- L'hypnose ericksonienne, car elle utilise également les associations libres et les métaphores.
- La thérapie comportementale et cognitive (TCC), en se confrontant avec l'objet de sa peur et en luttant contre ses pensées parasites.

2.2. Mécanismes d'action (28)

Il existe un champ de recherche en neurophysiologie qui vise à explorer les mécanismes d'action de l'EMDR et à apporter des réponses aux hypothèses de fonctionnement du traitement adaptatif de l'information. Ces recherches interrogent notamment les effets des stimulations bilatérales alternées dans la dissolution des éléments sensoriels émotionnels et cognitifs bloqués.

Des études ont ainsi mis en évidence des effets physiologiques des stimulations bilatérales alternées: diminution de la fréquence cardiaque et respiratoire, en lien avec une activation du système nerveux parasympathique et une augmentation de l'activité des systèmes cholinergiques et une inhibition du système sympathique.

Ces effets auraient une incidence sur la détente et la relaxation du sujet, ainsi que des effets sur la mémoire. Les stimulations bilatérales alternées amélioreraient la récupération de la mémoire épisodique.

Ces effets sur la mémoire peuvent aussi être mis en parallèle avec les effets connus des mouvements oculaires rapides intervenants pendant la phase du sommeil paradoxal, qui facilite l'apprentissage et la mémorisation des vécus (Smith and Lapp 1991).

Par ailleurs, les mouvements oculaires réduiraient la netteté des images et l'émotionnalité dans le syndrome de stress post traumatique ;

Enfin, une étude avec enregistrement électroencéphalographique a permis de montrer que les zones cérébrales activées évoluaient au cours du protocole EMDR : cortex orbito-frontal, préfrontal, cingulaire antérieur et cortex limbique à T0, puis cortex temporo-occipital à T1, suggérant qu'à la fin du protocole (après un traitement réussi) les événements traumatiques étaient traités d'un point de vue cognitif.

De plus, une étude récente a également rapporté que des patients avec un syndrome de stress post traumatique, souffrant d'une augmentation de l'activité de l'amygdale gauche, du thalamus bilatéral, du précunéus droit, du noyau caudé droit ainsi que du cortex

préfrontal ventromédian (en comparaison avec un groupe témoin) retrouvaient une activité normale dans toutes ces structures suite au traitement par thérapie EMDR.

2.3. Déroulement des séances

La thérapie EMDR propose un protocole de traitement architecturé en 8 phases et 3 temps (passé, présent et futur), basé sur la désensibilisation et le retraitement des souvenirs responsables de nombreuses problématiques psychiques, physiques, psychosomatiques, comportementales et relationnelles, et d'une perception péjorative du monde. Les éléments du protocole de base sont issus de différents courants thérapeutiques et ont été rassemblés dans une dimension intégrative.

Les mouvements oculaires (MO) viennent soutenir et stimuler les processus associatifs impliqués dans le traitement adaptatif de l'information tout au long des phases du traitement des souvenirs non spontanément et naturellement intégrés (Shapiro 2001). Les mouvements oculaires peuvent être remplacés par des stimulations bilatérales alternées (SBA). En effet, différents types de stimulation oculaires, sonores ou tactiles tendraient vers le même effet.

Le protocole de base standard a donné lieu à de multiples déclinaisons qui répondent à des situations spécifiques (urgences, groupe par exemple), à des pathologies spécifiques (troubles anxio-phobiques, conduites de dépendance...) ou à des populations spécifiques (enfants et adolescents, auteurs d'agressions sexuelles par exemple).

Le tableau ci-dessous regroupe les étapes, les objectifs et les procédures en EMDR.

Tableau 19. Etapes, objectifs et procédures en EMDR

Etapes	Objectifs	Procédures
Anamnèse/Diagnostic et planification du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Recueillir les antécédents/ le contexte - Identifier la pertinence d'un traitement EMDR - Identifier les différentes problématiques du patient - Identifier des cibles/objectifs de traitement à partir d'évènements de la vie du patient selon le protocole standardisé en 3 volets - Evaluer le niveau de stabilité psychologique du 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires standards, psychométrie (à visée diagnostique) - Passer en revue les critères de sélection - Questions et techniques permettant d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> - 1) les évènements passés ayant favorisé l'émergence de la pathologie, - 2) les facteurs déclenchants actuels, - 3) les besoins futurs pour orienter la

	patient -Evaluer l'indication de la thérapie EMDR	problématique vers sa résolution
Préparation	Préparer les patients pour les objectifs du traitement	Information sur les symptômes -Métaphores et techniques favorisant la stabilisation et le développement d'un sentiment de contrôle personnel
Evaluation	Accéder aux événements ciblés par le traitement EMDR en stimulant les principaux aspects de la mémoire -Préciser les mesures de base : échelle SUD (Subjective Units of Distress) qui indique le niveau de perturbation émotionnelle et échelle VOC (validity of cognition, côtée de 1à 7).	Evoquer l'image, la croyance négative actuelle, la croyance positive désirée, l'émotion actuelle, le ressenti physique et des mesures de base
Désensibilisation	Effectuer le traitement en visant une résolution adaptative (pas de stress) - Stimuler la libre association	Protocoles standardisés avec des mouvements oculaires (ou encore avec des tapotements des mains ou des sons) qui permettent l'émergence spontanée de pensées et d' idées, d'émotions, de ressentis physiques et d'autres souvenirs.
Installation	Augmenter les connexions avec les réseaux cognitifs positifs	Renforcer la validité de la croyance positive désirée et intégrer totalement les effets positifs aux processus mnésiques
Scan (bilan) corporel	Compléter avec le traitement de toute perturbation résiduelle associée à l'évènement/l'objet du traitement	-Se concentrer sur et traiter tout ressenti physique résiduel
Clôture (conclusion)	S'assurer de l'état stable du patient à la fin d'une séance d'EMDR et entre les séances	- Utiliser l'imagerie guidée ou des techniques de contrôle de soi si besoin -Informer et s'enquérir des

		<p>attentes et de l'évolution du comportement du patient entre les séances.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des outils de stabilisation émotionnelle et de contenance pour gérer des émotions perturbantes pouvant émerger dans l'entre deux séances
Réévaluation	S'assurer du maintien des objectifs thérapeutiques et de la stabilité de l'état du patient au cours du suivi	Evaluation des effets du traitement -Evaluation de l'intégration du traitement à un niveau plus large (au niveau social)

Des points de convergence existent entre l'EMDR et l'hypnose. En particulier, l'approche hypnotique peut être impliquée et utilisée au cours de la thérapie EMDR pour induire un état modifié de conscience lors de la phase 1 et faciliter l'accès aux souvenirs anciens, offrir un lieu de sécurité au patient lors de la phase de préparation, favoriser la remise en route du traitement adaptatif de l'information lors de la phase de désensibilisation en cas de blocage etc... Par exemple, l'outil hypnotique permet d'engendrer un changement d'état favorable au ressenti de bien-être dans le présent. Ce ressenti de bien-être permet d'être exposé au matériel traumatique tout en gardant contact avec l'ici et maintenant, ce qui évite le risque d'une retraumatisation. Les techniques d'hypnose permettent aussi de renforcer les dimensions de stabilisation du patient qui ne disposerait pas assez de ressources psychologiques pour mobiliser les informations positives nécessaires à l'activation efficiente du traitement adaptatif de l'information.

Des suggestions directes et/ou indirectes, l'emploi de métaphores, les techniques de dissociation, de contenance ou d'apaisement peuvent ainsi être utilisées au cours d'un traitement EMDR. Néanmoins, lors de la phase de désensibilisation, aucune suggestion n'intervient et le patient ne présente aucun état modifié de conscience.

2.4. Indications et contre-indications

- Les indications de l'EMDR sont :
 - Le traitement de l'état de stress post-traumatique.
 - Les abus sexuels.
 - Les personnes souffrant de phobies et d'attaques de paniques soudaines qui voient une réduction rapide de symptômes telle que la peur.
 - Les suites de deuil.
 - Les dépendances physiques (abus de drogue, joueurs de fortune).

- Les comportements de dissociation.
- Certains états dépressifs.
- Les troubles somatiques.
- Les troubles de la personnalité.

A noter : pour les non-voyants, les mouvements oculaires peuvent être remplacés par le « tapping ». Il s'agit de petites tapes que le thérapeute donne de gauche à droite sur les mains ou les genoux du patient.

- Les contre-indications de l'EMDR :

L'EMDR n'est pas indiqué dans les cas suivants :

- Patients sous alcool : les processus d'association ne peuvent se faire.
- Femmes enceintes : chez les personnalités borderlines, on peut assister à des syndromes dépressifs.
- Epilepsie, manifestations dissociatives, peuvent engendrer des troubles de pré-épilepsie.
- Psychoses chroniques : toutefois, dans le cas d'une « schizophrénie stabilisée », si le transfert est bien établi, l'utilisation de l'EMDR peut être envisagée en milieu hospitalier. Dans le cas d'une psychose maniaque-dépressive, le traitement est possible mais il y a un risque de rechute et il est préférable de le faire quand la personne est correctement équilibrée « entre rire et tristesse ».
- Prise de certains médicaments tels que les benzodiazépines (Séresta, Lexomil...) ; les neuroleptiques (Largactil, Haldol, cependant l'utilisation de l'Haldol retard ne gêne pas) ; les neuroleptiques atypiques tels que Solian, Risperdal ont une action sur la dopamine, ils ont moins d'effets sédatif et pyramidal que les autres et altèrent moins les capacités cognitives. Il est donc possible de traiter la personne avec l'EMDR.
- L'utilisation des antidépresseurs de la série recapteur de la sérotonine n'offre pas de contre-indication.

2.5. Ethique et déontologie

Trois formations initiales dispensées en France sont reconnues par EMDR Europe et permettent d'obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe » : 2 formations dispensées par des instituts ou écoles et une formation universitaire. Il s'agit des formations suivantes, présentées dans l'ordre chronologique de leur création :

- L'Institut Français d'EMDR, créé par David Servan Schreiber <http://www.essentia.fr/>
- L'École Française de psychothérapie EMDR <http://www.efpe.fr/>
- Le DU de psychothérapie EMDR, psycho traumatologie et compléments psychopathologiques à l'Université de Lorraine (sur 2 ans)

Pour obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe », une formation initiale de 49h de formation théorique et pratique et de 20 heures de supervision pratique est nécessaire. Cette formation se décompose en 2 niveaux.

L'université de Lorraine va également ouvrir un nouveau DU à la rentrée 2015, il s'agit d'une spécialisation en EMDR pour une utilisation auprès des enfants, adolescents et familles. Ce DU de prise en charge des enfants, des adolescents et des familles avec la psychothérapie EMDR nécessite comme prérequis une formation initiale en EMDR (au minimum le niveau 1).

Par ailleurs, pour voir son diplôme de praticien EMDR reconduit, tout praticien EMDR doit collecter 50 crédits de formation continue en 5 ans. Les organismes souhaitant proposer des formations continues doivent les soumettre à la commission Formation continue et la réaccréditation de l'association EMDR France, qui validera ou non la formation et lui attribuera un nombre de crédits après examen de son contenu.

Plusieurs organismes proposent ainsi des formations continues accréditées par l'association EMDR France, par exemple :

- L'école française de psychothérapie EMDR
- L'Institut français d'EMDR
- L'université de Lorraine (équipe Psychologie de la santé de Metz), qui propose annuellement des rencontres européennes des doctorants travaillant dans le champ de la thérapie EMDR (5ème rencontre en Juin 2015) et organise des congrès « EMDR et dissociations : modèles et prise en charge » (Nov 2015).
- L'association Synchronie (<http://www.synchronie.org/>), créée en 2002. Il s'agit d'une association spécialisée en victimologie et psycho traumatologie, qui a mission de formation, information, supervision, prévention et conseil, dans les domaines du stress, de la violence, des traumatismes psychiques, des conduites suicidaires, auprès des professionnels rencontrant des publics en difficulté.
- L'IETSP (Institut européen de thérapies somato-psychiques <http://www.ietsp.fr/>), reconnu par la CFHTB (confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves). Cet institut propose différentes formations, dont des formations à l'utilisation de l'EMDR, notamment dans le traitement des traumatismes complexes.

2.6. Etudes et recherches cliniques

Le rapport de l'Inserm se limite à l'évaluation de l'EMDR dans la prise en charge du stress post traumatique. Il est néanmoins intéressant de préciser que de plus en plus d'indications font l'objet d'essais cliniques en EMDR, en particulier les phobies et troubles anxieux, les douleurs chroniques, les addictions, les troubles bipolaires, et plus récemment les psychoses.

Ainsi, le registre clinicaltrials.gov recense actuellement 15 essais cliniques en cours sur l'EMDR portant sur l'ESPT ou une des indications mentionnées ci-dessus.

En France, nous pouvons citer le laboratoire de psychologie de la santé de l'université de Lorraine-pôle de Metz (Pr Elisabeth Spitz et Pr Cyril Tarquinio), qui est actif dans la recherche en EMDR, en particulier dans les domaines du cancer et de la douleur.

CHAPITRE 3 : LES TECHNIQUES DE RELAXATION ET DE DEVELOPPEMENT PERSONNEL

I. La Boîte à outils de la relaxation

1. Contrôle respiratoire (23),(29),(30),(31)

C'est la technique de base, l'ancrage de toutes les méthodes. Cette technique est pour beaucoup de patients la première expérience de relaxation, mais c'est aussi la pratique la plus fréquente chez tous les pratiquants, même les plus chevronnés. Le contrôle respiratoire s'oppose à l'hyperventilation, associée, elle, à la réponse au stress. Il a donc pour but :

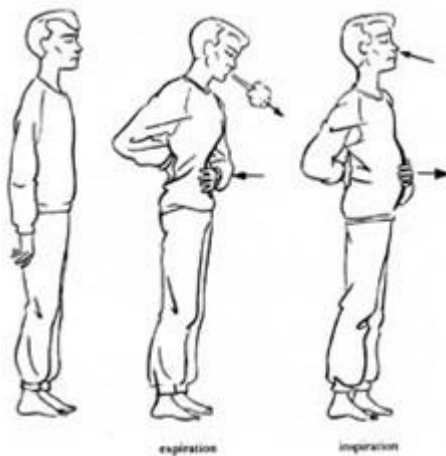
- D'éliminer rapidement les signes qui peuvent déclencher et renforcer la spirale de l'émotion anxieuse
- D'induire, de faciliter, de renforcer un état de relaxation générale par un ancrage rapide.

1.1. Prise de conscience de la respiration

Premier exercice de centration où l'on demande de porter simplement son attention sur le fait de respirer. Il est inutile de donner trop de consignes. Il est plutôt préférable de laisser le sujet prendre progressivement ses marques.

On distingue la respiration guidée de la respiration spontanée. Dans la respiration guidée, on peut fixer le rythme, les temps inspiratoires et expiratoires, la respiration par le nez ou par la bouche, la mobilisation abdominale ou thoracique.

- Respiration abdominale



La respiration abdominale(29)

Afin de permettre au sujet de favoriser la respiration abdominale, l'exercice le plus pratiqué consiste, en position assise, à mettre une main sur la poitrine et une main sur le ventre en inspirant et en expirant par le nez de façon à gonfler le ventre tout en essayant de ne pas bouger la partie haute du thorax. Puis l'entraînement se poursuit en reposant les mains dans la position habituellement adoptée dans la relaxation.

1.2. Réduire la fréquence respiratoire

Il faut avant tout faire mesurer au sujet sa fréquence respiratoire spontanée. On lui demande de compter les cycles respiratoires sur une minute (on donne le top de début et de fin). On va donc se situer

généralement dans une fourchette comprise entre six et quinze cycles par minute. On va pouvoir travailler la diminution de la fréquence par paliers avec des objectifs réalisables par le sujet. Plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre.

- Respiration guidée

La prise de conscience des temps inspiratoires et expiratoires peut avoir un effet de ralentissement. Aussi, chez certains sujets, le fait de se centrer sur la respiration est anxiogène et perturbe au contraire le cycle. On l'évite en respectant une progression régulière. On peut aussi demander au sujet de suivre votre propre cycle, puis de pratiquer lui-même un rythme assez lent. On demande au sujet d'insister sur le temps expiratoire et d'avoir une respiration abdominale plutôt que thoracique.

- Comptage

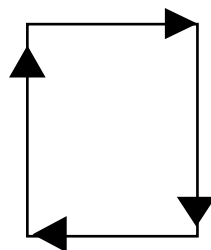
Il permet de réduire la fréquence mais également de travailler la régularité du rythme. C'est assez classique de demander au sujet de compter. Par exemple, on peut se caler sur dix temps :

- Trois temps sur l'inspiration
- Deux temps sur la pause
- Cinq temps sur l'expiration
- Deux temps sur la pause

Par la suite, on peut progressivement ralentir le comptage pour arriver au final à la fréquence dite « de résonance », autour de six cycles par minute, en se calant sur une seconde par temps.

Différentes séquences peuvent être proposées qui apportent progressivement une maîtrise de plus en plus importante de la diminution de la fréquence respiratoire.

- Respiration en rectangle
 - Inspiration, deux ou trois temps.
 - Pause, un temps.
 - Expiration, deux ou trois temps.
 - Pause, un temps.



Inspiration sur la longueur, pause sur la largeur, expiration sur la longueur, pause sur la largeur, et ainsi de suite...

- Respiration monitorée

La façon la plus précise de s'entraîner au contrôle respiratoire est d'utiliser un métronome respiratoire, comme il en existe sur certains appareils de biofeedback. On peut ainsi réduire progressivement la fréquence respiratoire comme dans l'exercice de variabilité cardiaque où la fréquence « idéale » est environ à six cycles par minute.

Le temps expiratoire est un peu prolongé (six secondes) par rapport au temps inspiratoire (quatre secondes).

1.3. Respiration dynamique

La respiration accompagne une mobilisation plus dynamique du corps et pas nécessairement un relâchement, d'où son nom. Les exercices vont se pratiquer debout et en mouvement. La respiration permet de recentrer l'attention sur le corps et de prendre conscience des points d'appui, des tensions et des relâchements musculaires.

Dans cette approche, on ne cherche pas à ralentir la respiration à tout prix mais à imprimer un rythme. La respiration entre en phase avec le corps. Quelques exercices très simples peuvent être proposés.

On va mobiliser les muscles thoraciques et ainsi détendre l'ensemble des muscles de la cage thoracique, comme on le fait en relaxation musculaire progressive. L'exercice le plus simple consiste, en position debout, à gonfler la poitrine lors d'une inspiration ample et forcée en dégageant les épaules et en écartant les bras en dehors du thorax, paume en avant, et ensuite à expirer en ramenant les épaules en avant et les bras en dedans.

On peut aussi, lors de l'inspiration, élever les bras au-dessus de sa tête et les laisser retomber lors de l'expiration en fléchissant le tronc comme si on allait toucher le sol.

On peut aussi, lorsque l'on inspire, serrer les poings et les relâcher lors de l'expiration. De nombreuses variantes de positions peuvent être proposées, que l'on retrouve par ailleurs dans le yoga ou dans la sophrologie.

1.4. Respiration en position allongée

De par la position allongée, cette variante permet d'explorer de nouvelles sensations du corps durant les exercices de respiration. On peut recommander classiquement de faire l'exercice allongé sur le dos, mais aussi allongé sur le ventre.

