



## REVUE DE PRESSE CRITIQUE EN SANTÉ MENTALE

Articles de journaux et extraits de blogs présentant des points de vue critiques sur diverses questions relatives à la santé mentale : Psychiatrie et médication, jeunes et santé mentale, vision et pratiques alternatives.

Textes colligés par Robert Théoret | Juin 2016

## Contenu

Les biais cognitifs sont humains, les scientifiques aussi, donc...	3
Les diagnostics psychopathologiques sont relatifs	4
Ce qu'un Shaman voit dans un hôpital psychiatrique	6
Dabney Alix on Spirituality, Shamanism and Mental Health	11
Guérir autrement (1/2)	13
Guérir autrement (2/2)	17
Doper le cerveau à l'électricité : vers une humanité augmentée ou altérée ?	19
Entendre des voix, le signe d'une pathologie mentale ?	22
Nous sommes tous des malades mentaux	23
Démystifions l'anxiété (Première partie)	25
Démystifions l'anxiété (Deuxième partie)	29
What is normal?	32
Expériences paranormales : difficile d'en parler (1/2)	35
Expériences paranormales : difficile d'en parler (2/2)	37
La non-conformité et la libre-pensée considérées comme maladies mentales	39
Entre fascination et rigueur scientifique : les dérives des neurosciences	40
Recovery: Compromise or Liberation?	43
Facebook va-t-il remplacer Freud ?	46
La vie en ville, un risque pour la santé mentale ?	48
Les investissements publics en médecine personnalisée pour les enfants sont de la poudre aux yeux ...	50
La souffrance psychique n'est pas une fatalité	52
Non, l'égoportrait n'est pas une maladie mentale	54
Les selfies : une addiction qui cacherait une maladie mentale	55
Des scientifiques associent les Selfies au narcissisme	58
Souffrir d'une maladie mentale est désormais presque « normal »	60



## Les biais cognitifs sont humains, les scientifiques aussi, donc...

[Le cerveau à tous les niveaux](#), le 9 mai 2016

Comme tous les êtres humains, les scientifiques veulent que leur boulot les rende heureux, ce qui signifie bien souvent dans leur cas de publier des résultats qui vont être considérés comme un apport scientifique notable. Mais comme tous les êtres humains, les scientifiques peuvent aussi être l'objet de biais cognitifs importants. Et c'est là que ça peut devenir problématique, quand l'impératif de rigueur scientifique entre en collision avec [le biais cognitif inconscient](#) !



C'est ce que met en lumière une étude publiée il y a un mois dans la revue *PLoS ONE* par Stephanie Coronado-Montoya et ses collègues de l'université Mc Gill, à Montréal. L'article démontre que les expériences sur les effets de [la méditation](#) pleine conscience (« mindfulness », en anglais) sur la santé mentale ont tendance à rapporter de façon sélective les résultats positifs au détriment des résultats négatifs. L'équipe de McGill en arrive à cette conclusion après avoir analysé 124 études où des résultats positifs ont été rapportés 60 % plus souvent que ce qui était statistiquement probable. À l'opposé, des 21 autres études considérées qui avait été inscrites dans des banques de données comme ClinicalTrials.gov, 62 % n'avaient tout simplement pas été

publiées 30 mois après avoir été terminées, une indication de résultats négatifs, selon Stephanie Coronado-Montoya et son équipe.

Cela n'implique pas que ce type de méditation n'ait pas d'effets positifs sur la réduction de [stress](#) par exemple, ce qui est confirmé par plusieurs cliniciens comme le psychologue Brett Thombs, auteur sénior de l'article. Mais il plaide pour plus de transparence dans ces études afin de mieux comprendre pour qui cela fonctionne et dans quelles conditions.

L'un des problèmes est le faible nombre de participant.es de plusieurs études, [un problème classique souvent mis en lumière dans les études d'imagerie cérébrale](#), par exemple. Plus largement encore, il s'agit aussi sans doute d'un des effets pervers du fameux « publish or perish », la pression de publier des résultats positifs qui s'exercent sur les scientifiques par une certaine tradition de financement de la recherche et par le système d'avancement au sein d'une institution académique.

Ce n'est donc pas étonnant de constater à quel point ce biais favorisant la publication de résultats positifs (alors que, scientifiquement parlant, un résultat négatif a autant de valeur) est très répandu dans plusieurs domaines de la recherche médicale, de la psychologie, de la santé mentale, etc. Ces problèmes sont bien connus et maintenant grandement débattus comme je l'ai constaté en découvrant ce long article publié dans la revue *Nature* en octobre dernier et qui passe en revue plusieurs de ces failles méthodologiques et leurs remèdes potentiels (deuxième lien ci-dessous).

L'article de *Nature* intitulé « How scientists fool themselves – and how they can stop » est aussi, d'une façon générale, particulièrement éclairant sur les inépuisables capacités humaines à [l'autotromperie](#), un exemple typique étant [l'effet placebo](#). Ainsi, en recherche, on rencontre beaucoup de « myopie à nos hypothèses » (ne pas

voir les données qui contredisent notre hypothèse de travail), « d'attention asymétrique » (vérifier rigoureusement des résultats inattendus, mais être très laxistes avec les résultats attendus) ou de « just-so storytelling » (inventer une histoire apparemment logique pour rationaliser les résultats obtenus).

On peut pourtant développer de bons réflexes critiques pour neutraliser ces mauvaises habitudes et l'article en liste plusieurs, en commençant par leur prise de conscience pure et simple et la considération d'hypothèses alternatives. Un exemple plus spécifique en rapport avec l'étude sur la méditation rapportée plus haut serait ce qu'on appelle les études préenregistrées (« pre-registered studies », en anglais) où une revue scientifique s'engage à publier une étude avant même que les données ne soient disponibles, uniquement sur la pertinence de son protocole expérimental. De cette façon, que les résultats soient positifs ou négatifs, ils seront publiés.

\* \* \*

Parlant de liste, en voici deux autres, en terminant, qui complètent bien le sujet d'aujourd'hui. Dans la première, [Deric Bowns](#) résume un certain nombre d'erreurs psychologiques classiques qui nous affligent (troisième lien ci-dessous) à partir d'un article de Gary Belsky publié en mars dernier dans le *New York Times*. Encore une fois, bien des processus inconscients nous font croire que nous savons prendre de bonnes décisions dans une situation incertaine, alors que c'est loin d'être toujours le cas. La peur de perdre, l'excès de confiance, la justification a posteriori, le désir de bien paraître, de se donner beau jeu, d'être toujours trop optimiste ou le même biais de confirmation qui afflige tant de scientifiques sont en effet toujours au rendez-vous...