1.5. Découvrir des sensations en respirant

- Le vent dans les voiles



Le sujet est invité à fermer les yeux et à se centrer sur sa respiration. Ensuite, lors du temps expiratoire, on lui demande d'imaginer qu'il est à l'avant d'un bateau qui file sur l'eau et qu'il perçoit le bruit et la sensation du vent gonflant les voiles, et de la proue du bateau qui fend la mer. On insiste au début sur le temps expiratoire pour ensuite percevoir la sensation en « continu », uniquement rythmée par sa respiration

Vent dans les voiles(30)

- Le trajet de l'air



Le trajet de l'air(31)

C'est l'exercice le plus classique qui consiste à porter son attention sur les mouvements d'air lors de l'inspiration et de l'expiration, et sur les sensations qui leur sont associées. Il semble inutile de donner une description anatomique détaillée de l'appareil respiratoire (trachée, bronchioles, alvéoles) comme dans certains exercices. Il est nécessaire que la respiration soit guidée au début de l'exercice et surtout pendant les moments de respiration par la bouche ou le nez. Habituellement, l'exercice est proposé en inspiration-expiration par le nez. Ensuite, on peut proposer toutes les variantes, particulièrement l'inspiration par le nez et l'expiration par la bouche, pour permettre au sujet de percevoir ses sensations.

1.6. Centration sur la respiration

L'exercice de centration sur la respiration inaugure les techniques de méditation de pleine conscience. Il s'agit d'un exercice très simple qui sert d'ancrage à toutes les formes de relaxation et de méditation. L'exercice va débuter par la mise en place de la position de relaxation. Le patient va s'installer confortablement sur sa chaise, les pieds posés sur le sol, le dos bien droit, et pendant quelques secondes il va se centrer sur sa respiration et sur les mouvements réguliers et lents de son ventre et de sa poitrine.

- Le bruissement de la respiration

En se centrant sur la respiration par le nez, on invite le sujet à augmenter légèrement l'intensité de sa respiration afin qu'il entende en lui distinctement les deux temps, inspiratoire et expiratoire. Toute l'attention est centrée sur le son que le souffle émet en traversant les narines. On peut faire la même chose en demandant de respirer ou d'expirer par la bouche en serrant légèrement les lèvres et en créant une résistance, afin de pouvoir assez facilement moduler le son de l'air qui entre et sort de la bouche.

2. La relaxation musculaire (32),(33),(34)

Les exercices de relaxation musculaire peuvent se faire en position assise ou en position debout. La détente musculaire peut être obtenue schématiquement de trois façons :

- Par la contraction-décontraction musculaire successive de différentes parties du corps ;
- Par la mise en mouvement du corps par des étirements et des postures ;
- Par la suggestion ou l'autosuggestion de sensations corporelles conduisant à la détente.

2.1. Relaxation par la contraction-décontraction

Les exercices peuvent être proposés en plusieurs étapes à partir du découpage des différents segments du corps, permettant de réaliser des exercices de plus en plus courts. On peut par exemple débiter par la partie supérieure, puis généraliser à l'ensemble du corps une fois que le sujet parvient à induire une détente plus rapidement. Ces exercices se pratiquent le plus souvent en position assise dans leur version complète et également en position debout dans les versions abrégées.

Les exercices peuvent parfois paraître un peu longs et répétitifs. Ils permettent de mettre en mémoire des sensations corporelles et de les retrouver par des séquences de contraction-décontraction ne concernant que quelques groupes musculaires de façon très rapide ; par exemple en serrant les deux poings puis en détendant et en laissant la sensation de détente diffuser dans tout le corps.

Au fur et à mesure de l'entraînement, le sujet apprend à induire une relaxation musculaire rapide que l'on peut qualifier de « relaxation musculaire flash », utile pour gérer les paroxysmes émotionnels de façon immédiate.

Serrez les poings pendant quelques secondes... Relâchez maintenant vos poings pendant une durée beaucoup plus longue. Prenez conscience de cette sensation de détente et de la différence entre la sensation de contraction et celle de relâchement et de détente dans les doigts de vos mains, dans vos avant-bras et vos bras, qui a tendance à diffuser à l'ensemble de votre corps. Laissez pendant quelques secondes cette sensation de détente gagner presque instantanément l'ensemble de votre corps.

2.2. Relaxation musculaire par la suggestion

On peut également obtenir une détente musculaire en utilisant la suggestion directe ou indirecte et non la contraction-décontraction. On retrouve cette approche dans les techniques hypnotiques et dans la sophrologie. Comme pour la relaxation musculaire progressive, on procède muscle après muscle en détendant progressivement l'ensemble du corps. On guide l'esprit vers le corps, ce qui signifie que l'on va inviter le sujet à focaliser son attention sur une partie spécifique du corps afin de lui faire percevoir sa détente musculaire. On peut utiliser des formules des plus simples aux plus imagées : par exemple, la formule utilisée dans le training autogène de Schultz, « votre bras est lourd ». On peut suggérer aussi la sensation de détente de façon directe par d'autres formules, comme : « vous percevez une sensation de détente des muscles dans votre bras, votre membre supérieur est de plus en plus détendu ». Toutes les variantes sont possibles, dont l'utilisation de formules moins directives et plus imagées : « vos deux bras ne sont pas contractés de la même façon selon votre position, votre activité...lequel de vos deux bras est le plus détendu, le droit ou le gauche ? Une fois que vous avez repéré le bras le plus détendu, centrez-vous sur cette sensation de détente musculaire. » On verra également que l'on peut utiliser la visualisation pour fixer l'attention sur les différentes parties du corps concernées : « vous imaginez bien les contours de votre bras qui devient de plus en plus lourd ».

Lorsque la perception de la sensation de lourdeur puis de celle de chaleur ont été bien fixées à partir d'un bras, voire des deux, on peut généraliser cette sensation de façon plus rapide, la suggestion directe faisant son effet : « comme vous venez de percevoir cette sensation de

lourdeur dans votre bras droit, vous allez découvrir que votre bras gauche s'alourdit lui aussi et devient de plus en plus lourd, et vous retrouvez les sensations perçues à droite, maintenant dans tout votre bras gauche. Puis cette sensation de lourdeur diffuse maintenant à la partie inférieure de votre corps... »

Une variante existe. Elle cherche à induire, au contraire, la sensation de détente par suggestion d'une sensation de légèreté. Cette variante convient mieux à certains patients qui supportent mal la sensation de lourdeur et de chaleur, donnant parfois l'impression d'être collé sur la chaise, d'étouffer au sol ou de se couvrir de sueur.

2.3. Exercice de relaxation dynamique

La relaxation dynamique correspond au fait de se relaxer sans toutefois induire une détente généralisée à l'ensemble du corps. C'est le cas lorsque l'on induit une relaxation par des étirements, des pressions, des massages ou des postures.

Une partie du corps peut être mise en tension sans pour autant induire des tensions inutiles. Les exercices d'assouplissement, d'étirement et de posture permettent de détendre la musculature, de favoriser les fonctions physiologiques et la souplesse des tendons et des articulations. Les exercices doivent être adaptés à l'âge et aux possibilités physiques du patient. Ils se distinguent d'une activité physique habituelle par le fait que toute l'attention est portée sur la réalisation du mouvement. La respiration reste un élément très important, elle peut agir comme un synchronisateur du mouvement (exemple : inspiration lors de la préparation du mouvement et expiration lors de sa réalisation) ou rester libre sans consigne particulière.

II. La relaxation musculaire progressive

1. Histoire et présentation

Le principe de base a été décrit par le médecin américain Edmund Jacobson. La détente musculaire est obtenue par contraction-décontraction successive de l'ensemble des groupes musculaires selon un protocole structuré et assez long, établi par l'auteur (Jacobson, 1980). Le besoin d'une technique plus simple et rapide de relaxation s'est fait réellement sentir. Elle nécessite un entraînement et surtout une application concrète face à des symptômes anxieux ou autres présentés par le sujet.

On s'est orienté vers des techniques de relaxation musculaire pouvant être utilisées dans les situations réelles de la vie, afin d'apprendre à maîtriser les symptômes anxieux. Le patient n'expérimente plus la technique en tant qu'acteur passif, il devient un acteur actif de la relaxation. On peut parler de relaxation par soi-même ou self help relaxation.

La méthode développée par Öst (1987) part des principes de relaxation progressive, mais elle apprend au sujet à se relaxer au cours de périodes successives et courtes et à transférer l'état de relaxation à des situations de la vie quotidienne.

2. La relaxation appliquée d'Öst

Elle propose six étapes :

- La contraction-décontraction
- La décontraction seule
- La relaxation conditionnée ou contrôlée par signal
- La relaxation différentielle
- La relaxation rapide
- L'entraînement à l'application

L'auteur considère qu'en utilisant la contraction-décontraction, l'état de relaxation s'obtient en quinze à vingt minutes, la relaxation conditionnée en deux à trois minutes, la technique différentielle en soixante à quatre-vingt-dix secondes et la relaxation rapide en vingt à trente secondes. L'objectif est de pouvoir utiliser la relaxation face au stress de la vie quotidienne. Le protocole est bien établi : huit à douze séances pratiques, avec un entraînement deux fois par jour à la maison. L'entraînement en dehors des séances est une étape indispensable du programme.

Cette technique a été proposée pour les troubles anxieux (dont l'anxiété généralisée et les attaques de panique). Öst (1989) se réfère au modèle cognitif et des consignes de repérage des situations de stress et d'exposition sont données dans le protocole, ce qui en fait une relaxation particulièrement bien adaptée au traitement cognitif de l'anxiété.

Les exercices sont proposés en position assise ; l'auteur avance l'idée que la plupart des manifestations anxieuses surviennent dans cette position, et non en position allongée.

- La contraction-décontraction

Elle concerne différents groupes musculaires. La première séance s'intéresse à la partie supérieure du corps et la seconde au corps entier en ajoutant la partie inférieure du corps à l'exercice initial. Pour détendre la partie supérieure, le praticien induit la consigne de contracter successivement les mains, les bras, le visage, la nuque et les épaules. La contraction dure cinq secondes et la décontraction dix à quinze secondes. La technique consiste à serrer le poing droit et à se centrer sur la sensation de tension, puis à relâcher et se centrer sur la sensation de détente musculaire de la zone concernée. La consigne est : « Serrez fort le poing droit pendant quelques secondes puis relâchez, centrez-vous sur la sensation de détente et prenez bien conscience de la différence entre la tension et la détente de vos muscles de la main et de l'avant-bras droit. »

- La détente

Pour réduire le temps d'induction, le praticien va uniquement donner une consigne de détente. La séance débute en se centrant sur la respiration et les mouvements respiratoires. Cela facilite la focalisation de l'attention sur les différents groupes musculaires. Ensuite, comme pour la contraction-décontraction, la consigne de détente concerne les différents muscles, successivement nommés, des poings jusqu'aux pieds. La consigne pour débiter est : « Détendez les muscles des poings. »

- Le signal

Afin de réduire encore le temps mis pour se relaxer, le thérapeute va associer à la consigne de détente un mot, comme « relaxer » ou « relax ». Avec la répétition des exercices, l'induction pourra se faire en donnant le signal par le mot « relax ». Cette étape s'accompagne d'une respiration ample, régulière et lente qui s'apparente au contrôle respiratoire. Pour l'auteur, un pratiquant entraîné parvient à se relaxer en deux à trois minutes.

- La relaxation différentielle

Cette étape marque la phase du module plus active où les participants vont s'engager dans l'action et non plus rester passifs. Le but est de maintenir détendues les parties du corps qui ne sont pas impliquées dans une action. On démarrera par des exercices en position assise concernant des gestes simples avec les mains ou les bras, puis on enchaînera avec des exercices en position debout. Le participant va se focaliser à la fois sur les parties impliquées dans l'action et sur celles qu'il maintient détendues. Le but est d'économiser les tensions inutiles. Cette approche donne un style plus dynamique à la relaxation musculaire, considérée habituellement comme passive. Un exercice classique consiste à écrire assis sur une feuille de papier posée sur une table en maintenant détendus les muscles qui ne sont pas impliqués.

Exemple : Prenez un crayon ou un stylo, serrez-le très fort et écrivez lentement votre prénom, votre nom et votre adresse sur une feuille de papier. Vous sentes bien le contact des doigts, la contracture de la main qui se propage à l'avant-bras vers le bras droit si vous êtes droitier et gauche si vous êtes gaucher. Concentrez-vous sur cette sensation de tension musculaire. Maintenant, vous allez explorer la main et le bras opposés et chercher si votre corps est bien d'étendu. Si vous notez une tension parce que le bras opposé est serré contre votre corps et que vous maintenez une position d'équilibre d'une partie ou que vos orteils sont fléchis, détendez le reste du corps qui n'est pas engagé. Mettez bien en évidence la différence entre la partie du corps tendue impliquée dans l'action et le reste du corps au repos. Déjà, vous pouvez vous rendre compte que vous contractez parfois des muscles inutilement et cela augmente la tension : vous pouvez agir en évitant de contracter ces muscles inutilement.

Ensuite, le sujet pratique la relaxation différentielle en position assise puis lors de la marche. Il commence par bien détendre les muscles du visage ou des poings qui ne sont pas impliqués et qui ne servent à rien dans le mouvement de marche. Puis il se concentre sur les différentes tensions mises en jeu lors de la marche et comme pour l'exercice précédent, il va prendre conscience des tensions inutiles et tentera de laisser certains muscles au repos alors que d'autres sont normalement sous tension.

- Programme d'application :

Dans cette dernière phase, on recommande d'identifier des situations de stress afin de prévenir la réponse par une relaxation rapide, aboutissement des différentes phases d'apprentissage. L'exposition peut se faire dans un premier temps par visualisation, puis dans la vie réelle.

Öst et coll. (1984) postule que sa méthode agit sur les trois dimensions de l'anxiété :

- Physiologique par la relaxation musculaire
- Comportementale par la relaxation différentielle et l'exposition aux stressseurs
- Cognitive par le déclenchement du mot signal

Il distingue sa méthode de la relaxation musculaire progressive en utilisant le terme « relaxation musculaire appliquée ».

3. Les résultats des études scientifiques (32)(33)(34)

A partir de cette technique très protocolisée, différentes études contrôlées montrent la supériorité de la relaxation musculaire progressive par rapport à un groupe en liste d'attente dans différents troubles anxieux et phobiques. La relaxation musculaire appliquée serait aussi efficace que la thérapie cognitive pour traiter l'anxiété généralisée. La relaxation musculaire progressive peut trouver une application également dans d'autres indications où elle se révèle efficace, comme l'asthme.

Dans les pathologies associant des douleurs et des contractures musculaires, l'application de la relaxation musculaire progressive peut être difficile chez certains patients qui préféreront un mode d'entrée moins centré sur la détente musculaire. Dans les états de stress et d'anxiété, une méta-analyse montre que la relaxation musculaire appliquée est la technique la plus efficace comparativement à la relaxation musculaire progressive et au training autogène (Manzoni et coll. 2008). Pour Conrad et Roth (2007), l'effet de la relaxation musculaire ne passe pas forcément par la réduction de la tension musculaire qui n'est d'ailleurs pas toujours observée, mais par un effet physio-psychologique plus global.

Les sujets ayant appris la relaxation musculaire peuvent continuer à la pratiquer par eux-mêmes. Une étude de follow up montre qu'au bout d'une année, la relaxation musculaire reste plus pratiquée par les sujets que des techniques plus complexes comme le yoga, plus souvent abandonné.

III. Le Yoga (34)(35)(36)(37)

1. Histoire et présentation

Le hatha yoga ou yoga postural est une pratique millénaire qui se différencie d'autres méthodes de méditation par la mobilisation du corps au cours de postures et d'enchaînements. Il en existe un grand nombre qui intéresse toutes les parties du corps. La respiration accompagne la préparation, l'exécution et la récupération de chaque mouvement, durant lequel l'attention est dirigée sur les sensations corporelles.

Le yoga fait partie intégrante de la médecine traditionnelle indienne ayurvédique. La pratique des postures est associée à des règles de vie ainsi qu'à des croyances sur l'équilibre de vie et sur les rapports du corps et de l'esprit. Ces principes de base sont inscrits dans la pratique et invitent à la maîtrise de soi et à l'apaisement psychologique.

Le yoga s'est ouvert depuis plusieurs décennies en Occident à des enseignements et des pratiques plus libres, laissant à chacun la liberté de ses propres croyances et styles de vie. Mais le yoga est aussi une thérapie qui a été proposée comme médecine complémentaire en Occident. Des études scientifiques ont montré que la pratique du yoga, même pendant une période de quelques mois, apportait des bénéfices pour beaucoup de problèmes de santé physiques et psychologiques. Globalement, il a été mis évidence une baisse du stress perçu, de l'anxiété, du niveau de dépression et une amélioration de la qualité de vie. Après des sessions de yoga, une baisse de cortisol, l'hormone du stress, a même été constatée.

Le yoga agit sur les états de stress et d'anxiété par différents mécanismes :

- La réduction des tensions musculaires particulièrement dans le dos ;
- L'apprentissage de l'équilibre
- Les grandes amplitudes thoraciques favorables à la respiration
- Les enroulements permettant de ressentir l'intériorité
- Les inversions (tête plus basse que les autres parties du corps) menant à un apaisement de mental.

Le yoga peut se pratiquer de façon isolée, mais il peut être aussi associé à d'autres techniques de relaxation et de méditation. Par exemple, le hatha yoga fait partie intégrante du programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience MBSR (Mindfulness based stress reduction) développée aux Etats-Unis. Il facilite et renforce l'attention portée aux sensations corporelles produites par les autres exercices de pleine conscience comme le balayage corporel.

L'association du yoga aux autres techniques de gestion de stress et de relaxation peut également être très utile.

2. Principes du yoga utiles à la pratique

- Abandon physique et psychique

Chacune des séances débute par environ dix minutes d'entrée dans la pratique en posture du cadavre (shavasana). C'est une posture transitoire qui permet de mettre de côté le quotidien pour se consacrer à la pratique, au moment présent, en s'ancrant sur le souffle.

- Retrait des sens – pratyahara

Durant ce moment de détente, il est demandé aux patients de tourner petit à petit les sens, généralement dirigés vers l'extérieur, vers l'intérieur d'eux-mêmes. Cela permet d'accéder à l'intériorisation et à l'attention sur ses propres impressions. La pratique avec les yeux clos est recommandée.

- Observateur – drashtar

Lors du guidage de cette phase de relaxation introductive, les pratiquants sont invités à se placer comme un témoin, un observateur de toutes les sensations, les ressentis et les émotions qui peuvent survenir pendant la pratique.

- Vide – état de shunya

Grâce au premier mouvement proposé, les pratiquants effectuent une première expiration afin de créer un vide préalable à la pratique. Cette profonde expiration provoque un vide pulmonaire et psychique pour relâcher toutes les tensions et les pensées.

- Lâcher-prise – ishvara pranidhana

Les moments d'expiration, de détente, de relaxation et de relâchement amènent une forme de détachement, de non-contrôle de lâcher-prise. Ces termes sont induits plusieurs fois pendant les séances.

- Concentration – dharana

Plusieurs fois pendant la pratique, les participants sont invités à porter leur attention uniquement sur la respiration.

- Détente et fermeté – sthira sukha

Les postures de yoga sont travaillées en trouvant l'effort juste selon ses possibilités. Pour cela, il est recommandé d'analyser le rythme de la respiration pour savoir si le moment est venu de quitter la posture. Le pratiquant doit trouver une sensation de fermeté dans les asanas tout en restant détendu.

- Non-nuisance – ahimsa

Un des principes fondateurs du yoga est la non-violence, la non-nuisance. Le respect de ce principe commence par soi. Il est donc important de respecter ses limites dans la pratique et de les accepter. Il n'y a de compétition ni avec soi-même, ni avec les autres. Il n'y a pas non plus d'objectif ou de performance à atteindre. Chaque posture est exécutée en fonction de ses propres capacités. Il ne s'agit pas de faire des postures parfaites mais de réaliser les postures en se respectant

- Arrêt des perturbations du mental – chitta vritti nirodha

Notamment pendant les suspensions de souffle, les patients sont amenés à observer la pause qui s'installe au niveau du mental. Le cours des pensées peut être arrêté.

3. Les postures

Elles peuvent être pratiquées à partir de différentes positions : assis, debout ou couché sur le ventre et sur le dos. Il en existe des milliers.