Finalement, une dernière liste répertoriée récemment par Bowns à partir d'un autre article du *New York Times*, celle-ci sur un certain nombre de « clés du bonheur » (dernier lien ci-dessous). On y retrouve [plusieurs points déjà soulignés dans ce blogue](#) notamment l'importance de notre réseau social, de nos proches et du temps de qualité passé avec eux. Bonheur, bien-être et santé vont aussi bien entendu de pair, et [tout ce qui fait du bien à notre corps-cerveau](#) nous rend aussi plus heureux ([exercice](#), absence de stress, bonne alimentation, stimulation intellectuelle, etc.). Finalement, le point « if all else fails, fake it » ("si tout le reste échoue, faites semblant..." d'être heureux !) m'a fait sourire tant il concluait bien le sujet d'aujourd'hui. Renvoyant aux [études d'Amy Cuddy](#), il montre la puissance de l'autotromperie et de l'influence de notre corps sur notre pensée : lever les bras en l'air en signe de victoire nous rend plus confiant et un sourire, même forcé (ou même un peu fatigué à la fin de la rédaction d'un article...), peut nous mettre dans un état d'esprit plus positif !

---

**leSoleil** <http://www.lapresse.ca/le-soleil/z/archives/coin-du-psy/201306/29/01-4666354-les-diagnostics-psychopathologiques-sont-relatifs.php>

## Les diagnostics psychopathologiques sont relatifs

Publié le 30 juin 2013 | [YVES DALPÉ](#)



(Québec) Une lectrice m'écrit un courriel pour m'exprimer son désaccord avec ma description du trouble de personnalité histrionique dans une chronique. «J'ai été diagnostiquée comme histrionique par un psychiatre, me confie-t-elle, mais je n'ai jamais trompé mon mari, alors que vous présentez les histrioniques comme infidèles dans votre chronique.» Mais non, les histrioniques ne sont pas toutes infidèles. Ce sont des personnes foncièrement séductrices, mais elles ne succombent pas toutes pour autant

à l'infidélité. Cela est une tendance de leur personnalité et non un automatisme. Qui plus est, pour qu'on attribue un diagnostic de trouble de personnalité à une personne, celle-ci doit rencontrer un certain nombre de caractéristiques et non pas toutes celles-ci. Et c'est gradué. On peut être un peu histrionique, comme on peut l'être à l'extrême. C'est comme cela pour tous les troubles de la personnalité.

D'ailleurs, la connaissance des divers troubles de la personnalité est très éclairante. C'est pourquoi je me fais un plaisir d'initier mes lecteurs à ce cadre de référence du comportement humain. Cependant, il y a toujours des inconvénients à réduire des personnes à des étiquettes et des diagnostics. Ceux-ci existent bien plus comme des repères utiles que comme des jugements implacables. En psychopathologie tout est une question de degré, et chaque personne est différente. Les diagnostics psychopathologiques en général sont relatifs et nécessitent beaucoup de prudence.

Il y a même des approches thérapeutiques qui ont en horreur les étiquettes pathologiques pour plusieurs raisons. C'est le cas de l'approche humaniste existentielle à laquelle j'adhère, qui perçoit chaque personne dans sa globalité avec ses forces et ses faiblesses et qui a de l'aversion pour les catégorisations pathologiques attribuées par une tierce personne.

### **Risque de se déprécier**

Le grand danger associé aux diagnostics psychopathologiques, c'est d'inoculer une identité négative à un client qui risque de se décourager en se percevant dorénavant comme impuissant dans la vie. Et non seulement le client risque de se déprécier, mais il aura tendance à agir en fonction de cette nouvelle image de lui. On appelle en anglais *self-fulfillment prophecy*, cette propension que nous avons tous d'agir en fonction de notre idée de nous-mêmes et de ce que les autres nous prédisent si nous y croyons.

Un autre inconvénient associé à l'attribution de troubles de la personnalité, c'est de se déresponsabiliser face aux autres. Si je perçois ma conjointe comme une *borderline*, je peux tout expliquer mes problèmes conjugaux de cette façon en excluant mes propres attitudes en rapport avec elle. Cela m'empêche de chercher activement des solutions à mes insatisfactions. Même chose dans le milieu du travail. Si je perçois mon patron comme «un maudit narcissique», je risque de me déresponsabiliser, d'expliquer mes difficultés relationnelles avec lui par cette conception pathologique de mon patron, et alors de ne pas faire l'effort de trouver des façons créatrices de m'entendre avec lui.

Personnellement, j'ai toujours été mal à l'aise avec le terme de *maladie mentale*, car bien souvent, il ne s'agit pas de «maladie» à proprement parler, mais d'états d'âme transitoires, de mauvaises habitudes, d'attitudes inadéquates et d'idées irrationnelles qui peuvent se corriger par l'entraide humaine, l'éducation ou la psychothérapie et non par des médicaments.

### **Critiques et classification**

La relativité des diagnostics en psychiatrie est bien illustrée par la tempête médiatique récente autant en Amérique du Nord qu'en Europe soulevée par la parution de la nouvelle édition du *DSM* (le *DSM-5*). Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, qu'on appelle tout simplement «le *DSM*», est publié par l'Association américaine de psychiatrie qui adopte officiellement cet ouvrage comme instrument officiel des diagnostics en santé mentale. De graves critiques sont adressées actuellement au sujet de cet outil diagnostique. On lui reproche entre autres une médicalisation abusive du vécu normal des gens et on accuse les compagnies pharmaceutiques de s'être immiscées dans le processus de révision de cette «bible des psychiatres». (En 2005, les compagnies pharmaceutiques ont dépensé 7 milliards \$ en promotions auprès des médecins, le double de ce qu'elles ont investi en recherche.)

En passant, à partir d'octobre 2014, le gouvernement américain n'utilisera plus le *DSM* comme classification officielle de la santé mentale, mais il adoptera plutôt la classification internationale publiée par l'Organisation mondiale de la santé, que l'on appelle le ICD-10-CM. Cet instrument est accessible gratuitement sur Internet à toute personne intéressée alors que le *DSM* coûte 200 \$. Si vous êtes sage et curieux, profitez de cette aubaine pour vous familiariser particulièrement avec les troubles de personnalité, mais avec l'idée d'améliorer vos attitudes et comportements, sans vous déprécier ni dénigrer votre entourage.