Les postures facilitent la détente musculaire et la prise en compte du schéma corporel. Leur caractéristique principale est l'étirement. On étire certains groupes de muscles par un travail progressif et régulier. Après avoir exécuté une posture, on fait une contre-posture pour rééquilibrer le corps. La lenteur d'exécution favorise l'introspection et la prise de conscience de chaque partie du mouvement. Les postures favorisent un alignement optimal du corps et un bon équilibre musculaire. L'équilibre corporel contribue à l'équilibre émotionnel et au bien-être psychologique. Avec la pratique, les postures sont réalisées de plus en plus

lentement. Si le yoga requiert un apprentissage assez long, certaines postures peuvent être réalisées assez facilement. Il est recommandé de ne pas forcer et de se concentrer sur la position d'équilibre en essayant de la maintenir, ce qui se fera de façon progressive au cours des exercices. Certaines postures mobilisent plus spécifiquement une partie du corps en se centrant sur la ceinture pelvienne, scapulaire, lombaire, les membres supérieurs ou inférieurs, les systèmes digestifs et circulatoires...

- Quelques postures de base du yoga



Postures de yoga(34)

4. Déroulement d'une séance

Une séance de yoga se déroule de la façon suivante :

- Il est recommandé d'être à jeun, de vider sa vessie et ses intestins et de porter des vêtements confortables
- On commence par la salutation au soleil et on enchaîne des postures ayant pour but de réchauffer le corps tout en étirant les différents segments musculaires.
- Par la suite, on exécute différentes postures d'étirement ou d'équilibre.
- Selon le niveau d'avancement des participants, la séance se termine par des exercices de respiration ou par une méditation.

5. Le tai-chi et le qi gong



Entraînement de QI GONG(35)

Ces deux techniques sont, comme le yoga, basées sur le mouvement du corps. Elles sont issues de la médecine chinoise et sont très pratiquées en Asie, dans la vie quotidienne. Le tai-chi dérive d'une conception philosophique basée sur l'opposition entre les différents éléments, le yang (activité), le yin (inactivité) et le qi (l'énergie du souffle). En référence au yin et au yang, les mouvements sont circulaires. Ils sont censés balancer le qi, ou l'énergie vitale, dans les méridiens du corps, en le fortifiant pour conserver la santé. Chaque technique diffère par les postures, les enchaînements, le rythme et le niveau de difficulté. Toutes sont basées sur la coordination des mouvements, la concentration, la relaxation, la nécessité de connaître le nom des positions et mémoriser les enchaînements. Le mouvement est lent, jamais forcé, léger et continu, sans saccade ni arrêt. La concentration de l'esprit guide le mouvement. On peut qualifier le tai-chi de « méditation en mouvement ». Le qi gong combine la coordination de différentes techniques respiratoires avec différentes postures, des mouvements du corps et des méditations. En occident, ces pratiques suscitent un intérêt croissant comme art martial (pour le tai-chi) ou comme pratique associée au développement personnel et au mieux-être physique. Bien qu'il existe de plus en plus d'études il manque encore des travaux de validation pour mieux préciser leurs applications dans le domaine de la thérapie et de la médecine.

6. Résultats des études scientifiques (36)(37)

Le yoga est aux Etats-Unis la médecine complémentaire la plus recherchée par les patients. Une étude montre que 7,5% d'adultes américains, soit 15 millions, ont pratiqué le yoga au cours de leur vie, et que 3,8% d'entre eux, soit 7,4 millions, l'ont pratiqué au cours de l'année (68% vs 50% de femmes) trouvent une efficacité comparable à celle de la relaxation musculaire sur dix semaines, à raison d'une séance hebdomadaire. Kirkwood et coll. (2005) ont revu huit études qui montrent globalement une efficacité pour le traitement des TOC, de la phobie des serpents et de la névrose d'angoisse, mais ils soulignent les problèmes méthodologiques.

Les études portent principalement sur les apports dans le domaine de l'anxiété des problèmes cardiaques, de l'hypertension artérielle (HTA), de l'asthme, du diabète, de l'épilepsie, des douleurs comme les lombalgies (Galantino et coll. 2004 ; Sherman et coll. 2005) et des cancers (Khalsa, 2004b ; Moadel et coll. 2007 ; Patel, North 1975 ; Ramaratnam, Sridharan 2004 ; Rajesh et coll. 2006).

Pour certains auteurs, on peut parler de « yogathérapie » et de l'utilisation du yoga dans une démarche non pas spirituelle, mais thérapeutique. Elle semble de plus en plus validée par des équipes de scientifiques occidentales et non plus seulement par des équipes indiennes pour qui le yoga est traditionnellement enseigné.

Toutes les revues récentes suggèrent l'intérêt du yoga dans de nombreux problèmes médicaux et psychologiques, mais elles soulignent les difficultés méthodologiques liées à la reproductibilité de la technique tant son champ est vaste. La part de spiritualité, l'implication nécessaire des participants, l'expérience de l'enseignement et le temps à y consacrer sont des facteurs qui rendent difficile l'évaluation du yoga dans les domaines médicaux et psychologiques. Cependant, pour certains, on peut pratiquer sans forcément s'engager dans une voie spirituelle. Car le yoga n'est pas une religion en soi, mais plutôt un enseignement qui peut mener à une meilleure connaissance de soi et à une conduite plus personnelle face au monde.

IV. La sophrologie (38),(39),(40),(41)

1. Histoire et présentation



Alfonso Caycedo(38)

Alfonso Caycedo a créé le terme « sophrologie » à partir des mots grecs « sos » (harmonie), « phrên » (esprit) et « logos » (étude), soit l'étude de la conscience en harmonie (Caycedo, 1964). Ce neuropsychiatre d'origine colombienne, mais ayant fait toute sa carrière en Espagne, s'est d'abord beaucoup intéressé aux niveaux de conscience et à l'hypnose médicale. C'est au cours d'un voyage de

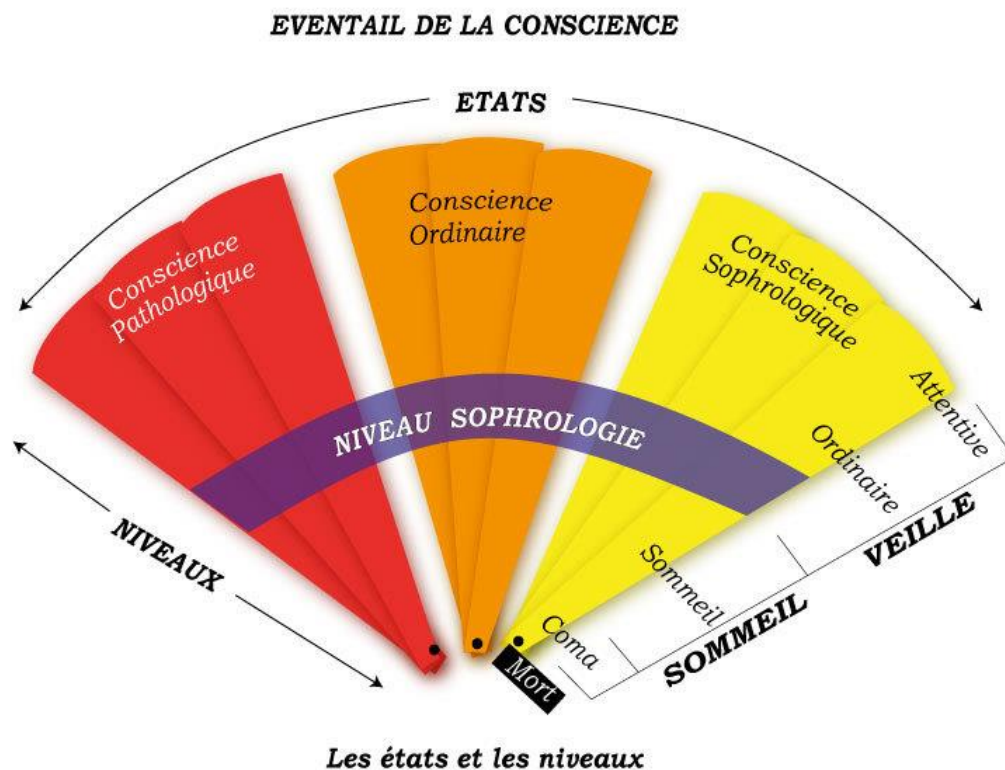
deux ans en Asie qu'il découvre les techniques orientales du yoga (en Inde), du bouddhisme traditionnel (en Chine et au Tibet) et du zen (au Japon). Il conçoit une méthode nouvelle qui définit comme un pont entre l'Orient et l'Occident dont le grand intérêt est d'avoir associé l'hypnose, le training autogène de Schutz, la relaxation musculaire, le yoga et la méditation. Il propose des outils très pratiques comme la respiration, des exercices mentaux, des visualisations et un travail corporel.

2. Principes

Les bases théoriques reposent sur l'analyse des états et des niveaux de conscience. Il distingue les états à « variation qualitative » et les niveaux à « variation quantitative ». Il distingue différents états de conscience :

- Un état dit ordinaire ou normal
- Un état de conscient pathologique
- Un état de conscience sophronique obtenu par sophronisation qui permettrait de passer du pathologique au normal.

Parallèlement, il distingue trois niveaux de conscience : la veille, le sommeil et entre ces deux états, l'état sophroliminal.



Les différents niveaux de conscience en sophrologie(39)

Caycedo se situe dans une approche globale et humaniste ; il veut à la fois faire de la sophrologie une science et une philosophie de vie, basée sur un modèle qui fait référence à des concepts neurophysiologiques, dont l'objectif est le développement du potentiel positif de chacun. Il se reconnaît des influences parmi la philosophie phénoménologique existentielle de Biswanger et Heidegger. Il tente aussi d'expliquer la relation aux autres en la ramenant à des données générales de la conscience qui englobent en sophrologie des composantes psychologiques, émotionnelles et physiques.

La sophrologie associe différentes techniques : respiration dirigée, perception de sensations corporelles, concentration sur une image mentale (visuelle, auditive, olfactive, émotionnelle), évocation d'une situation, renforcement du schéma corporel des organes sensoriels, perception des formes et du poids du corps, de l'équilibre, méditation.

3. Les exercices de sophrologies

Ils sont regroupés schématiquement en deux groupes :

- Les sophronisations
- Les relaxations dynamiques

- Les sophronisations

La sophronisation consiste à modifier l'état de conscience et donc à se situer dans un état dit « sophroliminal » afin d'évoluer vers un état de conscience « sophronique ». Décrits comme des méthodes courtes (environ quinze minutes) avec des objectifs à court terme, ce sont des exercices de centration, d'attention, de visualisation, de découverte de sensations, d'évocations d'émotions liés à un souvenir et de retour sur le passé, de projections sur des événements futures.

- Les « relaxations dynamiques »

Ce sont les techniques de base proposées par la sophrologie, elles sont assez longues car elles durent environ une heure, en position debout et assise. Elles se décomposent en plusieurs degrés.

- 1^{er} degré : prise de conscience du schéma corporel
- 2^e degré : contemplation du schéma corporel
- 3^e degré : elle est tournée vers la méditation et le renforcement d'actions positives. Elle correspond à une phase de développement personnel incitant à vivre d'avantage dans le présent.

4. Les étapes de la séance de sophrologie

La séance de sophrologie se divise en plusieurs étapes :

- Le dialogue pré-sophronique

C'est la phase précédant la relaxation.

- La sophronisation

Elle correspond à la technique de relaxation proprement dite qui consiste à relaxer alternativement les différentes parties du corps.

Le sujet va se concentrer sur une zone de chaque système corporel. La sophronisation s'effectue généralement de haut en bas (tête vers les pieds), en position assise. Lorsqu'il est sophronisé, on considère qu'il a atteint le niveau « sophroliminal ».

- L'activation intrasophronique :

Lorsque le sujet est dans un état sophroliminal, on applique des techniques d'activation parmi lesquelles on peut décrire :

- Le sophro-déplacement du négatif (SDN), qui consiste à évacuer et déplacer le négatif lors d'une expiration forcée.
- La sophro-présence immédiate, qui correspond à l'inverse de la technique précédente : le sujet focalise sur le temps inspiratoire le positif (émotions, pensées, sensations et souvenirs agréables).
- La sophro-respiration synchronique, qui consiste à synchroniser les mouvements respiratoires (inspiration et expiration) soit avec des mouvements corporels, soit avec des images ou des sensations agréables. On peut considérer cette technique comme un approfondissement et une généralisation de l'état de relaxation. On peut utiliser des images (mouvements de vagues), un mot répété en soi comme « calme », « détente ».
- La sophro-acceptation progressive, qui consiste en la visualisation d'une situation future qui généralement doit se réaliser dans la vie du sujet (épreuve, examen, confrontation, etc.).
- La sophro-mnésie libre, qui consiste à rechercher des souvenirs positifs et agréables en essayant de s'en imprégner le plus possible.
- La sophro-correction sérielle, qui peut être assimilée à une exposition en imagination graduée à des situations que le sujet redoute dans la vie de tous les jours. Le sujet va s'exposer en suivant la hiérarchie préétablie.

Le but est de faire varier les niveaux de conscience pour accéder à un niveau de conscience sophronique. En début de séance, le sujet se situe à un niveau de conscience éveillé qui, en dehors d'un état pathologique, correspond à un état de conscience ordinaire. La séance par les sophronisations le fait descendre à un niveau de conscience appelé ISOCAY, la dynamisation positive le fait accéder à un état de conscience sophroliminal, l'activation ou désophronisation le fait remonter à un niveau de conscience éveillé plus calme. Au fil des entraînements, le patient atteint un niveau de conscience sophronique et s'y maintient plus aisément.

5. Validation des études scientifiques

Bien que très pratiquée en France et dans d'autres pays francophones ou hispaniques, la sophrologie n'a pas fait l'objet d'études scientifiques structurées. Les nombreuses publications consacrées à la sophrologie développent plus les aspects théoriques que

l'application pratique des exercices. Des programmes ont été spécifiquement élaborés pour la préparation à l'accouchement. Les exercices sont souvent proposés dans les maternités par les sages-femmes formées à la sophrologie, mais il n'y a pas d'études contrôlées de la sophrologie comparées à d'autres techniques.

- Demande officielle auprès de l'Inserm (Novembre 2014) :

La Chambre a fait une demande officielle auprès de l'Inserm pour qu'une recherche soit initiée par le Ministère de la Santé avant le premier trimestre 2015.

Cette recherche doit permettre d'établir une fiche « Sophrologie » dans la liste des pratiques bénéfiques pour la santé.

- La sophrologie vue par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail :

La sophrologie contribue, pour reprendre les termes de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail pour définir le stress, à rétablir un meilleur équilibre entre la perception qu'une personne a de ses ressources et celle qu'elle a des contraintes de son environnement.

Elle apporte des outils pour décompresser, mais aussi pour améliorer la confiance en soi, tout en apprenant à prendre du recul sur les facteurs stressants et ainsi à minimiser leurs impacts.

En aidant à développer les capacités nécessaires pour faire face au stress, la sophrologie s'inscrit comme un outil efficace de prévention secondaire, en complément d'actions de prévention primaire servant à réduire les sources du stress.

V. La méditation(42),(43),(44),(45),(46),(47),(48),(49),(50),(51),(52),(53),(54),(55)

1. Histoire et présentation



La méditation(42)

Née il y a plus de trois mille ans en Inde, bien avant la psychologie, la méditation est associée, à son origine, à de pratiques religieuses ou à des rituels. Depuis quarante ans, elle s'est développée dans les pays occidentaux comme une méthode thérapeutique complémentaire pour de nombreux problèmes de santé. Des études scientifiques rapportent aujourd'hui les effets bénéfiques des différentes techniques de méditation sur la santé. (43)

Dérivé du latin *meditari* qui signifie « s'engager dans la réflexion et la contemplation », le terme recouvre plusieurs approches selon que l'on se situe dans le domaine spirituel ou dans le domaine thérapeutique. Eisenberg, Davis et coll. (1998) définissent la méditation comme « un ensemble de pratiques attentionnelles qui conduisent à un état de conscience altéré, caractérisé par une conscience élargie, une plus grande présence dans l'instant et une

plus grande conscience de soi ». La pratique favorise l'autorégulation intentionnelle de l'attention et la focalisation sur des évènements intérieurs ou extérieurs. (44)

Les méthodes de méditation associent différents processus : relaxation, concentration, modification de la conscience, suspension des processus de pensée logique et maintien d'une attitude d'auto-observation. Une part d'expériences personnelles et de réalisation des exercices par soi-même la distingue des autres techniques de relaxation profonde comme l'hypnose qui, comme nous l'avons vu précédemment, s'est développé dans un contexte médical de guérison par l'esprit. La méditation est avant tout une pratique qui favorise la connaissance de soi et le développement personnel. Sur un plan pratique, c'est une technique d'entraînement mental qui conduit à se détacher de ses pensées et qui permet d'être pleinement conscient de son environnement. L'auto-observation se distingue de l'autohypnose.

2. Les principes de bases de la méditation

Le cycle d'apprentissage est très varié et souvent peu décrit en termes de nombre et de fréquence des séances, ou de durée d'un cycle.

Le but attendu de la méditation doit être précisé clairement et il peut être très différent s'il s'agit d'un patient souffrant d'une pathologie somatique et/ou psychique ou d'un sujet à la recherche d'un accomplissement personnel.

- La position

Elle offre un éventail de positions beaucoup plus large que les autres méthodes de relaxation. Certaines pratiques traditionnelles enseignent des postures particulières comme le lotus. Différentes postures sont proposées, mais il est important qu'elles n'induisent pas trop le sommeil. C'est pour cette raison que, pour la méditation, la position assise ou debout est préférée. On peut aussi la pratiquer dans l'action ou le mouvement.

- La respiration

La respiration est commune à toutes les techniques de méditation qu'elles soient guidées ou libres, c'est-à-dire passives ou actives. Dans la respiration passive, on n'exerce pas de contrôle entre l'inspiration et l'expiration : le cycle est naturel. Au contraire, dans la respiration active, on exerce un contrôle du cycle : la respiration par la bouche ou le nez, la fréquence, la profondeur (superficielle ou profonde) et le contrôle d'autres parties du corps (abdomen dans la respiration diaphragmique).

- Le mantra



Le mantra "om"(45)

Un élément caractéristique de certaines formes de méditation est le mantra. Le mantra est une formule généralement brève d'une seule syllabe, d'un mot ou même d'une phrase, récitée de façon répétitive sur un ton monotone, soit à haute voix, soit silencieusement. Cette technique sert de moyen de concentration. Le plus célèbre des mantras est la syllabe « om » ou « mu ». Il peut avoir une signification ou non. Le mantra peut être associé à des éléments religieux ou spirituels ou n'avoir aucune signification particulière. Le méditant le

répète inlassablement, des milliers de fois par jour.

- La pratique attentionnelle et ses buts

Si le contrôle de l'attention est également commun à toutes les pratiques de relaxation, il présente au moins deux cibles attentionnelles très particulières et de nombreuses techniques pour les atteindre.

L'autorégulation intentionnelle de l'attention est considérée comme le point crucial de la pratique de la méditation, le développement d'une conscience dans laquelle les pensées, si elles ne sont pas exclues, ne sont pas encouragées à s'installer durablement. Il s'agit d'un état qu'on pourrait qualifier de conscience sans pensée. Certaines techniques de méditation orientent l'attention sur un objet externe (mandala, bougie, flamme, etc...), un son, un mot ou une phrase (mantra), ou encore une partie du corps (la pointe du nez, l'espace entre les sourcils). La mindfulness se centre sur la conscience des activités quotidiennes ou des sensations corporelles. La respiration peut servir d'ancrage pour « entrer dans le moment présent ». Ces techniques peuvent servir par des voies différentes à éloigner les pensées logiques, rationnelles et les modes de pensée conceptuels.

- Spiritualité et croyances

Plusieurs de ces techniques se développent autour de bases spirituelles et religieuses (comme le vipassana, le zen, le yoga, la tai-chi, le qi gong).

Peut-on les pratiquer sans adhérer aux croyances religieuses ou spirituelles souvent au cœur de ces courants ?

Il semble difficile de les dissocier, pour certaines l'aspect religieux permet leur compréhension et guide le cheminement du méditant dans leur pratique.

La spiritualité et la croyance sont rarement décrites dans les travaux scientifiques car il n'est pas évident de mesurer leur influence dans la pratique et les résultats de la méditation. Un point doit être souligné : une possible dérive sectaire a pu être observée autour de ces techniques.

Les qualités et la formation du thérapeute sont déterminantes, ainsi que l'implication du méditant. La méditation est une pratique complexe dont la standardisation n'est pas facile. La durée de l'apprentissage est difficile à délimiter.

3. Les différentes techniques de méditation

Plusieurs techniques proposent des exercices de méditation dans leurs pratiques :

- Méditation mantrique (utilisant un mantra)
- Méditation transcendentale
- Réponse de relaxation
- Méditation de pleine conscience
- Pranayama (méditation par le souffle)
- Anapanasathi (respiration bouddhiste)
- Gestion du stress basée sur la pleine conscience
- Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience
- Méditation zen bouddhiste
- Vipassana
- Chundosupbup (méditation cornéenne)
- Yoga kundalini
- Qi gong
- Tai-chi

Il existe deux grandes familles de méditation, la méditation concentrative et la méditation en pleine conscience, auxquelles on peut ajouter le yoga, le qi gong et le tai-chi, correspondant plus à un ensemble de techniques qu'à une pratique isolée (Barrows, Jacobs, 2002).

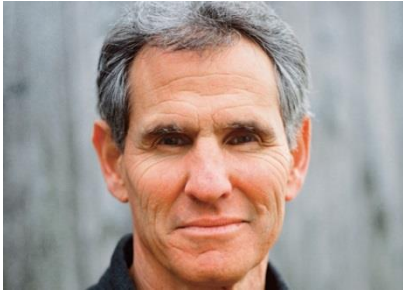
Le principe de la méditation concentrative est de focaliser toute son attention sur un mot, un son, une image ou un point visuel précis. Inspirée de la méditation transcendantale, dérivée de la tradition védique indienne, elle est représentée principalement par une technique thérapeutique : la réponse de relaxation de Benson.

4. La méditation en pleine conscience ou mindfulness

- Histoire et présentation

La mindfulness a été traduite en français par les termes « pleine conscience » ou « méditation en pleine conscience », cependant, des auteurs comme Valera proposent d'autres définitions, par exemple « présence attentive » ou « attention vigilante ». Ce courant s'est développé ces dernières années sous l'influence de psychologues et de scientifiques américains, puis il s'est étendu à plusieurs pays. La méditation de pleine conscience s'inspire très fortement du bouddhisme, mais elle se veut avant tout une pratique psychologique qui exclut toute participation philosophique et religieuse. Elle peut être considérée davantage comme une pratique que comme une psychothérapie tant l'apprentissage de la pleine conscience est le fondement principal des exercices. Bondolfi (2004) écrit à ce propos : « la pleine conscience n'est pas un moyen pour se rendre à un endroit défini au préalable ou pour réparer quoi que ce soit. Il s'agit plutôt d'une invitation qui peut permettre à chacun d'être où il est déjà et de mieux connaître son territoire intérieur qui devient accessible, moment après moment, à travers l'expérience ». Cependant, elle s'intègre dans le courant des thérapies cognitives et comportementales, de

ce qu'il est convenu d'appeler la « troisième vague », mouvement qui place les émotions au centre de la problématique et du traitement de nombreux troubles psychiques.



Dr Jon Kabat-Zinn(46)

Kabat-Zinn (2003) définit la pleine conscience comme un état de la conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, sur l'expérience qui se déploie au moment présent sans la juger : « Pleine conscience signifie être attentif d'une manière particulière : délibérément, dans le moment présent et sans jugement ». L'expérience est appréhendée essentiellement par les sensations corporelles, mais aussi gustatives, auditives, sonores, etc. Le fondement de la méthode repose sur l'idée

que face aux événements, nous pouvons être parasités par des pensées, des sentiments et des sensations corporelles sans en être vraiment conscient. On invite donc le participant à cultiver la conscience, l'acceptation et le non-jugement.

La pratique de la méditation entre dans le champ de la conscience du sujet, comme les perceptions, les cognitions, les émotions et les sensations physiques. Elles sont observées très soigneusement sans être évaluées en tant que phénomènes bon ou mauvais, justes ou faux, sains ou malsains ou encore importants ou insignifiants. Ainsi définie, la mindfulness est l'observation, sans jugement, du flot continu des stimuli internes et externes, tels qu'ils surgissent.

- Définition synthétique de la pleine conscience (47)

La pleine conscience peut être définie comme :

- Un état de conscience sensible à l'expérience et pouvant se développer (une compétence),
- Un état d'attention flexible et vigilante, caractérisé par la conscience de l'instant présent, l'observation des états mentaux d'une manière non conceptualisante, non discriminante et non évaluative,
- Une attitude qui se caractérise par la curiosité et l'ouverture, le non attachement et le non-jugement, la non ruminant mentale et l'acceptation,
- Un état dans lequel l'esprit du sujet ne se laisse pas accrocher ou n'est pas parasité par des pensées, sensations ou émotions à propos d'expériences présentes, passées ou d'attentes futures qui surgissent,
- Un état d'esprit qui met en valeur l'attention et l'habileté à se dégager de schémas de pensées non adaptatifs qui rendent l'individu vulnérable à des états de stress et à d'autres états pathologiques.

- Principes fondamentaux de la mindfulness

- Le non-jugement : être témoin impartial de sa propre expérience.
- La patience : permettre à nos expériences de se dérouler à leur rythme.
- Un esprit nouveau : la propension à voir chaque chose comme si c'était la première fois.
- La vérité dans notre intuition et autorité, et être soi-même

- L'absence d'effort : ne pas avoir de buts autres que la méditation elle-même.
- L'acceptation des choses qui sont actuellement dans le moment présent.
- La non-censure d'une pensée en lui permettant d'aller et venir.

- MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)

L'approche MBSR (Kabat-Zinn, 1982 ; 1990) a été originellement développée dans le contexte de la médecine comportementale pour des patients souffrant de douleurs chroniques et de problématiques de stress. Jon Kabat-Zinn (1982) a développé cette approche thérapeutique en combinant des exercices de hatha yoga et la pratique de la méditation de pleine conscience. Il s'agit d'une formation pratique et intensive de différents exercices, durant 8 semaines, à raison de 2 heures et demie par semaines en groupe de 15 à 20 personnes avec un instructeur et des travaux pratiques à effectuer en dehors de ces sessions. A cela, un séminaire d'une journée peut être rajouté, ainsi que des sessions additionnelles. La pratique méditative à l'extérieur des séances collectives est extrêmement importante dans la réussite du traitement et les patients sont encouragés à pratiquer le plus possible de manière formelle ou informelle. Classiquement, les participants aux sessions MBSR se caractérisent par une large variété de symptômes physiques ou psychiques. On constate également que des sessions spécifiques peuvent s'articuler sur des pathologies particulières comme la dépression, l'anxiété ou des problématiques cancéreuses notamment dans la gestion de la douleur et dans la relation entretenue avec la maladie. La plupart des programmes MBSR commencent avec une phase d'explication individuelle ou en groupe dans laquelle l'instructeur explique la méthode, son principe, son fonctionnement, ses résultats. Par ailleurs, cette séance introductive insiste sur l'importance de la pratique en dehors des sessions formelles (en général, entre 20 à 40 minutes par jour).

Avant le déroulement de la séance, l'instructeur procède à l'évaluation de l'adhésion et de l'engagement au programme par les participants, leur implication étant fondamentale. Il est à noter que la méthode n'est pas sélective en fonction de la motivation des patients. De nombreux programmes invitent ces derniers à un suivi après les formations afin de parler de leur vécu et de leurs objectifs futurs en lien avec la gestion de leur problématique. Le programme MBSR utilise un certain nombre d'exercices ainsi que des informations didactiques sur le stress au niveau physiologique et comportemental.

- Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (48)

Développée par Segal, Williams et Teasdale dans les années 1990, la thérapie cognitive est une méthode pour prévenir la rechute dépressive. Elle combine les principes de la thérapie cognitive avec les bases de la mindfulness.

Basée sur le programme de Kabat-Zinn, la thérapie a pour but d'aider les sujets à modifier les pensées, les sentiments, les sensations physiques qui contribuent à la rechute dépressive. L'hypothèse est que certains patients ont tendance à réactiver des schémas de pensée émotionnels qui précipitent la rechute dépressive.

Il s'agit pratiquement d'un « enseignement » plus que d'une thérapie de groupe dans le sens où il y a des exercices, un agenda et que pratiquement toute la séance est occupée à

faire des exercices, par ailleurs assez longs. Le nombre de participants tourne autour de vingt personnes pour favoriser l'enseignement.

La thérapie aide le patient à choisir la réponse la plus adéquate aux pensées, sentiments ou situations désagréables qu'il rencontre.

Les participants vont devenir conscients du peu d'attention qu'ils portent aux activités quotidiennes et apprendre à être attentifs au vagabondage de leurs pensées. Ils apprennent ainsi comment ramener leur esprit au point central en prenant conscience du corps, de la respiration et de l'activité dans l'ici et maintenant.

Les exercices durent de trente à quarante minutes et ils sont à refaire tous les jours. Pour les auteurs, on ne peut déroger à cette règle ce qui pour certains patients est loin d'être simple, particulièrement pour ceux qui sont sensibles aux sensations intéroceptives (attaques de panique, douleur, somatisation...). Des séances aussi longues peuvent être émaillées de réactivation des symptômes. Certains patients éprouvent des difficultés à lâcher prise. Enfin, pour certains, une pratique de quarante-cinq minutes par jour n'est pas compatible avec leurs activités quotidiennes. Après chaque exercice, les participants sont invités à décrire l'expérience qu'ils viennent de vivre en exprimant librement leurs sensations et leurs ressentis. Si l'on est dans le cadre d'un groupe, ce peut être l'occasion d'un partage de l'expérience.

- Quelques exercices de méditation en pleine conscience

On distingue classiquement des exercices « formels » très structurés qui durent entre vingt et quarante-cinq minutes et des exercices informels qui consistent à les pratiquer dans la vie quotidienne. L'exercice n'a pas de but en soi, mais il sert de base à l'apprentissage de la pleine conscience.

- Le raisin :



L'expérience du raisin(49)

Premier exercice du module, proposé initialement par Kabat-Zinn dans les programmes de réduction du stress, il sert d'introduction pour que le participant comprenne l'esprit de la

pleine conscience grâce à une activité des plus communes : manger. Il donne le ton en privilégiant l'expérience sur la réflexion. Un raisin sec est distribué à chaque participant qui est invité à l'observer, le sentir, le découvrir comme si c'était la première fois. Il se centre sur l'action de porter à sa bouche, de mâcher et d'avaler le raisin. Cet exercice est utile comme première expérience pour découvrir cette approche.

Objectif de l'exercice :

- ✓ Sensibilisation sur les automatismes de pensées et les schémas de pensée (ex : manger, rouler en voiture)
- ✓ Echappement aux automatismes de pensées en restant dans l'instant présent
- ✓ Première sensibilisation à l'instant présent et sa vertu thérapeutique
- ✓ Obtention de plus de choix, de liberté et de changements possibles pour le patient.

- Le body scan corporel



Body scan(50)

Il s'agit d'une exploration des différentes parties du corps, guidée par la conscience. L'exercice peut se faire allongé, sur le dos, sur des tapis de sol ou en position assise. La respiration guide l'exploration avec la consigne : « Inspirez quand vous êtes à l'intérieur, puis expirez quand vous repartez vers une nouvelle région ». Le participant est invité à être à l'écoute et à découvrir les sensations de chaque partie explorée de son

corps. On le guide vers une respiration intérieure qui part de l'abdomen et qui rayonne vers les différentes parties du corps jusqu'aux membres inférieurs. L'exercice se termine par une centration sur la conscience du corps dans son ensemble.

Objectifs du body scan :

- ✓ Développer la conscience des perceptions/sensations physiques
- ✓ Lier le sujet avec lui-même, via sa respiration
- ✓ Développer la concentration
- ✓ Aménager un espace personnel de détente et de liaison avec soi-même

Façonner l'ancrage

- Centration sur la respiration

C'est l'exercice de base qui consiste à fixer son attention sur la respiration ou plutôt sur l'ensemble des sensations qui accompagnent la respiration. Être plus conscient de la respiration pour être plus concentré sur soi-même.

Objectifs de l'exercice :

- ✓ Prendre conscience de la respiration et du corps
- ✓ Lier le sujet avec lui-même, via sa respiration
- ✓ Apprendre à se centrer sur la respiration
- ✓ Prendre conscience de la volatilité des pensées
- ✓ Sensibiliser à l'ancrage
- ✓ Aménager un espace personnel de détente et de liaison avec soi-même

- Les pensées et les sentiments

Le thérapeute permet au participant de mettre en évidence ses pensées et ses sentiments en l'invitant à imaginer des scènes (rencontrer quelqu'un qui ne vous voit pas) qui mettent en avant la diversité des sentiments et les différentes façons de ressentir un évènement.

Le tableau présenté ci-dessous est un exercice typique de la méditation en pleine conscience. Il consiste à définir les pensées, les sensations et les sentiments relatifs à un évènement agréable.

Tableau 20. Calendrier des évènements agréables

Quelle a été l'expérience ?	Avez-vous pris conscience de sentiments agréables pendant l'expérience ?	Qu'avez-vous ressenti dans votre corps en détail pendant l'expérience ?	Quels sentiments et pensées ont accompagné cette situation ?	Quelles sont les pensées qui vous viennent en ce moment pendant que vous écrivez ?
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Judi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

- La marche en pleine conscience

Cet exercice propose une prise de conscience des sensations qui accompagnent les mouvements de la marche, les muscles en action et les différents points de contact des orteils et des talons avec le sol. On observe les mouvements avec toujours la même consigne : « lorsque les pensées surviennent, ramenez toute votre attention vers les sensations corporelles liées au simple fait de marcher et de se mouvoir. »

- Les sons et les pensées

Cet exercice a pour but de rendre le participant attentif aux bruits extérieurs et aux pensées. Les pensées sont comme projetées sur un écran de cinéma ou un tableau noir. Les personnes sont invitées à observer l'extérieur par la fenêtre, sans a priori : par exemple, les arbres sont appréhendés par leur forme, leur couleur et non par l'évocation que l'on peut en

faire. Un exercice identique avec les sons peut être pratiqué pour percevoir davantage, sans interpréter, la tonalité et le volume des sons.

- Activités quotidiennes

De très nombreuses activités quotidiennes, en plus de la marche, peuvent servir de base aux exercices de méditation : manger, se laver, mais aussi lors des tâches plus élaborées comme jouer de la musique, pratiquer des activités physiques ou sportives, faire la cuisine, avoir des relations intimes...

5. Mécanismes d'action de la pleine conscience (annexe),(51),(52),(53)

- Le changement cognitif

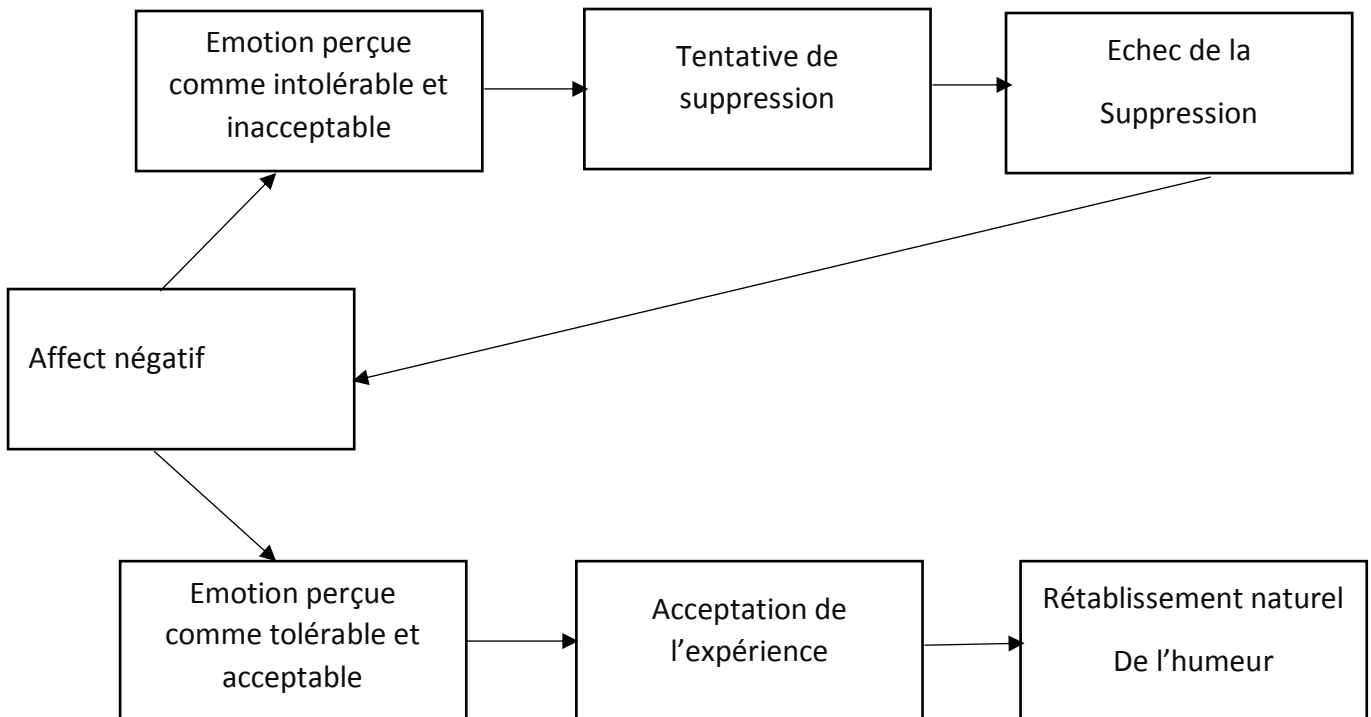
La pleine conscience conduit à se déconnecter des pensées négatives, non par le raisonnement et la modification des pensées automatiques comme dans la thérapie cognitive classique, mais en centrant toute son attention sur le moment présent. Ainsi le participant ne se laisse pas entraîner par des pensées négatives. Dans la mindfulness, on n'essaie pas de changer le contenu des pensées dysfonctionnelles, mais on modifie sa propre attitude vis-à-vis de celles-ci, contrairement à la thérapie cognitive et comportementale.

- L'exposition

La confrontation à des situations génératrices d'émotions représente un des mécanismes de bases des TCC. La méditation de pleine conscience offre un moyen simple de se confronter à des situations de façon prolongée et ainsi de produire une habitude qui conduit à une diminution progressive de la réponse émotionnelle. En observant de façon soutenue, sans jugement, sans essayer d'éviter ou de fuir, les sensations qui émergent spontanément, on peut parvenir à une réduction des réactions émotionnelles incontrôlables par le seul fait du raisonnement.

- L'acceptation

Ce processus est aujourd'hui à la base de l'approche émotionnelle des troubles anxieux et dépressifs. Barlow, Allen et Choate (2004) proposent un modèle où l'émotion résulte d'un refus d'acceptation des affects. Face à des sentiments, la tendance à l'acceptation est vue par les auteurs comme la meilleure façon de réguler les processus émotionnels pathologiques



- La maîtrise de soi

L'observation de ses propres réactions permet d'en développer une meilleure maîtrise et ainsi de proposer des alternatives face à des situations génératrices d'émotions négatives.

- La relaxation

Elle n'est pas le but principal de la technique de mindfulness, mais il apparaît qu'avec l'entraînement et surtout des exercices longs, on atteint l'effet physiologique et la sensation de détente et de bien-être proches de ceux produits par d'autres techniques de relaxation.