<http://www.espritsciencemetaphysiques.com/ce-quun-shaman-voit-hopital-psychiatrique.html>

## Ce qu'un Shaman voit dans un hôpital psychiatrique

Par [Sandra Véringa](#) | 23 septembre 2014



Selon la vision chamanique, les maladies mentales indiquent « la naissance d'un guérisseur », explique Patrice Malidoma Somé. Ainsi, on doit considérer les troubles mentaux comme des urgences et des crises spirituelles pour aider le guérisseur lors de sa naissance. Ce qui est perçu comme « une maladie mentale » dans l'Occident est considéré comme « de bonnes nouvelles de l'autre monde » par le peuple de Dagara.

La personne confrontée à la crise a été choisie comme un moyen de communication afin de faire passer un message du monde spirituel à la communauté qui l'entoure. « *Les troubles mentaux et toutes les autres sortes de troubles du comportement signalent que deux énergies incompatibles évidentes ont été fusionnées au sein du même concept* », explique le Dr Somé. Ces perturbations se produisent lorsque la personne ne reçoit pas d'aide pour faire face à la présence de l'énergie venue du royaume des esprits. Une des choses que Dr Somé a dû affronter lors de son arrivée aux États-Unis en 1980 pour des études supérieures a été de savoir comment ce dernier s'occupe des maladies mentales. Quand l'un de ses collègues a été envoyé dans un hôpital psychiatrique pour « dépression nerveuse », le Dr Somé lui a rendu visite.

*« J'étais tellement choqué. C'était la première fois que j'étais confronté à de telles mesures faites aux personnes présentant les mêmes symptômes que certains dans mon village ».*

Ce qui a frappé le **shaman**, c'était que l'attention accordée à ces symptômes était basée sur la pathologie, sur l'idée que la condition est quelque chose qui doit s'arrêter. Ça allait totalement à l'encontre de sa culture face à une telle situation. C'était en complète opposition avec la façon dont sa culture percevait une telle situation. Pendant qu'il regardait les chambres désolantes des patients, il a vu que certains portaient des camisoles de force, plusieurs étaient drogués aux médicaments et d'autres criaient. A ce moment-là il s'est dit : « *Alors c'est de cette façon que les guérisseurs qui tentent de naître sont traités dans cette culture. Quel gâchis! Quelle tristesse de voir une personne qui s'est enfin alignée avec le pouvoir de l'autre monde être en pure perte.* »



**En reformulant au sens de l'esprit occidental, nous qui vivons en Occident ne sommes ni formés ni éduqués pour traiter ou même reconnaître l'existence des phénomènes psychiques « le monde spirituel ».** En fait, les capacités psychiques sont dénigrées. Lorsque les énergies du monde spirituel émergent dans une psyché occidentale, l'individu présent est complètement dépourvu pour les intégrer ou même reconnaître ce qui se passe.

Le résultat peut être terrifiant. Sans le contexte approprié d'assistance dans le traitement de la percée d'un autre niveau de réalité, à toutes fins pratiques, la personne est « un malade mental ». Le dosage élevé des médicaments antipsychotiques aggrave le problème et empêche l'intégration qui pourrait conduire au développement de l'âme et de la croissance chez la personne qui a reçu ces énergies.

Dans le service psychiatrique, le Dr Somé a vu beaucoup d'« êtres » en présence des patients et des « entités » qui sont invisibles chez la plupart des gens mais que les shamans et les médiums sont capables de voir. « *Ils étaient à l'origine de la crise chez ces gens,* » dit-il. Il lui semblait que ces êtres essayaient de faire sortir les médicaments et leurs effets hors du corps et tentaient de fusionner avec en augmentant la douleur des patients dans le processus. « *Ces êtres agissaient presque comme une sorte de « dragueur » dans le domaine de l'énergie. Ils étaient vraiment féroces à ce sujet. Les gens chez qui ces êtres faisaient cela criaient et hurlaient,* » a-t-il dit. Il ne pouvait pas rester dans cet environnement et a dû quitter l'établissement.

Dans la tradition Dagara, la communauté aide la personne à réconcilier les énergies des deux mondes « *le monde de l'esprit avec qui elle fusionne avec le village et la communauté.* » Cette personne peut alors servir de pont entre les deux mondes et contribue à changer la vie de gens en leur procurant la guérison dont ils ont besoin. Ainsi, la crise spirituelle se termine par la naissance d'un autre guérisseur. « *La relation de l'autre monde avec notre monde est l'un des commandites,* explique le Shaman. « *Les connaissances et les compétences qui découlent le plus souvent de ce genre de fusion sont en particulier une connaissance ou une compétence venant directement de l'autre monde.* »

Les êtres qui augmentaient la douleur des internés à l'hôpital psychiatrique avaient effectivement tenté de fusionner avec les internés afin de faire passer des messages dans notre monde. Les gens avec qui ils avaient choisi de fusionner n'obtenaient aucune aide pour apprendre à être un pont entre les deux mondes et les tentatives de fusion des êtres ont échoué. Cela a mené à un maintien du trouble initial énergétique et à l'interruption de la naissance d'un guérisseur.

« *La culture occidentale a toujours ignoré la naissance des guérisseurs,* », déclare le Dr Somé. « *Par conséquent, il y aura toujours une tendance de l'autre monde à continuer d'essayer de fusionner avec autant de personnes que possible dans le but d'attirer l'attention de quelqu'un. Ils doivent s'efforcer davantage.* » Les esprits sont attirés par les personnes dont les sens n'ont pas été anesthésiés. « *La sensibilité est perçue comme une invitation à venir* » a-t-il fait remarquer.