L'intérêt de la mindfulness par rapport aux autres techniques de relaxation et de méditation est qu'elle est relativement simple et possible au cours de très nombreuses activités. Les pensées et les sensations sont observées afin de ne pas réagir de façon automatique et réflexe.

6. Les résultats des études cliniques (43),(54),(55)

Des centaines d'études ont été publiées. Ospina et coll. (2007) ont fait une revue complète de plus de huit cents études publiées entre 1956 et 2005 (la moitié d'entre elles sont postérieures à 1994). Dans plus de 60% des cas, il s'agit d'études nord-américaines. Les techniques les plus étudiées sont la méditation mantrique, la mindfulness, le yoga, le tai-chi-chuan et le qi gong. Les études ont surtout été réalisées dans les domaines de la santé suivants : hypertension, les maladies cardiovasculaires et les problèmes d'addictions ; puis

par ordre de fréquence l'anxiété, la dépression, le cancer, l'asthme, les douleurs chroniques, le diabète et la fibromyalgie. De nombreux biais méthodologiques ont été soulignés, les groupes contrôles et les techniques de référence (liste d'attente, éducation, activité physique, conseils diététiques) n'étant pas suffisamment décrits. S'il n'y a pas d'effet prouvé sur les récives ou l'évolution des pathologies somatiques, on observe en revanche une réduction de l'anxiété ainsi qu'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie dans de nombreuses pathologies somatiques et psychologiques. Dans les troubles psychologiques, et particulièrement anxieux et dépressifs, qui représentent les deux plus fréquentes indications, l'amélioration des symptômes est très fortement suggérée. En revanche, il est encore difficile de prouver qu'une technique isolée est efficace comparativement à une technique de référence.

Il est nécessaire de mener des études futures plus rigoureuses.

Actuellement c'est la méditation de pleine conscience qui donne le plus lieu à des études. Un article publié récemment dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) souligne l'intérêt de la mindfulness pour la prévention, plus que pour le soin, des pathologies chroniques, particulièrement de la douleur et du stress.⁽⁵⁴⁾ Un programme sur un mois de mindfulness a été comparé à un programme de relaxation somatique (relaxation musculaire et training autogène) chez des étudiants. Les résultats sont équivalents à ceux d'un groupe contrôle. Les auteurs observent une amélioration supérieure au niveau des ruminations et de la distraction. (Jain et coll., 2007) montrent qu'un programme de gestion du stress basé sur la pleine conscience apporte une amélioration significative comparativement à un programme éducatif de gestion du stress chez des patients anxieux (anxiété généralisée, panique et agoraphobie) préalablement traités par antidépresseurs et anxiolytiques. Des programmes plus courts semblent également efficaces dans l'anxiété (Jain et coll., 2007). De même, il semble que les sujets déprimés bénéficiant de cette approche présentent un risque moindre de rechute. Toneatto et Nguyen (2007) ne retrouvent pas dans leur revue de la littérature une amélioration stable de l'anxiété et de la dépression.

Une méta-analyse récente ⁽⁵⁵⁾ retenant quarante-sept essais à partir de leur qualité méthodologique, montre que les programmes de mindfulness présentent un effet modeste évalué sur la taille d'effet sur l'anxiété (taille d'effet 0.38 (95% CI, 0.12-0.64) à la 8^e semaine, et 0.22 (0.02-0.43) à 3-6 mois), sur la dépression (taille effet 0.30 (0.00-0.59) à la 8^e semaine, et 0.23 (0.05-0.42) à 3-6 mois) et sur la douleur (taille d'effet 0.33 (0.03-0.62)). Les résultats sont faibles concernant l'amélioration du stress et de la qualité de la vie. Les auteurs retrouvent une preuve faible ou pas d'effets des programmes de méditation sur l'humeur positive, l'attention, la consommation de substance active, les habitudes alimentaires, le sommeil et le poids. En conclusion, ils ne retrouvent pas de supériorité des programmes de pleine conscience par rapport aux thérapies médicamenteuses, exercices et autres interventions psychocorporelles et de TCC.

L'efficacité globale de la pleine conscience semble donc, selon cette méta-analyse rigoureuse, assez comparable à celle des autres techniques de relaxation et méditation. Elle reste cependant la plus examinée et a donné lieu à un grand nombre d'études.

CHAPITRE 4 : HYGIENE DE VIE

I. Réguler son rythme de vie (56)(57)

1. Dormir



Le sommeil(56)

Le sommeil est à la base de la santé chez l'humain.

Ne pas dormir suffisamment entraîne de nombreux troubles comme l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, la fatigue, le manque de concentration, de mémorisation, la somnolence, l'anxiété, voire la dépression. Ne pas dormir suffisamment peut aussi déclencher une bouffée délirante ou une rechute maniaque pour les bipolaires.

Ne pas dormir suffisamment peut réduire l'espérance de vie.

A l'inverse, de nombreuses maladies comme la douleur, la fièvre, la dépression, l'angoisse provoquent l'insomnie et par conséquent s'inscrivent dans un cercle vicieux. Il est donc indispensable avant toute chose de régler les problèmes de sommeil avant de s'attaquer aux problèmes psychologiques, quels qu'ils soient. C'est la base de tout.

Être vivant signifie obéir à des rythmes. Même les bactéries ont des phases de repos et des phases d'activité. La plupart des fleurs se ferment la nuit et s'épanouissent le jour. Les poissons se reposent dans l'obscurité au fond de leur aquarium. Bref, la marque de la vie est de ne pas être immuable et permanente mais d'obéir à des cycles réguliers.

- Mesures du rapport entre sommeil et troubles anxieux (58)

Les personnes qui se couchent tôt seraient en meilleure santé mentale et moins sujettes aux pensées négatives et à l'anxiété. C'est en tout cas ce qu'affirme une récente étude américaine, menée par des chercheurs de l'université de Binghamton et parue dans la revue médicale *Cognitive Therapy and Research*.

Pour mesurer le rapport entre sommeil et pensées négatives, les scientifiques ont demandé à 100 jeunes adultes de remplir des questionnaires sur leur sommeil et d'effectuer des tâches sur ordinateur. Pendant les tests, les chercheurs ont mesuré les manifestations de l'inquiétude ou de l'obsession des sujets.

Les résultats démontrent que les personnes qui dorment peu et qui vont se coucher très tard sont submergées de pensées négatives, de stress et d'anxiété. Au contraire, celles qui

dorment suffisamment (7h30 de sommeil minimum environ, selon les experts américains) et de manière régulière sont moins touchées par ce type de sentiments.

Pour rester en bonne santé, et surtout «éviter les angoisses incontrôlables qui se répètent à chaque coucher tardif», mieux vaut donc se coucher tôt et à heure régulière, préconisent les chercheurs qui se penchent également sur de nouvelles orientations pour les traitements des troubles de l'anxiété.

- **Caractéristiques du sommeil dans les maladies psychiques (59)**

On constate, d'après l'ensemble de ces travaux, que le sommeil des patients anxieux se singularise par une difficulté d'endormissement, une difficulté de maintien du sommeil, lequel est moins efficace et une instabilité traduite par de fréquents changements de stades. Il existe par ailleurs une grande variabilité d'une nuit à l'autre. Enfin, le sommeil des sujets atteints de trouble anxieux généralisé se distingue de celui des dépressifs unipolaires : le sommeil paradoxal est mieux respecté et le sommeil lent moins perturbé. Des symptômes anxieux peuvent être associés à des troubles du sommeil, mais, inversement, diverses pathologies, telles que des apnées du sommeil, le syndrome des jambes sans repos ou les troubles du rythme veille-sommeil, peuvent déclencher ou aggraver un état anxieux qui, à son tour, favorise et complique le trouble du sommeil. Mais c'est surtout dans le cadre des parasomnies (manifestations qui accompagnent le sommeil, telles que rêves d'angoisse ou terreur nocturne) que l'anxiété associée pose problème. En effet, si cette dernière est parfois génératrice d'épisodes parasomniaques, elle en est surtout la conséquence.

Dans le tableau suivant sont présentées les différentes caractéristiques du sommeil dans les maladies psychiques :

Tableau 21. Caractéristiques du sommeil dans les maladies psychiques

	Endormissement	Eveils nocturnes	Durée	Heure du réveil	Enregistrements
Dépression	Rapide	Fréquents	Insuffisante	Précoce	Sommeil lent profond réduit
Schizophrénie	Difficile	Fréquents	Réduite	Inversion du rythme veille-sommeil	Sommeil lent profond réduit Etats intermédiaires
Anxiété	Difficile	Fréquents mouvements	Réduite	Normale	Sommeil lent profond réduit
TOC	Difficile	Fréquents	Réduite	Normale	Sommeil paradoxal précoce

Stress post-traumatique	Difficile	Fréquents	Réduite	Normale	Sommeil paradoxale tardif et réduit
Démence sénile	Inversion du rythme	Eveil nocturne	Un peu allongée	Inversion du rythme veille-sommeil	Sommeil globalement déstructuré

- Attention aux somnifères (60)

Les Français sont les champions de la consommation de somnifères. Et parmi ces usagers, on dénombre près de 70% de femmes.

Or, il n'est pas conseillé de s'habituer aux médicaments pour dormir. D'après les spécialistes, un tel traitement doit rester occasionnel et ne pas dépasser une quinzaine de jours. Mieux vaut miser sur une bonne hygiène de vie pour retrouver le sommeil que sur les molécules chimiques.

- Quelques conseils

Le sommeil est une valeur sûre contre le stress. Or, 20 à 30% des Français se plaindraient régulièrement de mal dormir. Et lorsqu'on dort mal, tout le reste va de travers. Le sommeil est en effet réparateur. Il permet de faire le plein d'énergie et d'évacuer le stress accumulé dans la journée.

- Ne résistez pas au sommeil. Dès les premiers bâillements du soir, allez-vous coucher. Car si vous manquez le cap, vous allez repousser de plusieurs heures le début de votre nuit. Et le meilleur moyen pour éviter les insomnies est de respecter votre rythme. Ecoutez votre corps.
- Si vous n'arrivez pas à fermer l'œil une fois couché malgré votre fatigue, essayez de vous relaxer au maximum avant d'aller dormir. Faites le vide dans votre tête.
- Evitez les diners trop copieux car une digestion difficile peut vous empêcher de dormir. De même, ne pas se coucher le ventre vide.
- Optez pour des aliments particulièrement digestes comme les potages, les légumes et la salade.
- Bannissez les excitants : alcool, café, thé et préférez une tisane.
- Relaxez-vous en lisant un livre facile à lire.
- Prenez un bain.
- Choisissez une bonne literie.
- Eviter de regarder la télé, l'ordinateur, la tablette tactile, le téléphone et tout autre écran dans l'heure qui précède le sommeil.

2. Exposition à la lumière (61),(62)



Baladeur lumineux Valkee(62)

Les résultats issus d'un nouvel essai contrôlé par simulation randomisée en double-aveugle sur la lumière vive ont été présentés lors du 13^{ème} Forum International sur les troubles anxieux et de l'humeur le 21 Novembre 2013.

Le fabricant du baladeur lumineux Valkee a annoncé les résultats d'une nouvelle étude inédite sur la lumière vive, montrant des résultats statistiquement positifs et significatifs dans le soulagement important des symptômes d'anxiété. Ce premier essai au monde, pleinement contrôlé par simulation, randomisé en double-aveugle et administré par le canal auditif réunit de nouvelles données ambitieuses qui appuient les études sur la lumière vive menées à l'international depuis les années 1980.

Les résultats remarquables, présentés au Forum International sur les troubles anxieux et de l'humeur à Monte Carlo, montrent une réduction importante, statistiquement significative, des symptômes d'anxiété chez un groupe d'individus exposé à la lumière vive. En contraste, le groupe contrôlé par simulation n'a pas montré de changements significatifs des symptômes. L'essai en double-aveugle a été réalisé en conditions de laboratoire en utilisant des versions couvertes du baladeur lumineux Valkee et en prenant soin que ni les patients, ni le personnel de recherche ne sache à quel groupe appartenait un patient en particulier.

Alors que l'opinion générale était que le traitement par lumière vive s'axait sur le trouble affectif saisonnier (TAS), les chercheurs se penchaient déjà depuis longtemps sur les bénéfices à plus grande échelle. Les symptômes typiques du TAS tels que la fatigue et la réduction des performances cognitives sont très similaires à ceux de l'anxiété en général et à d'autres troubles spécifiques liés à l'anxiété. La similitude a été traduite dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié aux États-Unis, qui classifie le TAS comme un type spécifique de dépression et non pas comme un trouble indépendant.

Les nouveaux résultats de la recherche ont confirmé ceux des travaux antérieurs sur les bénéfices de la lumière vive dans le traitement de l'anxiété pratiqué sous essai randomisé et contrôlé. Précédemment, l'une des étapes importante dans ce domaine avait été un essai public mené sur un large échantillon de 79 participants rapporté par Youngstedt et al. en 2007. L'étude avait montré un effet significatif de l'allègement de l'anxiété suite à l'exposition intensive à la lumière vive d'adultes souffrant d'une légère anxiété.

La nouvelle étude en double-aveugle a été menée sur 28 participants souffrant de symptômes modérés, répartis au hasard en deux groupes. La moitié des participants a reçu

une dose quotidienne de 12 minutes de lumière vive transcranienne avec le baladeur à lumière vive Valkee, tandis que l'autre moitié a été soumise sur la même durée à une exposition placebo. L'étude a été menée au cours du printemps et de l'été.

« Il est tout à fait logique d'étudier les effets de la lumière vive sur les symptômes de l'anxiété de manière plus générale que seulement ceux liés au trouble affectif saisonnier », a déclaré Timo Takala, MD, Ph.D. et conseiller scientifique pour Valkee. « D'après cette nouvelle étude, la lumière permettrait de soulager de manière importante les symptômes d'anxiété au cours de la période ensoleillée de l'année et non seulement au cours des mois les plus sombres. »

II. Diététique anti-stress (60)

1. Traitement nutritionnel de l'anxiété (63)

Avant tout, il faut s'assurer que le sujet s'alimente suffisamment. La restriction alimentaire et l'insécurité concernant l'apport en aliments augmentent l'anxiété chez l'animal comme chez l'homme.

Mis à part le fait qu'il nous faut manger suffisamment pour être bien dans notre peau, nous avons besoin de bien choisir le type d'aliments. Les aliments riches en protéines, comme la volaille, les œufs, le poisson et la viande, sont particulièrement à conseiller, car sources d'un acide aminé, le tryptophane, qui calme l'anxiété, en particulier en cas de crises de panique. Une diminution de 41 à 25 % du contenu en graisse 'alimentation peut induire une anxiété et une nervosité persistantes, ce qui peut être évité avec des aliments relativement riches en graisse. Cependant, ne consommez pas des graisses brûlées par la cuisson, car celles-ci peuvent être rendues cancérigènes, par la haute température de cuisson, souvent au-delà de 170 °C.

Les sucreries, les sodas, l'alcool et les boissons riches en caféine doivent être évités car ils diminuent le taux des hormones, comme l'hormone de croissance et la testostérone, qui atténuent fortement l'anxiété, ou celui du cortisol qui calme le stress.

L'alimentation est essentielle pour avoir une bonne hygiène de vie.

Mieux on nourrit son corps, plus il résiste à la pression. Le premier bon réflexe est d'adopter en la matière est de ne pas sauter de repas. Le rythme de trois repas par jour est parfait. L'idéal étant d'opter pour un petit déjeuner copieux, un déjeuner moyen et un dîner léger. Et à chaque fois prenez le temps de manger. Il est essentiel de faire une vraie pause même si elle est courte. Essayez de sortir de votre environnement de travail pour déjeuner. Vingt minutes peuvent suffire pour décompresser. Et mâcher lentement vos aliments, c'est important pour la digestion, sinon, vous risquez de vous retrouver avec une boule dans le ventre.

Voici quelques conseils pratiques de diététique anti-stress :

- Supprimez le pain blanc, le riz blanc et toutes les préparations à base de farine blanche comme les gâteaux et les pâtes.
- Supprimez le sucre blanc et même le sucre brun s'il est en partie raffiné. Evitez également le miel surtout s'il est industriel et pasteurisé.

- Mangez surtout du pain et du riz complets, des céréales, des pommes de terre, des légumes et des fruits frais et secs.
- Mangez des fruits de mer : à la quantité non négligeable de protéines s'ajoute une bonne teneur en sels minéraux.
- Consommez des viandes blanches plutôt que des viandes rouges qui sont plus difficilement digérées.
- Mangez aussi du poisson, de préférence grillé ou poché et sans la peau.
- Evitez le beurre cru : n'en consommez pas plus d'une noisette par jour. Et proscrivez totalement le beurre cuit.
- Consommez de préférence des huiles végétales crues ou très peu cuites et supprimez les fritures.
- Limitez les œufs.
- Ne buvez de l'alcool qu'en quantité modérée : comme le tabac, il détruit vos vitamines.
- Buvez de l'eau et des tisanes. Et modérez votre consommation de café.

2. Oligo-éléments et compléments alimentaires (63)

Les suppléments nutritionnels forment une alternative scientifiquement valable. Pour établir la connexion entre les micronutriments et l'anxiété, les chercheurs ont exploré surtout deux catégories de malades exposés à beaucoup d'anxiété et qui forment une population idéale pour examiner l'effet de la déficience et du traitement nutritionnels : les patients cardiaques ou ayant un cancer. Les données de ces études sont en principe assez fiables, plus appropriées que les données venant d'études sur l'animal, et transposables aux autres catégories de personnes angoissées.

2.1. Mesurer l'anxiété dans le sang : le taux de lactate

L'anxiété clinique peut être associée à un rapport de lactate sur pyruvate et un niveau de lactate élevés. Une acidification du corps par le lactate induit donc de l'anxiété. Les aliments sucrés élèvent ce rapport. Le glucose (sucre) par exemple est converti dans le corps en pyruvate, qui est lui-même transformé en lactate. La consommation d'alcool, de boissons riches en caféine et de sodas augmente aussi ce rapport. Tous ces aliments ou boissons, après un premier effet rassurant, immédiat mais de courte durée, augmentent l'anxiété dans les heures qui suivent leur ingestion et devraient être évités par les personnes anxieuses.

2.2. Micronutriments et niveaux de lactate

Le rapport du lactate au pyruvate et l'anxiété peuvent être réduits par la prise de magnésium, de vitamine B1 ou de vitamine B3.

3. Les minéraux

- Le magnésium



- Un déficit en magnésium augmente les niveaux d'anxiété chez la souris et chez l'homme :

On observe chez l'homme, en particulier, que des conditions typiquement liées à un manque de magnésium, comme le syndrome

d'hyperventilation ou de spasmophilie, sont associées à une anxiété élevée. On retrouve un état augmenté d'angoisse également chez l'animal : des souris recevant une nourriture pauvre en magnésium (10 % des besoins journaliers) pendant plusieurs semaines ont montré un comportement bien plus anxieux lors d'épreuves de placement dans des lieux fortement éclairés, suivis d'obscurité.

- La prise de magnésium réduit l'anxiété chez l'homme :

Le magnésium est utilisé pour traiter les troubles de l'anxiété depuis au moins 50 ans. Son efficacité est modérée mais significative. Lorsque, par exemple, des patients souffrant d'anxiété légère ou modérée reçoivent du magnésium incorporé dans une préparation d'extraits de plantes pendant trois mois, l'anxiété diminue significativement plus que chez des sujets sous placebo. De même, 200 mg de magnésium et 50 mg de vitamine B6 pendant un mois peuvent diminuer l'anxiété du syndrome prémenstruel chez les femmes.

- Le magnésium diminue l'anxiété chez le rat :

Chez les rats, une lésion cérébrale due à des coups induit une anxiété importante qui se traduit par une chute brutale de l'activité locomotrice. Le rat reste confiné dans une petite partie de la cage. La simple prise de sulfate de magnésium par les animaux calme considérablement cette anxiété.

- Comment le magnésium réduit-il l'anxiété ?

Le magnésium calme les signes physiques qui peuvent accompagner l'anxiété, comme les crampes musculaires, la tétanie et la nervosité. Il est également le principal minéral capable de contrôler le syndrome d'hyperventilation et la spasmophilie. Dans l'hyperventilation et la tétanie, on observe un faible niveau de magnésium ; il provoque une déficience relative en hormone parathyroïde, qui est une hormone profondément calmante.

- Traitement de l'anxiété par le magnésium :

En cas d'anxiété favorisée par une déficience en magnésium :

200 à 800 mg de magnésium élémentaire par jour ;

Attention : à doses élevées de 300 à 400 mg par jour, le magnésium peut causer de la diarrhée.



Les aliments riches en calcium(65)

- Le calcium

- Un taux bas en calcium est retrouvé chez certaines personnes atteintes d'anxiété généralisée :

Des taux faibles en calcium sont retrouvés chez des personnes souffrant d'anxiété généralisée, incapables de se détendre, qui sont sans cesse en train de s'inquiéter et d'appréhender le futur. La simple correction du déficit en calcium (hypocalcémie) par une supplémentation en calcium et, le cas échéant, un traitement aux hormones

sexuelles réduisent radicalement l'anxiété.

- Traitement de l'anxiété par le calcium :

Posologie de 1 000 à 1 500 mg par jour;

Consommer les sources alimentaires les plus riches en calcium, comme le poisson (les sardines avec les arêtes), des fruits et certains légumes;

Corriger toute cause physique du manque en calcium, telles que l'hyperparathyroïdie et/ou une déficience en vitamine D.

- Le sélénium



Les aliments riches en sélénium(66)

- Une déficience en sélénium affecte le cerveau.

Lors d'une déficience en sélénium, le cerveau reçoit en priorité le sélénium, par rapport aux autres organes. La déficience en sélénium entraîne une diminution du renouvellement de certains neurotransmetteurs. Chez des personnes âgées, les taux faibles en sélénium sont associés à la sénilité et à un déclin cognitif accéléré.

- Une déficience sévère en sélénium peut être associée à l'anxiété.

Une déficience sévère en sélénium s'accompagne d'un tempérament anxieux, parfois confus et hostile.

- La prise de sélénium peut réduire l'anxiété.

Une étude britannique a montré que la prise de 100 mcg de sélénium par jour abaisse les niveaux d'anxiété chez les personnes déficientes en sélénium.

- Traitement de l'anxiété par le sélénium.

Posologie de 100 à 200 mcg de sélénium par jour ;

Consommer beaucoup d'aliments riches en sélénium, tels des noix du Brésil, des rognons, du foie, des fruits de mer ou du poisson comme la morue.

Précautions : le sélénium peut être toxique à des doses excédant 450 mcg par jour. Les symptômes de toxicité du sélénium sont la perte de cheveux, les ongles abîmés, l'haleine fétide, les lésions cutanées, les dents tachetées, les nausées et les vomissements.

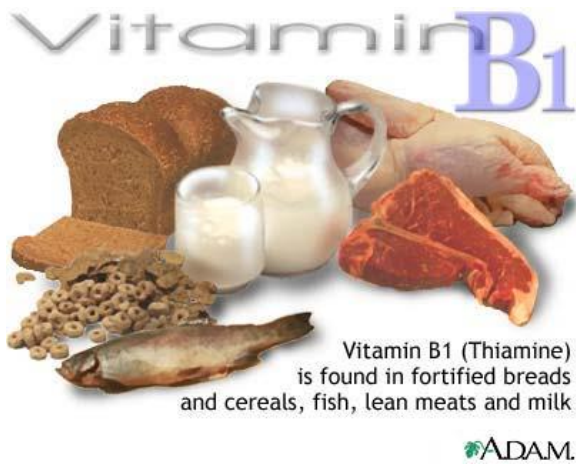
4. Les Vitamines B :

Forte prévalence de déficiences en vitamines B, en particulier de B1 et B6, chez des patients souffrant d'agoraphobie.

L'agoraphobie est la peur des lieux vastes, ouverts et surpeuplés, en particulier si ces lieux présentent des difficultés pour s'échapper ou obtenir de l'aide. Les personnes qui souffrent d'agoraphobie sont souvent prises de crises de panique. Ce trouble affecte deux fois plus de femmes que d'hommes. Les patients atteints d'agoraphobie sont souvent déficients en vitamines B. Plus de 50 % des patients agoraphobes ont une carence en vitamine B1 ou B2 et 17 à 25 % d'entre eux ont des déficiences en vitamines B3, B9 et B12.

La prise de préparations contenant des vitamines B réduit l'agoraphobie. La prise pendant trois mois de fortes doses de préparations contenant des vitamines B par des patients souffrant d'agoraphobie améliore clairement l'état de la majorité d'entre eux. Près de 50 % d'entre eux voient leurs crises de panique disparaître et 35 % présentent des améliorations marquées, sans pour cela être totalement libérés de toute peur excessive.

- La vitamine B1 (thiamine)



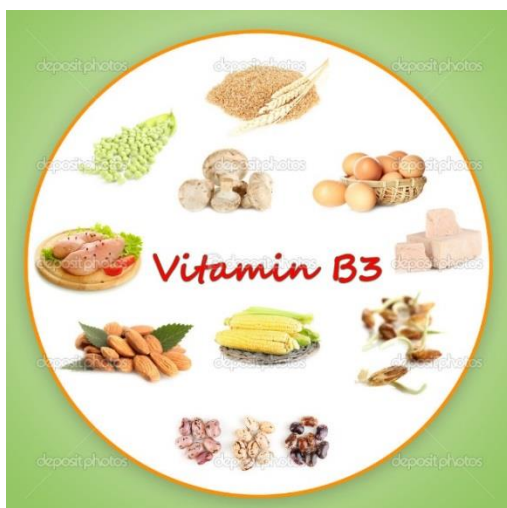
Aliments et vit B1(67)

La vitamine B1 est une coenzyme du pyruvate déshydrogénase qui convertit le pyruvate en acétyl-CoA, prévenant de cette façon sa transformation en lactate qui augmenterait l'anxiété.

- Une déficience en vitamine B1 augmente les niveaux d'anxiété. Une restriction modérée et prolongée de vitamine B1 lors d'un régime alimentaire pour le reste normal provoque de l'anxiété, de l'agitation, de l'instabilité émotionnelle et même des maladies psychosomatiques.

- Traitement de l'anxiété par la vitamine B1 : 50 à 100 mg par jour.

- La vitamine B3 (niacine)



Aliments et Vit B3(68)

La vitamine B3 est une partie du nicotinamide adénine dinucléotide (NAD) qui participe à la conversion du lactate (associé à l'anxiété) en pyruvate, diminuant également de cette manière l'angoisse.

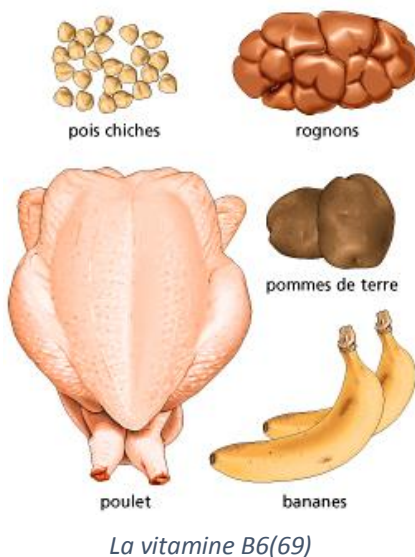
- La vitamine B3 réduit l'anxiété chez l'animal. Chez l'animal, la vitamine B3 relâche les muscles et induit le sommeil, par un sentiment de détente semblable à l'effet des benzodiazépines. La vitamine B3 diminue aussi l'agressivité et les conflits.

- Traitement de l'anxiété par la vitamine B3 : anxiété légère : 50 à 200 mg par jour (4 mois) ; anxiété plus sévère, problèmes psychiatriques : deux prises de 500 mg par jour.

Précautions : à des doses aussi faibles que 100 mg de niacine ou d'acide nicotinique, une rougeur au visage peut apparaître, d'une durée de 20 minutes, due à la dilatation de vaisseaux par l'action directe de prostaglandines vasodilatatrices agissant sur les muscles lisses de la paroi de ces vaisseaux. La réaction survient rarement lors d'un premier épisode de schizophrénie. La rougeur est moins importante chez l'homme et les personnes âgées. Le nicotinamide, un agent anti-inflammatoire plus puissant, ne provoque normalement pas de rougeur contrairement à la niacine, plus cardioprotectrice. Le rougissement du visage est moins marqué lorsque l'on utilise des formes à libération prolongée. Des lésions hépatiques transitoires ont été rapportées, de façon exceptionnelle, pour des doses égales ou supérieures à 800 mg. Pour éviter tout rougissement, nous vous conseillons d'augmenter lentement les doses, en commençant avec 50 mg à 100 mg par prise, répétées plusieurs fois par jour.

- La vitamine B6

Bonnes sources de vitamine B6



La vitamine B6 réduit l'anxiété chez des patients atteints d'hyperventilation.

Près de 70 % des patients qui souffrent d'agoraphobie et de crises d'hyperventilation (minimum deux crises par semaine dans les six derniers mois) voient disparaître leurs crises en prenant pendant trois semaines une combinaison de 125 mg de vitamine B6, trois fois par jour, et de 2 g par jour de L-tryptophane.

Traitement de l'anxiété par la vitamine B6 : anxiété simple : 50 mg par jour de vitamine B6 ; crise d'anxiété ou d'hyperventilation : 125 mg de vitamine B6 trois fois par jour et 2 g de tryptophane par jour.

5. Les acides gras oméga-3



Oméga-3(70)

- Les acides gras oméga-3 polyinsaturés réduisent l'agoraphobie.

Deux à trois mois de prise de deux à six cuillères à soupe par jour d'huile de lin apportant 0,2 à 1 g par jour d'acide alpha-linoléique permettent de réduire de l'agoraphobie chez les trois quarts des patients.

- Comment les acides gras polyinsaturés réduisent l'anxiété.

Les acides gras oméga-3 polyinsaturés sont des précurseurs sur lesquels la niacine et d'autres vitamines liées à des enzymes agissent pour former les prostaglandines de série 3. Les acides gras polyinsaturés de type oméga-3, tels que l'EPA et le DHA, abaissent le niveau d'anxiété en diminuant les niveaux sériques de noradrénaline. Une préparation contenant 762 mg d'un mélange de ces deux acides gras fait chuter en deux mois le taux de noradrénaline en moyenne de 30 %.

- Traitement de l'anxiété, de l'agoraphobie par les acides gras polyinsaturés oméga-3 : prendre 750 à 2 500 mg par jour d'huile de poisson (constituée par un mélange de DHA et d'EPA) ou une à deux cuillères à soupe par jour d'huile de lin.

6. Le L-tryptophane

- Une diminution du taux de L-tryptophane est associée à l'anxiété.

Un taux bas en L-tryptophane dû à une alimentation pauvre en L-tryptophane pendant 24 heures accroît l'anxiété, en particulier, jusqu'à amener des crises de panique, surtout lors de situations stressantes, comme celles de parler en public. Chez des patients avec un trouble de panique de type DSM-III-R (le DSM est une classification officielle des troubles psychiatriques), le tryptophane chute de plus de 80 % lors de la prise d'une boisson sans tryptophane. La réduction du tryptophane n'influence pas l'anxiété au repos. Chez les personnes qui vivent seules, une baisse du taux de tryptophane fait naître l'angoisse et déclenche des crises de panique. En apportant du gaz sous forme de 5 % de CO₂, neuf personnes sur vingt qui vivent seules et chez qui l'on induit un état de carence en tryptophane font des crises de panique, contre seulement deux chez celles qui reçoivent du tryptophane. Chez les volontaires normaux, le gaz ne crée pas de panique. L'anxiété des femmes lors des premiers jours suivant l'accouchement, est partiellement due à une faible disponibilité du tryptophane, dont le catabolisme est accru pendant cette période. On observe un niveau relativement plus élevé de kynurénine plasmatique, un catabolite du tryptophane, et du rapport kynurénine sur tryptophane, reflétant une utilisation et une efficacité accrues du tryptophane. Ce rapport est bien moins prononcé chez les femmes qui souffrent après l'accouchement d'anxiété et de dépression. La diminution du tryptophane renverse même l'effet anxiolytique des antidépresseurs qui augmentent le taux de sérotonine chez les patients souffrant de phobie sociale (ayant peur des autres). Cette anxiété augmente particulièrement lors de stress, comme celui de parler en public.

- Le L-tryptophane réduit l'anxiété :

Une supplémentation en L-tryptophane diminue l'anxiété et la sévérité des crises de panique, en particulier, lorsqu'elle est associée à 30 mg de vitamine B6. À doses excessives, le L-tryptophane provoque de la somnolence.

Dans une étude en double aveugle, la prise pendant une semaine d'aliments protéinés riches en tryptophane associés à des hydrates de carbone a amélioré toutes les mesures objectives d'anxiété par rapport à la prise d'hydrates de carbone seuls. En fait, seulement 10 % des patients qui souffrent de crises de panique ont des crises, contre 45 % lorsqu'ils sont privés de tryptophane. Une alimentation riche en tryptophane diminue aussi considérablement les

symptômes d'anxiété des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable, un état de douleur et de mal digestion intestinale qui engendre beaucoup d'angoisse.

- Mécanismes des effets anti anxiolytiques du tryptophane.

Le L-tryptophane est un précurseur de la sérotonine qui a une action antidépressive. Le tryptophane stimule la sécrétion au cours du sommeil de l'hormone de croissance, une hormone qui réduit fortement l'anxiété. Le L-tryptophane augmente aussi la sécrétion de mélatonine, une autre hormone qui réduit l'anxiété et les ruminations angoissées.

- Traitement de l'anxiété par le tryptophane : 5 à 10 g par jour, sans ou avec 30 à 100 mg de vitamine B6 ;

Consommer davantage d'aliments à base de protéines, comme la viande rouge, les œufs, le poisson ou la volaille, sources riches en tryptophane. Les bananes, les mangues, les dattes et des graines, comme les graines de sésame, de tournesol, de citrouille, les cacahuètes contiennent aussi du tryptophane.

III. Les recettes anti-stress (7),(72),(73),(60)

1. Faites du sport

1.1. Activité physique régulière



Course à pied (71)

Depuis longtemps, ces effets sont observés par les cliniciens, soit sous forme de stratégies spontanément utilisées par les patients (« quand je me sens trop stressé, ça me fait du bien de faire de l'exercice »), soit sous forme d'études plus méthodiques.

Les résultats ne sont pas univoques et il apparaît clairement que l'activité physique fonctionne comme tous les autres traitements : elle nécessite une bonne observance quant

aux doses et à la régularité. Dans certaines études, les effets semblent plus francs sur les symptômes dépressifs que sur les symptômes anxieux. Et globalement les études obtenant les meilleurs résultats sont celles dans lesquelles l'exercice physique est conduit en groupe sous la houlette d'un professeur de gymnastique, ce qui devrait inciter les services hospitaliers à proposer systématiquement de telles activités à tous patients hospitalisés.

Dans une étude randomisée, les chercheurs ont pris 30 femmes âgées de 18 à 37 ans et atteintes de ce trouble et les ont placées dans trois groupes : un groupe "muscultation" avec deux séances par semaine, un groupe "vélo" avec deux séances par semaine et un groupe de contrôle, sans activité physique. Les groupes ont été suivis pendant 6 semaines et examinés par des psychiatres qui ne savaient pas dans quel groupe se situait le patient examiné.

Résultat : tous les groupes qui ont fait du sport ont vu leur anxiété et les symptômes généraux diminuer fortement. La meilleure amélioration survient dans le groupe "muscultation" avec 60% de rémission. Matthew Herring, directeur de l'étude, déclare : "Notre étude est le premier essai randomisé contrôlé à avoir examiné les effets du sport chez des personnes souffrant de trouble anxieux généralisé. Compte tenu de la prévalence de cette maladie et des problèmes liés aux traitements, y compris les effets secondaires des médicaments, nos résultats sont très encourageants parce qu'ils suggèrent que l'exercice physique est une méthode simple et bien tolérée qui peut être utilisée avec les traitements classiques pour améliorer les symptômes."

Conseils pratiques pour diminuer les niveaux d'anxiété et de dépression, d'après l'expertise collective de l'Inserm 2008 (activité physique : contextes et effets sur la santé) :

- Travail de type aérobie (marche) ou de renforcement musculaire, 3 à 5 fois par semaine, intensité modérée, par séquences de 30 minutes.
- Pendant au moins 12 semaines consécutives
- En groupe ou individuellement avec un coach
- Effets notés dès 8 semaines de pratique.

1.2. Choisissez un sport qui vous plaît

Cela vous aidera également à réguler votre pratique. Inutile de sélectionner une activité en fonction du nombre de calories que vous allez y brûler ou le développement de certains muscles qu'elle promet. Car si vous n'affichez pas un réel intérêt pour la pratique en elle-même, vous risquez d'abandonner plus vite que prévu.

Certains sports sont néanmoins davantage recommandés parce qu'ils permettent à la fois de se défouler et de rester en bonne santé. Il s'agit essentiellement des sports d'endurance. Ils vous assurent une bonne oxygénation et une meilleure circulation sanguine tout en vous musclant :

- La natation
- La marche
- Le vélo
- La course à pied : elle agit comme un antidépresseur sur l'organisme si vous courez au moins trois quarts d'heure ; voilà pourquoi on se sent complètement vidé après un jogging.

1.3. Déchargez votre stress



Stress au travail(74)

Une contrariété, un rendez-vous déplacé, un client qui vous irrite, des embouteillages...Vous pouvez être confronté à une situation stressante soudaine. Comment y faire face ? Voici quelques méthodes pour retrouver rapidement plus de sérénité :

- Gardez une balle de tennis sur votre bureau. Serrez-la très fort ou cognez-la quand vous êtes en colère.
- Défoulez-vous en tapant dans un sac bourré à la façon d'un boxeur.

- Jouez aux fléchettes sur une cible désagréable.
- Sortez dans un espace vert et criez très fort.
- Poussez des cris ou même des hurlements au volant de votre voiture.
- Courez sur place pendant au moins cinq minutes en vous concentrant sur des idées agréables.
- Grimpez les escaliers deux marches à la fois.
- Faites rapidement le tour du bâtiment en respirant profondément.
- Lancez-vous à fond dans un match de tennis, ping-pong ou de squash.
- Accordez-vous une petite sieste de quinze à vingt minutes pour vous redynamiser. En revanche, un sommeil de plus de trente minutes peut être contre-productif.
- Ecoutez de la musique calme. Cela court-circuite vos facultés intellectuelles pour atteindre le niveau émotionnel.
- Ménagez-vous des pauses au moment où vous vous sentez tendu. Faites vos courses ou n'importe quelle autre activité non professionnelle de façon à relâcher votre tension.

2. Osez rire



les

Le rire(75)

Rire est bon pour le moral mais aussi pour le cœur. Et pourtant d'après les statistiques, on rit de moins en moins : dix-huit minutes par jour en 1939, six en l'an 2000. Il paraît aussi que les enfants rient 400 fois par jour, contre 20 fois seulement pour adultes... Or, il faudrait rire au moins un quart d'heure par jour.