Ceux qui développent des troubles dits mentaux sont ceux qui sont sensibles, ce qu'on considère dans la culture occidentale comme de l'hypersensibilité. Les cultures autochtones ne le voient pas de cette façon et, par conséquent, les personnes sensibles ne savent pas trop qu'elles sont sensibles. Dans l'Ouest, « *c'est la surcharge de la culture dans laquelle ils sont qui est responsable de leur démolition,* observe le shaman. *Le rythme effréné, le principe du bombardement sur les sens et l'énergie violente qui caractérise la culture occidentale peut submerger les personnes sensibles.*

### **La schizophrénie et l'énergie spirituelle**

Avec la schizophrénie il y a une « *réceptivité particulière à un flux d'images et d'informations qui ne peut être contrôlée,* » a déclaré le Dr Somé. « *Quand ce genre de particularité se produit à un moment involontaire, en*

*particulier au moment de l'apparence des diffusions mentales effrayantes, la personne concernée va dans une frénésie. »*

Ce qui est nécessaire dans cette situation, c'est de séparer en premier l'énergie de la personne de l'énergie spirituelle externe en utilisant la pratique chamannique (ce qui est connu sous le nom de 'balayage') pour éliminer ce dernier de l'aura de la personne. Avec ce nettoyage énergétique, la personne n'est plus apte à recevoir un flot d'informations et donc n'a plus de raison d'être effrayée ou troublée, explique le shaman .

**Ensuite, il est possible d'aider la personne à s'aligner avec l'énergie spirituelle tentant de submerger de l'autre monde afin de donner naissance à un guérisseur.** Le blocage de cette émergence est la source du problème.

*« L'énergie d'un guérisseur est une énergie à haute tension », remarque-t-il. « Quand l'énergie est bloquée, ça brûle la personne. C'est comme un court-circuit qui fait sauter des fusibles. C'est pour cela que ceci peut être très effrayant et je comprends pourquoi certaines cultures préfèrent limiter ces personnes. Dans l'occident ils crient, hurlent et on leur met des camisoles de force. C'est une image triste. « Encore une fois, l'approche chamannique est de travailler sur l'alignement des énergies de façon à ce qu'il n'y ait plus aucun blocage sans faire disjoncter les « fusibles » afin que la personne puisse devenir le guérisseur qu'il est censé être.*

Il convient de noter à ce stade que tous les êtres spirituels qui entrent dans le champ énergétique d'une personne ne sont pas tous là pour promouvoir la guérison. Il y a aussi des énergies négatives qui sont des présences indésirables pour l'aura. Dans ces cas-là, l'approche chamannique est de les retirer de l'aura plutôt que d'aligner ces énergies discordantes.

#### **Alex: Fou aux États-Unis, shaman guérisseur en Afrique**

Pour tester sa conviction sur le point de vue chamannique à propos de la vérité sur les maladies mentales dans le monde occidental ainsi que dans les cultures autochtones, le Dr. Somé a ramené avec lui un patient souffrant de troubles psychiques dans son village en Afrique. « Ma curiosité m'a poussé à *savoir s'il y a du vrai dans l'universalité qui lie la maladie mentale à un alignement avec un être d'un autre monde spirituel*», dit le Dr Somé.

Alex était un garçon américain de 18 ans qui avait souffert d'une crise psychotique quand il avait 14 ans. Il avait des hallucinations, était suicidaire et traversait des cycles de dépression très graves. Il était dans un hôpital psychiatrique et prenait beaucoup de médicaments mais rien ne l'aidait. « *Les parents ont tout fait mais en vain*», explique le shaman. « *Ils ne savaient plus quoi faire d'autre.* »

Le Dr. Somé a emmené leur fils en Afrique avec leur permission. « Après huit mois passés là-bas, Alex est devenu tout à fait normal, rapporte-t-il. Il a même pu participer à des guérisons avec les guérisseurs : il était assis avec eux toute la journée et les aidait, les assistait et était impliqué avec la clientèle des guérisseurs. . . . Il a passé quatre ans dans mon village. « Alex est resté par choix et non parce qu'il avait besoin de guérir davantage. Il a estimé qu'il était *« beaucoup plus en sécurité dans le village que dans sa ville natale.* »

Pour aligner son énergie avec celle de l'être du monde spirituel, Alex est passé par un rituel chamannique conçu spécialement pour cela même si ce rituel était légèrement différent de celui utilisé par le peuple Dagara. « *Il n'était pas né dans le village donc quelque chose en plus devait être appliqué. Mais le résultat était similaire même si le rituel n'était pas littéralement le même* », explique le Dr Somé. Le fait que l'alignement des énergies ait réussi à guérir Alex démontre que la connexion entre les êtres spirituels et la maladie mentale est en fait universelle.

Après le rituel, Alex a commencé à partager les messages que l'esprit voulait faire passer à notre monde. Malheureusement, les gens avec qui il communiquait ne parlaient pas anglais (le Dr Somé était absent à ce moment-là). Cependant, l'expérience a conduit Alex à aller à l'université pour étudier la psychologie. Il est



retourné aux États-Unis après quatre ans « *parce qu'il a réalisé tout ce qu'il avait à faire et il pouvait désormais commencer un nouveau chapitre de sa vie.* » La dernière fois que le Dr Somé a eu des nouvelles d'Alex c'était pour l'informer de ses études universitaires en psychologie à Harvard. Personne n'aurait pensé qu'il était capable de réussir des études de premier cycle et encore moins d'avoir un diplôme en études supérieures.

Le Dr Somé résume la maladie mentale d'Alex: « Il a fait appel. C'était un appel d'urgence. Son travail fourni était le but d'être un guérisseur et personne ne faisait attention à cela. » Après avoir vu la façon dont l'approche chamanique avait fonctionné sur Alex, le shaman a conclu que les êtres spirituels sont tout autant un problème dans l'occident que dans sa communauté en Afrique. Pourtant la question demeure et la réponse à ce problème doit être trouvée ici au lieu de devoir chercher une solution à l'étranger. Il doit y avoir un moyen au-delà de la pathologie de l'ensemble de cette expérience qui mène à une possibilité de mettre en place un rituel approprié pour aider les gens.

### **Le désir du lien spirituel**

Le lien commun que le Dr Somé a remarqué dans les troubles « mentaux » en Occident est « *une énergie ancestrale très ancienne placée en stase et qui se manifeste chez la personne concernée.* » Son travail est alors de remonter la filière pour découvrir l'identité de cet esprit. Dans la plupart des cas l'esprit est relié à la nature et en particulier avec des montagnes ou des grandes rivières, dit-il.

Un exemple pour expliquer le phénomène des montagnes, « c'est un esprit de la montagne qui marche à côté de la personne choisie et crée ainsi une distorsion spatio-temporelle qui affecte la personne trouvée sous cette emprise. » Ce qui est nécessaire est une fusion ou un alignement des deux énergies « afin que la personne et l'esprit de la montagne ne fassent qu'un ». Encore une fois, le chaman procède à un rituel spécifique pour placer cet alignement.