- Voici des bonnes raisons pour vous convaincre des bienfaits du rire :
 - Le rire ralentit le rythme cardiaque. C'est ce qu'avancent des chercheurs américains. Selon le docteur Michael Miller de l'université du Maryland, une bonne dose quotidienne de rire peut avoir des effets comparables à la pratique régulière d'un sport pour le système cardiovasculaire, en stimulant la circulation sanguine.
 - Le rire diminue la tension artérielle et améliore la circulation sanguine.
 - Le rire réduit la douleur en provoquant la sécrétion d'endorphines dans le corps, dont les propriétés antalgiques réduisent immédiatement la douleur.
 - Il augmente la sécrétion d'endorphines (hormones qui diminuent les effets du stress et renforce le système immunitaire).
 - Le rire améliore la qualité du sommeil.
 - Le rire détend : il active les endorphines et les neurotransmetteurs du centre du plaisir dans le cerveau, créant ainsi un effet relaxant, qui peut durer jusqu'à trois quarts d'heure après le rire...
 - Le rire crée une connivence avec les autres. Il permet de créer un lien social. Il dissout les barrières, les formalismes et les conventions. Il aide à entrer facilement en contact avec les autres.
 - Rire permet de développer une attitude positive. Il est difficile de rester agressif, triste ou déprimé face à une personne qui rit.
 - Rire augmente la confiance en soi. Rire aide à surmonter sa timidité et à se sentir plus à l'aise. En riant, on surmonte ses inhibitions et on devient plus sociable.

Le rire est donc un véritable médicament naturel, qui est de plus en plus utilisé par les médecins dans leur thérapie. L'humour est d'ailleurs une forme de thérapie pratiquée à l'hôpital pour aider les patients à surmonter la douleur et la maladie. De nombreuses associations interviennent ainsi auprès des patients pour les faire rire.

- L'avènement des clubs de rire

Près de 2000 clubs de rire existeraient aujourd'hui dans le monde, où l'on pratique la méthode du « rire sans raison » inventée en 1995 par le docteur indien Madan Kataria. Ces clubs vous apprennent à rire en dehors de toute situation comique. Le rire se déclenche par l'échange de regards, des mises en situation ludiques et des exercices de respiration et de relaxation issus du yoga. Et comme le rire est contagieux, tout le monde en profite. Et même s'il s'agit parfois de rires un peu forcés, sachez que votre cerveau ne fait pas la différence et vous procurera autant de bien-être.

3. Ecoutez de la musique (76),(77),(78)

C'est bien connu, la musique apaise les mœurs. Mieux encore, la musique a de nombreux bienfaits sur le corps et l'esprit.

C'est d'ailleurs pour cela que la musique est souvent utilisée pour accompagner des séances de relaxation, de méditation, ou encore de thérapie. La musique permet de capter l'attention, d'explorer les émotions, d'aider à la méditation. Apaisante, elle diminue le stress.

- La musicothérapie :



Musique et anxiété(77)

pratique la musique, en chantant, en fredonnant ou en jouant d'un instrument de musique.

L'utilisation de la musique et du son en thérapie, c'est la musicothérapie. Une discipline pratiquée par un musicothérapeute qui permet de rétablir, améliorer ou maintenir la santé physique et psychologique.

Il existe deux types de musicothérapies :

- la musicothérapie réceptive : c'est le cas lorsque l'individu en thérapie écoute de la musique ;
- la musicothérapie active: l'individu

En réponse à un évènement stressant, l'organisme sécrète immédiatement de l'adrénaline. Puis dans les minutes qui suivent, l'organisme sécrète une deuxième hormone dans les minutes qui suivent en renfort : le cortisol.

Si celui-ci ne revient pas à un niveau bas il peut provoquer des dommages sur la santé. Dans cette suite d'évènements, la musique a un rôle important : elle permet de réduire le niveau de cortisol et donc de retrouver un état normal.

En plus de réduire le stress, la musique a de multiples effets positifs sur l'organisme. Elle permet notamment :

- d'apaiser l'organisme, d'améliorer l'humeur et de stimuler la mémoire.
- d'aider à combattre l'insomnie, d'améliorer la fonction immunitaire, en simulant notamment la production d'immunoglobuline A.
- d'améliorer l'activité physique, en augmentant la tolérance à l'effort.

Bon à savoir : il n'y a pas de contre-indication particulière à la thérapie par la musique, il faut seulement faire attention au volume sonore.

D'un point de vue physiologique, la musique aide à diminuer le rythme cardiaque, à baisser la tension artérielle et à diminuer la fréquence respiratoire. Ces trois facteurs augmentent justement en cas de stress.

- Musique et anxiété

Il a été démontré qu'écouter de la musique pendant ou après un moment stressant diminue la réponse de stress, mais est-ce également le cas si on écoute une musique relaxante avant l'exposition à un stresser ? Récemment, des chercheurs basés à l'Université de Zürich ont voulu répondre à cette question.

Soixante participantes en santé ont été réparties dans trois conditions différentes. Ces groupes ne différaient que par une chose : ce que les participantes écoutaient avant d'être exposées à un stresser psychosocial.

Dans le premier groupe, les participants écoutaient une musique relaxante. Dans le deuxième groupe, on demandait aux participantes d'écouter une bande sonore de gouttes d'eau. Enfin, dans le troisième groupe, il n'y avait rien à écouter. Contrairement à l'hypothèse des chercheurs, les résultats démontrent que ce sont les participantes du premier groupe (musique relaxante) qui ont le plus réagi à la tâche stressante.

Une des hypothèses avancées pour expliquer ce résultat va comme suit : l'écoute de musique et le système de stress activent des zones du cerveau similaires. Donc, l'écoute de musique avant la tâche stressante prépare ces zones cérébrales, qui réagissent alors davantage face au stresser.

4. Développez l'estime de soi (79),(60)

L'estime de soi est une condition essentielle pour réussir vos objectifs et elle conditionne votre manière de réagir aux événements. C'est tout simplement pourquoi il faut apprendre à vous estimer pour moins stresser.

Pourquoi rencontrez-vous d'éventuelles difficultés pour vous valoriser ? En général, les gens se dévalorisent quand ils se croient condamnés à l'échec. Cette façon de penser peut prendre ses racines dans des expériences réelles d'échecs mais celles-ci peuvent être également imaginaires. Il arrive par exemple que des personnes ayant été habituées à être dévalorisées dans leur enfance continuent d'avoir une mauvaise estime d'elles-mêmes à l'âge adulte.

Les phrases telles que « Tu n'es bon à rien, tu n'y arriveras pas, etc. » peuvent ainsi rester gravées dans la mémoire alors que la situation a bien changé. L'inverse est également vrai. Certaines personnes peuvent ainsi se survaloriser en permanence parce qu'on leur a répété dans leur enfance : « Tu es le plus beau, le meilleur, etc. »

Pour retrouver une bonne estime de soi, tordez le cou à toutes ces idées imaginaires de l'enfance qui façonnent votre identité actuelle. Revenez à votre réalité.

4.1. Quelques conseils pour avoir confiance :

- Soyez indulgent. Personne n'est parfait. Et vous ne l'êtes sûrement pas moins que les autres.
- Cessez de fuir. Acceptez les épreuves, c'est aussi un bon moyen pour vous évaluer.
- Restez dans l'action. A ne rien tenter, vous êtes sûr de ne pas vous tromper. Mais en vous accordant le droit à l'erreur, vous pouvez enfin avancer.
- Donnez-vous des objectifs réalistes. Pour vous donner une chance de réussir.
- Accordez-vous les moyens de réussir.
- Sachez dire non. Vous maîtrisez enfin votre destin.
- Faites du sport et soignez votre look. L'estime de soi passe aussi par celle de votre corps et de votre image.

- Ecoutez les autres. Au lieu de voir les individus comme des rivaux, essayez de les connaître davantage. Vous verrez, c'est très enrichissant.
- Aimez-vous. Vous êtes complexé par vos défauts ? Regardez-les en face, soit pour les soigner, soit pour les transformer en qualité, soit pour les oublier. Puis intéressez-vous à vos qualités et mettez-les en avant.
- Entraînez-vous. L'estime de soi se cultive au quotidien. Apprenez à vous féliciter, lorsque vous avez passé une étape difficile.

4.2. Influence de l'estime de soi sur le stress et la santé :

« L'estime de soi est une composante centrale des expériences quotidiennes d'un individu; elle reflète et affecte ses transactions avec l'environnement et les personnes qu'il rencontre ».

Ainsi, l'estime de soi peut affecter la manière dont l'individu interagit avec l'environnement. Elle a un impact sur la situation stressante et sur la façon dont l'individu l'évalue. En cela, il est possible de la considérer comme un modérateur de la relation entre le processus de stress et ses conséquences en termes d'ajustement, de santé mentale et de bien-être.

L'étude récente de Moksnes, Moljord, Espnes et Byrne (2010) s'est intéressée à l'éventuel effet modérateur de l'estime de soi sur le stress et la détresse psychologique à travers la dépression et l'anxiété. Elle a été réalisée sur un échantillon de 1504 étudiants norvégiens (769 filles et 735 garçons) âgés de 13 à 18 ans (âge moyen de 14,8 ans). Le stress a été mesuré avec une échelle de stress pour adolescents comportant 58 items basés sur la vie à la maison, les relations amoureuses, les performances scolaires... Pour les autres instruments, les chercheurs ont utilisé l'inventaire d'anxiété de Spielberger (STAI : Spielberger, 1983), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSE : Rosenberg, 1965) et l'échelle de dépression de Zung (1995). Les résultats ont montré des corrélations positives significatives entre la perception du stress et les états émotionnels à savoir la dépression (0,44, $p \leq 0,01$) et l'anxiété (0,35, $p \leq 0,01$). De plus, des corrélations négatives significatives ont été observées entre le stress perçu et l'estime de soi (-0,27, $p \leq 0,01$). L'estime de soi était également corrélée négativement à l'anxiété (-0,62, $p \leq 0,01$) et à la dépression (-0,64, $p \leq 0,01$). Les régressions linéaires effectuées entre les différentes variables ont également montré que l'estime de soi modérait la relation entre le stress perçu et l'état de dépression (ΔR^2 0,34, $p \leq 0,001$).

Les résultats obtenus mettent en avant que l'estime de soi modérerait la relation entre le stress perçu et les états émotionnels négatifs comme la dépression et l'anxiété. Il semble donc que l'estime de soi soit une variable importante pour la santé mentale.

IV. Les faux amis (80),(81),(82)



Les faux amis(80)

1. Alcool(81)

- Pourquoi consomme-t-on de l'alcool ?

Les raisons sont multiples, elles dépendent à la fois des individus (de leurs caractéristiques individuelles comme leur personnalité ou leur disposition génétique), de la substance consommée (son prix, l'effet qu'elle produit) et du contexte de boisson (la pression des pairs, les valeurs véhiculées par la société, la situation familiale et professionnelle).

On peut classer les motifs de consommation d'alcool selon deux dimensions : en fonction de la valence (positive ou négative) et de la source (interne ou externe) des effets escomptés.

Dans les motifs à valeur positive, c'est-à-dire amplifiant des états émotionnels neutres ou positifs, on distingue les motifs de renforcement (je bois de l'alcool parce que j'aime les sensations que cela me procure, ou parce que cela m'amuse) et les motifs sociaux (parce que c'est plus drôle lorsque je suis avec les autres, ou pour faire la fête).

Les motifs à valeur négative correspondent à des objectifs associés aux peurs individuelles.

Il peut s'agir d'une part de motifs dits de « coping » : la personne boit afin de gérer ses sentiments et émotions négatives, afin de les atténuer (je bois parce que cela m'aide lorsque je suis nerveux ou déprimé, ou pour oublier mes problèmes).

Il peut s'agir enfin de motifs de conformité : ils sont en lien avec le contexte extérieur et visent à éviter des sentiments négatifs de rejet (je bois pour ne pas subir les railleries des buveurs, pour ne pas me sentir exclu, ou parce que j'ai peur de ne pas être apprécié par les autres).

Dans les motifs de « coping », l'individu boit pour faire face à une situation perçue comme stressante, afin de gérer des émotions internes négatives, comme la peur, le sentiment d'anxiété ou de tristesse.

- Boire pour diminuer ses tensions émotionnelles

L'alcool consommé pour motifs de coping a un effet positif immédiat sur les tensions et stress internes subis : ceux-ci diminuent. Cet effet est cependant éphémère et dissimule les problèmes aux yeux du consommateur : ce dernier se retrouvera de nouveau face aux mêmes difficultés sans avoir pu développer de stratégies adéquates pour les résoudre.

Ce comportement est dangereux sur le long terme puisque le contre-coup de la prise d'alcool est un accroissement des tensions émotionnelles éprouvées.

Le recours à l'alcool pour motif de coping s'associe souvent à des prises d'alcool de plus en plus importantes au cours des années de consommation, jusqu'à rendre le consommateur dépendant de l'alcool.

Dans ce type de comportement, l'individu boit généralement de façon solitaire et souvent en quantités importantes. Cette consommation abusive engendre de nombreux problèmes : ennuis de santé ou engagements dans des comportements irresponsables (consommation sur le lieu de travail, problèmes pécuniaires), agressifs (trouble de voisinage, avec la police) ou dangereux tel que la conduite en état d'ivresse.

- La sensibilité à l'anxiété

Depuis une vingtaine d'années, les chercheurs reconnaissent un trait de personnalité appelé « sensibilité à l'anxiété » qui caractérise les personnes sensibles aux signes physiques de l'anxiété, comme les paumes moites ou le cœur qui accélère. Elles interprètent ces signes comme une menace par elle-même et peuvent par exemple croire qu'elles font une crise cardiaque quand leur rythme cardiaque bat plus vite en réponse au stress. Cette sensibilité particulière joue le rôle d'amplificateur de l'anxiété.

Si ces personnes ont un risque élevé de développer des troubles anxieux (des crises de panique récurrentes par exemple), des études suggèrent qu'elles constituent en outre une population à risque vis-à-vis de l'alcool. Les personnes étant fortement sensibles à l'anxiété consomment de l'alcool plus fréquemment que les gens qui le sont peu et ce pour des raisons liées à l'apparition des symptômes d'anxiété. En effet, en buvant, les personnes fortement sensibles à l'anxiété voient plus facilement que les autres leur sensibilité aux symptômes d'anxiété diminuer : leur charge émotionnelle en est réduite, elles se détendent grâce à l'action de l'alcool sur le système nerveux central. Si une association existe entre la consommation d'alcool et la sensibilité à l'anxiété, cette relation n'est toutefois pas directe et on ne peut affirmer que des personnes sensibles à l'anxiété boiront forcément en plus grande quantité que d'autres qui ne le sont pas.

L'association avec le tabac semble par ailleurs dangereuse : des travaux ont en effet montré que les fumeurs sensibles à l'anxiété consommeraient deux fois plus d'alcool que les non-fumeurs. Cette question mériterait cependant une exploration plus approfondie afin de savoir si elle est généralisable.

2. Tabac(82)

La santé mentale est meilleure chez les fumeurs sevrés que chez ceux qui ont continué à fumer.

Telle est la conclusion de cette étude britannique qui a comparé la santé mentale des fumeurs à celle d'un groupe de sujets ayant arrêté de fumer depuis 6 semaines.

Au total 26 publications ont été analysées, comprenant des fumeurs âgés en moyenne de 44 ans, fumant en moyenne une vingtaine de cigarettes par jour et modérément dépendants. On constate ainsi chez les ex-fumeurs une diminution des troubles dépressifs, de l'anxiété, du stress, un meilleur optimisme et un bien-être général associé à une amélioration de la qualité de vie, par rapport à ceux qui ont poursuivi leur tabagisme.

Les chercheurs assimilent l'effet de l'arrêt du tabac à celui des médicaments contre les troubles de l'humeur et l'anxiété.

Le tabac est perçu à tort comme un agent anti-anxiété. En effet, les fumeurs calment leur stress par la prise d'une cigarette. Mais ce qu'ils oublient, c'est que cette anxiété est générée par la dépendance liée à la cigarette.

En conclusion, passés les premiers jours, voire les premières semaines, l'arrêt du tabac est non seulement bénéfique pour le système cardiorespiratoire et en terme de prévention des cancers, mais également pour la santé mentale.

CONCLUSION

Ce travail montre une partie de l'étendue des techniques non médicamenteuses à disposition pour lutter contre le trouble anxieux.

Notre rôle de pharmacien est :

- De détecter ces patients anxieux
- D'orienter les patients le plus possible vers des alternatives saines et efficaces afin d'entretenir voir améliorer la relation patient-pharmacien mais aussi la relation patient-médicament.
- De les conseiller pour réguler ce sentiment d'anxiété.
- De les éduquer psychologiquement à gérer leurs émotions.
- De leur faire prendre conscience qu'ils doivent être acteurs de leur propre santé.

Nous ne pouvons plus faire abstraction de ces alternatives qui doivent rentrer le plus tôt possible dans la prise en charge du patient anxieux avant même l'instauration de traitements médicamenteux.

En tant que pharmacien d'officine, notre priorité doit être le patient, sa santé et son bien-être.

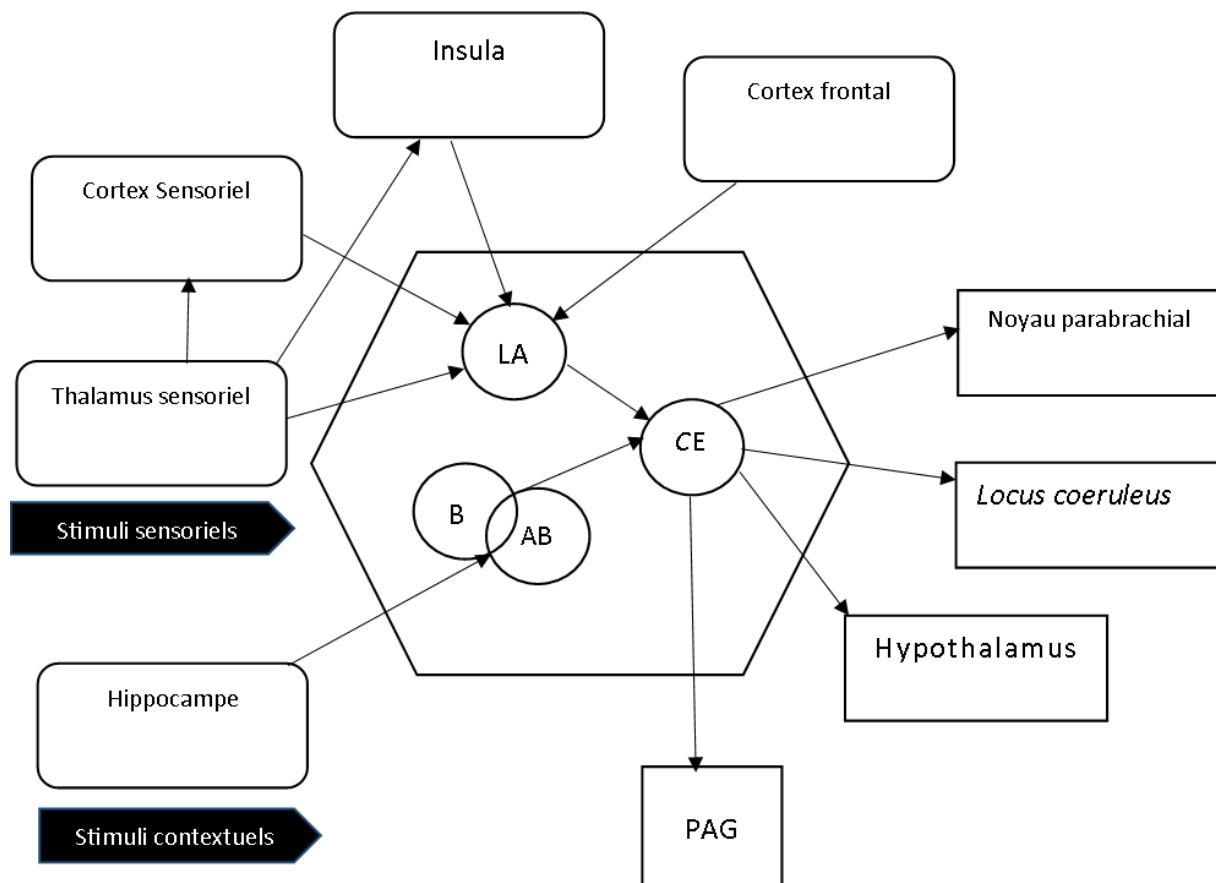
ANNEXES

ANNEXE 1 : Prévalence (sur 12 mois) des troubles anxieux en population générale européenne (étude ESEMeD) (7)