Le Dr Somé croit qu'il est mis face à cette situation si souvent parce que « la plupart de l'étoffe de ce pays est constituée d'énergie machinale et le résultat de cela est la déconnexion et la rupture avec le passé. Mais personne ne peut échapper au passé ». L'esprit ancestral du monde naturel vient rendre visite. « Ce n'est pas à propos de ce que l'esprit veut ou ce que la personne veut, » dit-il. « L'esprit voit en nous un appel à quelque chose de grand, quelque chose qui va donner un sens à la vie et donc l'esprit répond à cet appel. »

Nous oublions que nous faisons cet appel qui reflète « une forte aspiration à une relation profonde, une connexion qui transcende le matérialisme et la possession des choses et se déplace dans une dimension cosmique tangible. La plupart de ces désirs sont inconscients mais pour les esprits, cet appel conscient ou inconscient ne fait aucune différence ». Ils répondent à l'un ou à l'autre.

Dans le cadre du rituel de fusionnement avec la montagne et l'énergie humaine, ceux qui reçoivent « l'énergie de la montagne » sont envoyés dans une zone montagneuse de leur choix où ils ramassent une pierre qui leur fait appel. Ils ramènent avec eux cette pierre pour le reste du rituel et la gardent comme compagnon, certains ont même emporté leur pierre partout avec eux.

*« La présence de la pierre fait beaucoup et accorde la faculté de perception chez la personne », note le shaman. « Ils reçoivent toutes sortes d'informations qu'ils peuvent utiliser, c'est comme une obtention d'orientation tangible venue d'un autre monde sur la façon de vivre leur vie. »*

Quand il s'agit de « l'énergie de la rivière », ceux qui sont appelés à aller à la rivière, et après avoir parlé à l'esprit de la rivière, trouvent une pierre de l'eau à ramener pour le même genre de rituel que celui avec l'esprit de la montagne.

« Les gens pensent qu'une chose extraordinaire doit se faire dans une situation extraordinaire comme celle-ci », dit-il. Ce n'est pas souvent le cas. Parfois le rituel est aussi simple que le fait de transporter une pierre.

### **Une approche de rituel sacré à la maladie mentale**

Un des cadeaux qu'un shaman peut apporter au monde occidental est d'aider les gens à redécouvrir les rituels, une chose qui est tristement absente dans l'occident. « L'abandon du rituel peut être dévastateur. Du point de vue spirituel, le rituel est inévitable et nécessaire si l'on veut vivre », le Dr Somé écrit dans son livre *Ritual: Power, Healing, and Community* (des rituels communautaires de guérison). « C'est un euphémisme de dire que les rituels sont nécessaires dans le monde industrialisé. Nous avons vu chez mon peuple qu'il est probablement impossible de vivre une vie saine sans les rituels ». Dr Somé ne pense pas que les rituels traditionnels de son village pourraient simplement être transférés à l'occident donc pendant ces années de travaux chamaniques ici, il a conçu des rituels qui répondent aux besoins larges et différents de cette culture. Bien que les rituels varient en fonction de l'individu ou du groupe concerné, il constate qu'en général certains rituels sont nécessaires.

L'un d'eux consiste à aider les gens qui découvrent que leur détresse provient du fait qu'ils sont « appelés par des êtres d'un autre monde à coopérer avec eux afin de faire un travail de guérison ». Le rituel leur permet de sortir de la détresse et d'accepter cet appel.

Un autre rituel concerne l'initiation. Dans les cultures autochtones à travers le monde, les jeunes sont initiés à l'âge adulte quand ils atteignent un certain âge. L'absence de cette initiation dans l'Occident fait partie de la crise que les gens traversent ici, dit le Dr Somé. Il encourage aussi les communautés à réunir « les idées créatives des personnes qui ont eu ce genre d'expérience dans le but d'arriver à créer une sorte de rituel alternatif qui permettrait au moins de commencer à faire une brèche dans ce genre de crise ».

Un autre rituel consiste à faire un feu de joie en le remplissant « d'éléments symboliques des problèmes envahissants situés à l'intérieur des individus. . . Ça pourrait être des problèmes de colère et de frustration contre un ancêtre qui a laissé un héritage d'assassinat et d'esclavage, un élément lourd à porter pour la descendance », explique-t-il.

*« Si ceux-ci sont abordés comme des choses qui bloquent l'imagination humaine, le but et l'avis de la personne à propos de la vie peut s'améliorer, alors il est logique de commencer à penser en termes de comment transformer ce blocage dans une manière qui peut conduire à quelque chose de plus créatif et de plus épanouissant ».*

**L'exemple des problèmes engendre un grave dysfonctionnement dans la société occidentale et dans le processus du « déclenchement de l'illumination » chez les participants.** Avec une touche ancestrale sur les rituels conçus par le Dr Somé, ces rituels ancestraux visent le dysfonctionnement et la masse à détourner des ancêtres. Certains des esprits qui tentent de venir, comme décrit plus haut, peuvent être

*« des ancêtres voulant fusionner avec un descendant dans une tentative de guérir ce qu'ils n'étaient pas en mesure de faire pendant qu'ils étaient présents physiquement ».*

*« Si la relation entre les vivants et les morts n'est pas en équilibre, c'est le chaos », dit-il. « Le peuple Dagara croit que si un tel déséquilibre existe, la vie a le devoir de guérir ces ancêtres. Si ces ancêtres ne sont pas guéris, leur énergie malade va hanter les âmes et la psyché de ceux qui doivent les aider ».*

Les rituels se concentrent sur la guérison de la relation avec nos ancêtres. Les deux problèmes précis d'un ancêtre individuel sont des problèmes culturels importants qui demeurent dans notre passé. Le Dr Somé Shaman a vu des guérisons extraordinaires se produire pendant ces rituels.

Adopter une approche sacrée au rituel de la maladie mentale plutôt que de considérer la personne comme un cas pathologique, permet à la personne concernée ainsi qu'à la communauté d'ensemble, de commencer à regarder les choses sous un angle différent, ce qui conduit à « une multitude d'opportunités et d'initiatives qui peuvent être fortement bénéfiques pour toutes les personnes présentes », déclare le shaman.

**Source :** Le point de vue chamanique sur les maladies mentales de Stéphanie Marohn et Malidoma Patrice Somé – The Natural Medicine Guide to Schizophrenia, Bi-polar Disorder (pages 178-189)

**Sandra Véringa**

---

**Psychology Today**

<https://www.psychologytoday.com/blog/rethinking-mental-health/201604/dabney-alix-spirituality-shamanism-and-mental-health?platform=hootsuite>

## Dabney Alix on Spirituality, Shamanism and Mental Health

On the future of mental health



**Eric R. Maisel Ph.D. [Rethinking Mental Health](#) | Posted April 09, 2016**

The following interview is part of a “future of mental [health](#)” interview series that will be running for 100+ days. This series presents different points of view about what helps a person in distress. I’ve aimed to be ecumenical and included many points of view different from my own. I hope you enjoy it. As with every service and resource in the mental health field, please do your due diligence. If you’d like to learn more about these philosophies, services, and organizations mentioned, follow the links provided.

\*\*

### Interview with Dabney Alix

**Eric Maisel:** Recently, you launched a project called, Shades of Awakening which looks at the transpersonal concept of [spiritual](#) emergency. What is spiritual emergency and why is it important to the future of mental health?

**Dabney Alix:** Spiritual Emergency, a term coined by Stan & Christina Grof, describes a process of deep psych-spiritual transformation in which a person experiences drastic changes to their meaning system (i.e., their unique purposes, [goals](#), values, attitude and beliefs, [identity](#), and focus) typically because of a spontaneous spiritual experience. This may include experiences that would otherwise be perceived by the current mental health paradigm as hallucinatory or delusional. Many who experience extreme spiritual states have been viewed through the lens of psychiatry as psychotic. In 2003, I was hospitalized and medicated after a 10-hour-long [meditation](#) that led to a series of ecstatic unity states of consciousness.

My personal path of healing from the stigma and [trauma](#) by the mental health “treatment” I received began when I started to see my experiences, not as indicators of a broken [brain](#), but as opportunities to transform and heal my

own psyche, step into greater purpose and achieve higher states of consciousness. I am lucky to say I have never needed any form of mental health treatment since.

I believe that the future of mental health lies in creating strength-based narratives that reinforce and empower an individual in their healing and personal growth, i.e. transpersonal psychology and a greater acknowledgement of spiritual emergence and spiritual emergency as valid non-pathological human experiences.



**EM:** Tell us a bit about Shamanism and how it relates to mental health?

**DA:** Shamanism is an ancient healing practice, actually the oldest form of indigenous medicine, practiced for thousands of years in every part of the globe. It is based in the [understanding](#) that there are layers of reality, including spirit realms, to which one can relate to for personal power and community healing.

In many traditional shamanic cultures, shamans were “initiated” through a process of sickness, which looks in many ways like what we in the west call to be Madness: delusions, hearing voices, [fear](#) and terror, extreme abnormal behavior, etc. It was understood that if an initiated Shaman were not trained and mentored they would become lost in the spirit realms, become sick or even die.

I believe that some of our most brilliant naturally born visionary healers and shamans are mis-labeled and medicated instead of being taught to master their abilities. The key here is not in creating a shamanic narrative for others, but simply in validating a variety of cross-cultural and spiritual perspectives on “psychosis” that welcomes people to find meaning that supports their own world-view and helps them heal and grow. In many ways, it’s not so different from the basic principle of freedom of [religion](#).

**EM:** What are your thoughts on the current, dominant paradigm of diagnosing and treating mental disorders and the use of so-called [psychiatric medication](#) to treat mental disorders in children, teens and adults?

**DA:** While there are many truly caring people working within the current dominant paradigm, it is important to understand that it was founded on the assumption that those suffering from mental and emotional distress were inept, a danger to the [gene](#) pool, and needing to be dominated and controlled. Any time you have a current system that operates with these historical roots, it’s important to question and rethink said system at every level or else face these [unconscious](#) historical assumptions repeating themselves.

The other noteworthy point is that western medicine as we know it developed from a reductionist, mechanistic world-view that basically said, “the world is made of independently moving parts and if you can identify and isolate the broken part, you can replace it and fix it.” Science has shown us that living systems do not work this way - and instead are a symphony of processes working together in an infinitely complex way. We still do not know much about the relationship between consciousness (mind) and matter (brain) when it comes to the human experience.

Advertisement

Therefore, taking a reductionist, mechanistic approach as is done in psychiatry (low serotonin = [depression](#)) to the set of complex human experiences leaves out a whole set of psycho-social factors. In many ways it is unethical to

continue "treating" a human being as if he or she were a machine easily reduced to one or two neurotransmitters, when there is little empirical evidence showing that these "treatments" actually work beyond a [placebo](#) effect.

When we talk about shifting the current paradigm of mental health, we're really talking about shifting our entire worldview from a reductionist-mechanistic one to a holistic-integrative one. Not an easy task, but thankfully, it is happening more and more on every level of society - across disciplines.

**EM:** What is the role of community in the healing and recovery process?

**DA:** Not that long ago, BELONGING was a survival issue. People who didn't have a tribe or who were asked to leave one were sentenced to either death or a lifetime of struggle. In the current dominant view of stigma related to mental illness, many are left feeling ostracized, misunderstood and alone. Often what I hear as one of the biggest challenges of those who have been given a mental health diagnosis is a sense of [loneliness](#) and disconnection from those closest to them. This can be especially exacerbated if an individual is looking to create spiritual meaning from their experiences and finds their point not only invalidated by the very authority figures they are entrusting with their care, but also by family members as well.

In my personal and professional experience, creating communities of mutual understanding, with a shared language is absolutely crucial. This is one reason why there has been such a rise in peer support. People are hungry to belong and I believe that this sense of social safety is crucial in the healing and recovery process.