	Six pays européens (dont la France) En %			France En %		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tout trouble anxieux	6,4 (6,0-6,8)	3,8 (3,3-4,3)	8,7 (8,0-9,4)	9,8 (8,7-10,9)	5,0 (3,8-6,1)	14,2 (12,4-15,9)
TAG	1,0 (0,8-1,2)	0,5 (0,3-0,7)	1,3 (1,0-1,6)	2,1 (1,5-2,6)	1,6 (0,9-2,2)	2,5 (1,7-3,3)
Phobie sociale	1,2 (1,0-1,4)	0,9 (0,7-1,1)	1,4 (1,1-1,7)	1,7 (1,3-2,2)	0,9 (0,4-1,4)	2,5 (1,7-3,3)
Phobie spécifique	3,5 (3,2-3,8)	1,9 (1,5-2,3)	5,0 (4,5-5,5)	4,7 (3,9-5,5)	1,7 (1,1-2,4)	7,4 (6,1-8,7)
ESPT	0,9 (0,7-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	1,3 (1,0-1,6)	2,2 (1,6-2,7)	0,7 (0,2-1,1)	3,5 (2,6-4,5)
Agoraphobie	0,4 (0,3-0,5)	0,2 (0,1-0,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,6 (0,3-0,8)	0,3 (0-0,6)	0,8 (0,3-1,2)
Trouble panique	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,4-0,8)	1,0 (0,8-1,2)	1,2 (0,8-1,6)	0,8 (0,3-1,3)	1,6 (0,9-2,2)

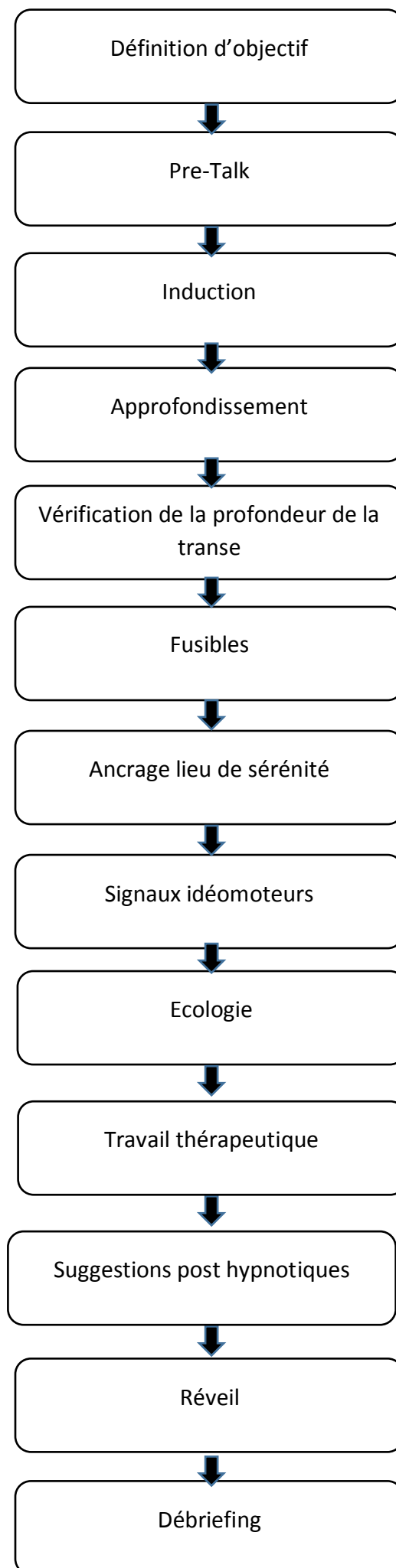
ANNEXE 2 : Réponse de la peur (7)

Les stimuli sensoriels reçus par le thalamus sensoriel et les stimuli contextuels reçus par l'hippocampe sont transmis respectivement au noyau latéral de l'amygdale (LA), au noyau basal et au noyau basal accessoire de l'amygdale (B et AB), puis transférés au noyau central de l'amygdale (CE). Les voies efférentes à l'amygdale arrivent aussi du cortex sensoriel, de l'insula et du cortex préfrontal. Du noyau central de l'amygdale, les informations envoient des projections aux sites effecteurs dans le tronc cérébral et l'hypothalamus, produisant les manifestations autonomes et comportementales de la réponse aiguë de peur. PAG : substance grise péri-aqueducale.

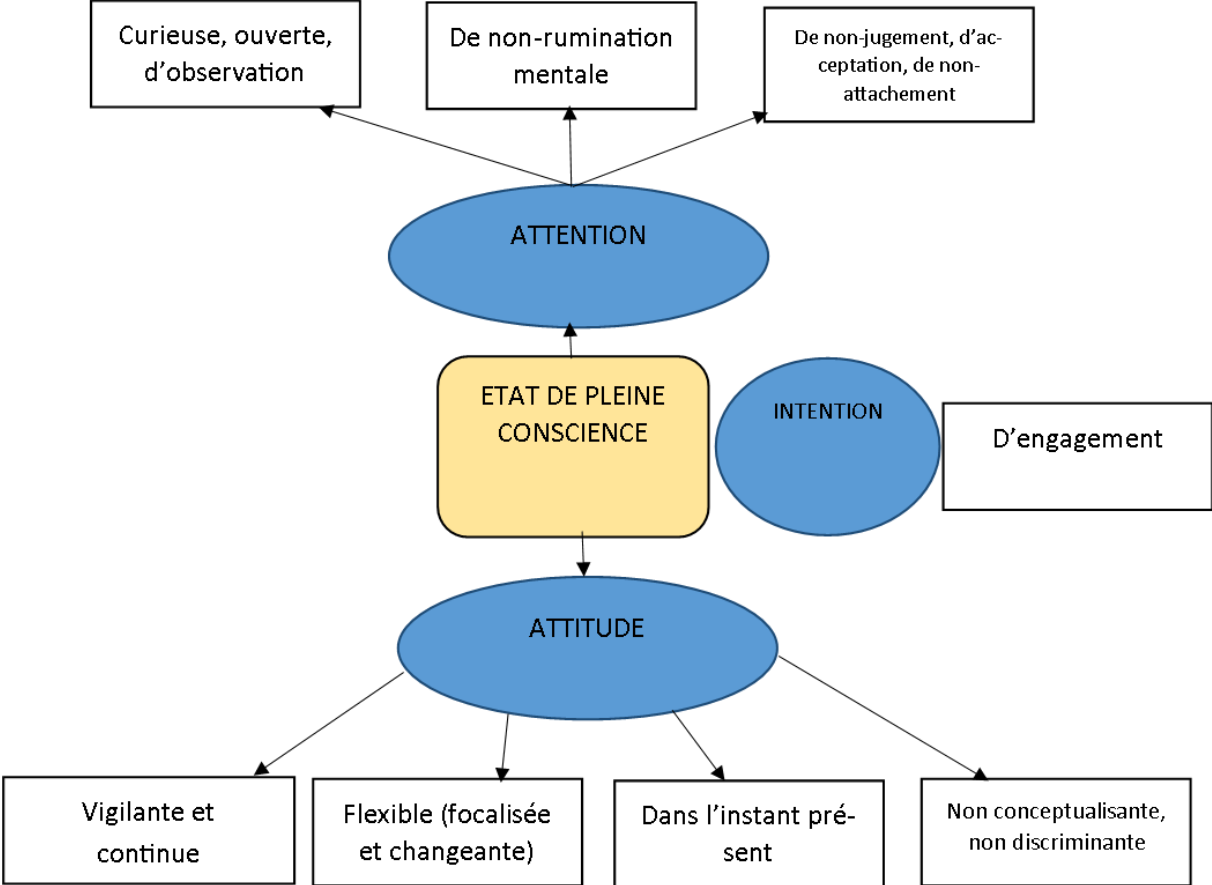


ANNEXE 3 :

Etapes hypnose(83)



ANNEXE 4 : Le concept de la pleine conscience (47)



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les symptômes d'anxiété _____	9
Tableau 2. Classification des troubles anxieux _____	12
Tableau 3. Comparaison entre nosologie freudienne et nosologie des classifications internationales _____	13
Tableau 4. Caractéristiques générales des troubles anxieux _____	16
Tableau 5. Symptômes du trouble d'anxiété généralisée _____	27
Tableau 6. Symptômes de l'attaque de panique _____	29
Tableau 7. Symptômes Stress post traumatique _____	32
Tableau 8. Symptômes de la phobie spécifique _____	34
Tableau 9. Symptômes de la phobie sociale _____	34
Tableau 10. Symptômes de l'agoraphobie _____	34
Tableau 11. Diagnostic différentiel des phobies _____	35
Tableau 12. Pronostic des phobies _____	35
Tableau 13. Traitement des phobies _____	36
Tableau 14. Symptômes du TOC _____	37
Tableau 15. Prise en charge du TOC _____	38
Tableau 16. Processus émotionnels(7) _____	41
Tableau 17. Emotions fondamentales et humeurs dérivées chez l'être humain _____	48
Tableau 18. Les indications de l'hypnose _____	70
Tableau 19. Etapes, objectifs et procédures en EMDR _____	77
Tableau 20. Calendrier des évènements agréables _____	107
Tableau 21. Caractéristiques du sommeil dans les maladies psychiques _____	112

LISTE DES ABREVIATIONS

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESEMeD : European Study of the Epidmiology of Mental Disorders

GABA : Acide γ -aminobutyrique

CRF : Corticotropin-releasing factor

CCK : Cholécystokinine

CO₂ : Dioxyde de carbone

5-HT : Sérotonine

AMPc : Adénosine monophosphate cyclique

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

MRI : Mental Research Institute

ECG : Electrocardiogramme

DU : Diplôme Universitaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

APHP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

DESU : Diplôme d'études supérieures universitaires

DPC : Développement Professionnel Continu

TCC : Thérapie Comportemental et Cognitive

MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction

JAMA : Journal of the American Medical Association

TAS : Trouble Affectif Saisonnier

BIBLIOGRAPHIE

1. Traité de psychiatrie, par Michael GELDER, Richard MAYOU et Philip COWEN, édition Médecine-Sciences Flammarion 2005.
2. www.psycom.org
3. <http://www.encyclopedie-incomplete.com/?Cinq-Lecons-sur-la-Psychanalyse,1011>
4. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/19456-liste-de-codes-cim-10-definition>
5. <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/dsm-iv>
6. Psychiatrie de l'adulte, par Pierre ANDRE, 5^e édition heures de France 2013.
7. Les troubles anxieux, par Jean-Philippe BOULENGER et Jean-Pierre Lépine, édition Lavoisier 2014.
8. ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNEST S et al. The European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand, 2004.
9. ANDLIN-SOBOCKI, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. Eur J Neurol, 2005.
10. http://tecfa-bio-news.blogspot.fr/2011_01_01_archive.html
11. <http://news.sciencemag.org/brain-behavior/2010/12/fearless-woman-lacks-key-part-brain>
12. The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear, Justin S. Feinstein, 2010.
13. http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_08/i_08_p/i_08_p_anx/i_08_p_anx.html
14. <http://www.aquarienne.net/attaques-de-panique-et-efit.php>
15. <http://www.anxiete.fr/stress-post-traumatique/introduction/>
16. <http://www.anxiete.fr/phobie-sociale/anxiete-sociale/>
17. <http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/types-de-troubles-anxieux/>
18. PELISSOLO A, MANIERE F, BOUTGES B, AL LOUCHE M, RICHARD-BERTHE C, CORRUBLEE. Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. L'encephale vol 33 N°1 fev 2007 pp32-38
19. Les thérapies brèves, par Guillaume POUPARD et Virgile Stanislas MARTIN, édition armand colin 2012.
20. <http://www.c-ville.com/ecology-of-mind-gregory-bateson/>
21. <http://www.hypnose-ericksonienne.com/sinformer/lhypnose/>
22. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, rapport inserm, juin 2015
23. La relaxation, nouvelles approches, nouvelles pratiques, par Dominique SERVANT, édition Elsevier Masson 2015.
24. <http://www.britannica.com/biography/Franz-Anton-Mesmer>
25. Uman LS et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2013.
26. ABC de l'EMDR, La thérapie des émotions, par Sophie Madoun et Dr Danielle Dumonteil, édition Grancher 2005,2006).
27. <http://www.babelio.com/auteur/Francine-Shapiro/19691>
28. Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing, Elofsson, von Scheele et al. 2008

29. <http://www.respirons.com/la-respiration-abominale/>
30. <http://www.blog-adnouest.org/journee-ludique-adnouest-sort-les-voiles/>
31. <http://deficit-attention.com/respirer-concentration/> Öst, L. G. (1987). Applied relaxation : description f a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*,25,397-409.
32. Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*,41,633-646.
33. Smith,C., Hancock,H., Blake-Mortimer, J., et coll. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*,15,77-83.
34. <http://phykeiser8iz6.blog.com/>
35. <http://bienheureusement.fr/un-peu-de-lenteur-pour-acceder-au-bonheur/>
36. Saper,R. B., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., et coll. (2004). Prevalence and patterns of adult yoga use in the United States : results of a national survey. *Altern Ther Health Med*,10,44-49.
37. Khalsa, S. B. (2004b). Yoga as a therapeutic intervention : a bibliometric analysis of published research studies. *Indian J Physiol Pharmacol*, 48(3),269-285.
38. <http://www.unizen.fr/blog/dalfonso-caycedo-a-la-sophrologie-caycedienne>
39. <http://sophrologik.over-blog.com/2014/02/les-diff%C3%A9rents-niveaux-de-conscience.html>
40. <http://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/demande-officielle-inserm/>
41. <http://travailetequilibre.com/2015/09/08/gestion-du-stress-au-travail-lapproche-de-la-sophrologie/>
42. . <http://www.yogapassion.fr/apprendre-la-meditation>
43. Ospina,M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., et coll. (2007). Meditation practises for health : state of research. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, 1551 1-263.
44. Astin, J. A., Shapiro, S. L., Eisenberg, D. M., Forsys, K. L. (2003). MA mind-body medicine :state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract*,16,131-147.
45. <http://odyseehumaine.com/2014/05/19/poeme-de-la-plume-viii-mantra-om/>
46. https://www.tickets.umn.edu/CSH/Online/default.asp?doWork::WScontent::loadArticle=Load&BOparam::WScontent::loadArticle::article_id=C7DDEFFB-0025-4D14-BF0D-9EA78EFD01A1
47. Soigner par la méditation, thérapies de la pleine conscience par Claude BERGHMANS, édition Elsevier Masson, 2010.
48. Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, M. G. (2006). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Bruxelles : De Boeck.
49. <http://thoughtbrick.com/meditation/amazing-raisins-can-experience-mbsr/>
50. . <http://yourtermsyoga.com/meditation-body-scan/>
51. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*,10, 125-143.
52. Philippot, P. (2007). Thérapie basée sur la pleine conscience : mindfulness, cognition et émotion, dans J. Cottraux (dir.), *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
53. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

54. Ludwig, D. S., Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300, 1350-1352.
55. Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., et al. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being : a systematic review and meta-analysis. *JAMA InternMed*, 174(3), 357-368.
56. <http://www.jadorelespotins.com/les-aliments-a-ne-pas-consommer-pour-dormir-en-paix-1072952015>
57. Dr Patrick Lemoine, *Soigner sa tête sans médicaments...ou presque.* (2014). Editions Robert Laffont.
58. Duration and Timing of Sleep are Associated with Repetitive Negative Thinking, *Cognitive Therapy and Research*, 04/2015, Jacob A. Nota /Meredith E. Coles
59. <http://www.neur-one.fr/sommeil%203.pdf>
60. *Mieux vivre avec son stress*, Dominique Chalvin, 2^e édition 2010 ESF éditeur
61. <http://www.prnewswire.fr/news-releases/une-etude-controlee-par-lumiere-vive-simulee-prouve-son-efficacite-dans-lallegement-des-symptomes-danxiete-232878841.html>
62. . <https://timoahopelto.wordpress.com/category/valkee/>
63. <http://www.nutranews.org/sujet.pl?id=1056>
64. . <http://blogapcoaching.blogspot.fr/2015/02/magnesium-le-mal-aime-de-la-medecine.html>
65. www.shutterstock.com
66. <http://eathealthylivefit.com/2014/05/the-health-benefits-of-selenium/>
67. <http://www.santenaturellement.com/Vitamine-B1.htm>
68. . <http://fr.depositphotos.com/30231947/stock-photo-collage-of-food-containing-vitamin.html>
69. <http://www.ikonet.com/fr/alimentation/nutrition/nutriments/nutriments/pyridoxine-b6>
70. <http://www.carevox.fr/nutrition-regimes/Comment-consommer-assez-d-omega-3>
71. <http://www.u-run.fr/24306-trail-des-limaces-resultats-photos>
72. <http://www.lanutrition.fr/les-news/le-sport-pour-lutter-contre-l-anxiete-generalisee.html>
73. Herring MP, Jacob ML, Suveg C, Dishman RK, O'Connor PJ. Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(1):21-8.
74. <http://la-puissance-du-subconscient.com/apprendre-a-lacher-prise>
75. <http://www.gentside.com/fou-rire/wallpaper>
76. <http://stress.comprendrechoisir.com/astuce/voir/291669/effets-de-la-musique-sur-le-stress>
77. <http://www.institutdubienvieillirkorian.org/tag/musicotherapie/>
78. The effect of music on the human stress response, Myriam V. Thoma, Roberto La Marca, Rebecca Brönnimann, Linda Finkel, Ulrike Ehlert, and Urs M. Nater' Robert L. Newton, Editor 2013
79. Etude des tracasseries quotidiennes des étudiants de Grandes Ecoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi Laetitia Strenna, 21juin 2013
80. <http://www.lavoixdunord.fr/tags/tabac>

81. <http://www.stop-alcool.ch/boire-pour-faire-face>
82. <http://www.e-sante.fr/bonheur-retrouve-arret-tabac-realite/breve/471>
83. Manuel pratique d'hypnothérapie, Guillaume Poupard, Virgile Stanislas Martin, Ariane Bilheran, édition Armand Colin

SERMENT GALIEN :

« Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes engagements »

RESUME

Tout le monde éprouve un jour ou l'autre de l'anxiété. Ressentir un peu d'anxiété est tout à fait normal. L'anxiété nous protège et peut nous aider à faire face à une situation inquiétante ou peut-être dangereuse. Le processus émotionnel de l'anxiété peut, par le jeu de divers biais et emballements, mener l'individu d'une expérience émotionnelle adaptée à celle d'un trouble émotionnel. Face à l'émergence de nouvelles thérapies et à la surconsommation de médicaments, il apparaît évident de faire une place aux techniques non médicamenteuses dites alternatives dans la prise en charge du trouble anxieux.

Régulièrement de nombreuses études sur les thérapies brèves (hypnose, EMDR...) et les techniques de relaxation (Yoga, Sophrologie, Méditation...) voient le jour et amènent le professionnel de santé à y prêter de plus en plus d'attention.

Ainsi, nous commençons à rêver d'un monde où le médicament serait utilisé à bon escient et où les techniques non médicamenteuses interviendraient en première ligne dans le traitement du trouble anxieux.

Le pharmacien doit orienter et éduquer les patients, à travers des conseils pratiques, à choisir la meilleure alternative pour leur santé et leur bien-être.

TITLE: Use of non-drug techniques in anxiety disorders

DISCIPLINE : Thèse d'exercice de pharmacie, Bordeaux

MOTS CLES : Anxiété, Emotions, Hypnose, EMDR, Yoga, Sophrologie, Méditation, Diététique.

JURY :

Monsieur Michel GUYOT, Maître de conférences, Président

Monsieur Richard HELENON, Pharmacien, Juge

Monsieur Arnaud COURTOIS, Maître de conférences, Juge

ADRESSE : UFR des Sciences pharmaceutiques-Université de Bordeaux

146 rue Léo Saigant 33076 Bordeaux Cedex