\*\*

**Source:** Eric Maisel

**Dabney Alix is a visionary healer, coach and speaker. She leads workshops and trainings online and in person and mentors her clients to step powerfully into their purpose, voice and contribution in the world. She is also creator and host of Shades of Awakening, an online hub and platform for exploring spiritual narratives to madness.**

[www.DabneyAlix.com](http://www.DabneyAlix.com) | [www.ShadesofAwakening.com](http://www.ShadesofAwakening.com)

\*\*

Eric Maisel, Ph.D., is the author of 40+ books, among them *The Future of Mental Health*, *Rethinking Depression*, *Mastering Creative Anxiety*, *Life Purpose Boot Camp* and *The Van Gogh Blues*. Write Dr. Maisel at [ericmaisel@hotmail.com](mailto:ericmaisel@hotmail.com) (link sends e-mail), visit him at <http://www.ericmaisel.com>, and learn more about the future of mental health movement at <http://www.thefutureofmentalhealth.com>

**PSYCHOLOGIES**

<http://www.psychologies.com/Bien-etre/Medecines-douces/Se-soigner-autrement/Articles-et-Dossiers/Guerir-autrement>

## Guérir autrement (1/2)

Stress, anxiété, dépression : la médecine classique reste souvent impuissante à soulager ces souffrances. Pourtant, d'autres méthodes, inspirées de sagesse ancienne ou issues de récentes études sur le cerveau, ont prouvé leur efficacité. Dans son livre "Guérir", [David Servan-Schreiber](#), psychiatre et chroniqueur à



"Psychologies", nous entraînant à la découverte de ces "médecines des émotions". Gros plan sur trois d'entre elles.

[Christine Baudry](#) [Anne-Laure Gannac](#) [David Servan-Schreiber](#) | 1 / 2

**Sommaire**

[Stress : respirer avec le cœur](#)

[Anxiété : digérer ses traumatismes grâce à l'EMDR](#)

[Dépression : réguler son humeur avec les oméga-3](#)

Faut-il à tout prix plonger dans les médicaments pour surmonter la dépression ? La psychanalyse est-elle l'unique réponse à l'anxiété et au stress ? A ces deux questions, David Servan-Schreiber répond clairement par la négative. Mais avec optimisme : oui, la dépression et le stress peuvent se guérir, vraiment se guérir, autrement... Dans son ouvrage "Guérir" (Robert Laffont), le chroniqueur bien connu des lecteurs de "Psychologies" (« Nos cellules aiment la vérité », « En finir avec la douleur »...) nous fait partager son expérience de psychiatre spécialisé dans les nouvelles approches thérapeutiques de la souffrance mentale : acupuncture, nutrition, respiration, sport, thérapie par la lumière, communication émotionnelle...

C'est au Centre de médecine complémentaire, qu'il a cofondé et dirigé au sein de l'université américaine de Pittsburgh, qu'il a pu mesurer les bienfaits de ces médecines, anciennes comme l'acupuncture, ou contemporaines comme l'EMDR (en français, Intégration neuroémotionnelle avec les mouvements oculaires). « Ces méthodes ont fait l'objet d'études scientifiques argumentées qui établissent leur efficacité ; pourtant, notre science médicale ne s'y intéresse que pour les décrier, regrette l'auteur. Tout en restant dans une démarche rationnelle, j'ai cherché à en savoir plus sur ce "territoire noir" de la médecine. Il me semblait en effet absurde et antiscientifique de renoncer à ces traitements, simplement parce que leurs mécanismes restent incompréhensibles. » Jeune psychiatre, David Servan-Schreiber (fils du journaliste Jean-Jacques) a consacré cinq ans à un doctorat en sciences cognitives sur le rôle des neurones dans la genèse des pensées et des émotions. Des travaux menés aux États-Unis, supervisés par le prix Nobel Herbert Simon et couronnés par une publication dans la prestigieuse revue "Science". Dans "Guérir", il met sa rigueur de scientifique au service de l'étude des médecines "différentes". Pour aboutir à un constat : « Toutes ces méthodes ont en commun de tirer parti des mécanismes d'autoguérison du cerveau et du lien intime qui existe entre le corps et les émotions. » (Christine Baudry)

### **Stress : respirer avec le cœur**

Une méthode toute simple qui permet d'entrer en "cohérence cardiaque" : cœur et cerveau battent à l'unisson, et c'est l'apaisement dans la tempête, aussi bien physique que psychique. La lecture par ordinateur des intervalles entre les battements cardiaques valide les intuitions des poètes : notre cœur bat au rythme de nos émotions. Mais l'influence de l'esprit sur le cœur n'est pas à sens unique ; les battements cardiaques ont aussi un impact sur le cerveau. Certains spécialistes évoquent aujourd'hui l'existence d'un véritable "système cœur-cerveau".

Ainsi, les cardiologues savent qu'une dépression qui survient peu après un infarctus est un très mauvais signe pour la survie du malade à court terme... Mais cette dépression est-elle psychologique, liée à la peur de la mort passée si près ? Ou d'origine organique, le cœur abîmé par l'infarctus n'étant plus en état de ressentir d'émotions agréables ? Nul ne le sait encore, mais on peut peut-être en conclure que des battements de cœur "cohérents", donc harmonieux, aident le cerveau à lutter contre la dépression et le stress. « La "mise en cohérence cardiaque" nous enseigne à regarder notre corps vivre l'émotion, à la voir se développer et s'évanouir naturellement, souligne David Servan-Schreiber. Elle permet notamment d'établir l'harmonie entre nos deux cerveaux. »



### => **Comment s'y prendre**

Pour se mettre en cohérence cardiaque, il faut commencer par... respirer. Prendre plusieurs inspirations-expirations lentes et profondes en marquant une petite pause après l'expiration. Puis, après cette phase de stabilisation, porter son attention vers le cœur, visualiser ses mouvements lents, imaginer l'inspiration qui lui apporte l'oxygène et l'expiration qui le débarrasse de ses déchets. Enfin, on accompagne la sensation de chaleur qui se développe dans la poitrine avec des pensées douces : évocation du visage de ceux que l'on aime, images de la nature, ferveur de la prière... A chacun de trouver son émotion positive. « Pendant cet exercice, on constate parfois qu'un sourire monte doucement aux lèvres, comme s'il était né dans la poitrine et venu éclore sur le visage. C'est un signal tout simple que la cohérence s'est établie », explique David Servan-Schreiber. Alors, c'est l'apaisement dans la tempête, aussi bien psychique que physique. D'ailleurs, lorsque la personne qui se met en cohérence est reliée à un logiciel informatique par des capteurs de type électrocardiogramme (technique dite du "biofeedback"), l'écran de l'ordinateur montre clairement la mise en cohérence des tracés cardiaques sous la forme d'ondes régulières et douces ! Avec l'habitude, la mise en cohérence cardiaque peut se pratiquer à tout moment de la journée et particulièrement en pleine action, au travail ou dans l'urgence, pour dénouer le stress. On peut aussi s'y initier en suivant des cours de yoga traditionnel (hatha yoga), une technique plurimillénaire qui repose depuis toujours sur la cohérence cœur-cerveau.

### **Réconcilier nos deux cerveaux**

Nous avons tous deux cerveaux, explique David Servan-Schreiber. Premier, émotionnel, le cerveau limbique (que nous partageons avec tous les mammifères) se préoccupe avant tout de notre survie. Ce cerveau émotionnel maîtrise l'équilibre physiologique (respiration, rythme cardiaque, etc.). Essentiellement connecté au corps, il communique par son intermédiaire et lui fait exprimer les émotions élémentaires comme la peur ou le plaisir. Le cerveau cognitif, lui, s'est formé au cours de l'évolution de l'espèce. Il recèle nos capacités de traitement de l'information classiquement assimilées à l'intelligence. C'est le cerveau cognitif qui déduit que cette forme longue aperçue dans le noir est un morceau de bois ; le cerveau limbique, plus rapide et prudent, aura déjà commandé un pas en arrière de crainte qu'il ne s'agisse d'un serpent.

« Nos deux cerveaux cohabitent, note le psychiatre. Ils peuvent s'ignorer, mais il arrive aussi qu'ils se court-circuitent à notre détriment. » Stress, anxiété, dépression témoignent notamment de la prise de pouvoir d'un cerveau sur l'autre. Ainsi, la victime d'une attaque de panique ne parvient plus à maîtriser son corps (cœur qui s'affole, estomac noué, poussées d'adrénaline et, surtout, sensation de mort imminente), alors que toute sa raison lui crie qu'il n'y a pas de danger réel.

A l'opposé, quand le cerveau émotionnel est étouffé par le cerveau cognitif, nous n'entendons plus ses appels au secours. C'est ainsi que l'on peut se satisfaire d'un emploi stérile, s'enfermer dans un mariage malheureux... Mais le cerveau émotionnel ne se laisse pas bâillonner si facilement ; il exprimera son malaise avec les mots du corps : fatigues inexplicables, problèmes de peau, infections à répétition... » (Christine Baudry)

### **Anxiété : digérer ses traumatismes grâce à l'EMDR**

Mal assimilées par le cerveau, les blessures de la vie laissent parfois des cicatrices, prêtes à s'ouvrir au moindre choc. En quelques séances, l'[EMDR](#) (Eye Movement Desensitivation and Reprocessing) et ses mouvements oculaires pourraient les refermer.

Au début des années 90, la psychologue californienne Francine Shapiro découvrait par hasard qu'un mouvement des yeux de gauche à droite pouvait lui apporter un état de mieux-être : elle venait de découvrir le principe de l'EMDR. Depuis, cette technique, souvent offerte en complément d'une thérapie classique, « s'impose comme une

méthode efficace qui, même en cas de symptômes posttraumatiques majeurs, permet d'accélérer le processus de guérison », explique David Servan-Schreiber. En témoignent les expériences vécues par Patrick et Catherine.

=> **Patrick, 33 ans, ingénieur informatique**

En juin 2000, au sixième mois de sa grossesse, la femme de Patrick donne naissance à des jumeaux. Pendant des semaines, ces grands prématurés oscillent entre la vie et la mort. Lorsque le couple les récupère à la maison, Patrick commence à manifester une très forte agressivité à leur égard. Le simple fait de les voir ou les entendre le plonge dans des états de colère incontrôlables. Alors qu'il adore sa fille de 3 ans, eux, il se sent tout simplement incapable de les aimer.

« Quand j'ai rencontré celui qui allait devenir mon psychanalyste, j'étais prêt à tout pour sortir de cette situation. A la première séance, je lui ai raconté les mois d'hospitalisation de mes jumeaux après leur naissance, toutes ces semaines passées à ne pas savoir s'ils allaient vivre ou non...

La période la plus noire de mon existence. Il était évident que mon problème venait de là. J'en avais gardé une telle rancœur qu'ensuite, c'était comme si je me vengeais sur mes enfants de m'avoir tant fait souffrir. Puis, le thérapeute m'a demandé de penser à une scène précise de cette période qui m'avait fait particulièrement mal : quand le médecin nous a annoncé que l'un des enfants présentait des problèmes au cerveau. Je me suis focalisé sur cette scène en suivant du regard une baguette que le thérapeute a fait passer devant mes yeux de gauche à droite. Je ne sentais rien de particulier. Au bout d'une minute, quand il a arrêté, il a voulu savoir ce que je voyais et comment je me sentais. J'ai décrit de nouveau la scène, mais tandis que, juste avant l'exercice, je l'avais racontée en pleurant, là, elle était déchargée de tout poids émotionnel. Je me revoyais face au médecin, mais serein. Nous avons fait ce travail sur cinq scènes différentes. A chaque fois, le même effet : d'abord des pleurs, des tremblements en racontant l'événement, puis la focalisation, et ensuite le calme. Quand je suis sorti de la séance, j'étais épuisé mais apaisé. Le soir même, j'ai senti des progrès dans mon attitude. Au bout de trois séances espacées d'une semaine, nous avons fait le tour de tous ces épisodes qui m'avaient traumatisé. C'était réglé. Est-ce grâce à l'EMDR ? Est-ce le fait d'avoir parlé de ces événements douloureux, ce que je n'avais jamais fait avant ?

Ou bien ma volonté de guérir a-t-elle été plus forte que tout ? Je ne sais pas, mais ce dont je suis sûr, c'est du résultat : aujourd'hui, je n'ai plus aucune montée de violence vis-à-vis de mes jumeaux. Je les aime, tout autant que leur sœur aînée. »

=> **Catherine, 40 ans, iconographe**

1996. La nuit de la fête de la Musique, Catherine et son ami sont victimes d'une agression. Lui est assommé, elle rouée de coups et violée... Quatre ans plus tard, l'expertise psychologique que Catherine effectue dans le cadre du procès révèle qu'elle ne s'est toujours pas remise de ce traumatisme. Elle est alors orientée vers le centre de psychothérapie de l'Institut de victimologie, à Paris, où une thérapeute lui propose l'EMDR en complément d'une thérapie comportementale.

« Avant la thérapie et l'EMDR, je ne vivais pas, je survivais... Il y avait plein de choses simples qu'il m'était devenu impossible de faire : sortir, rencontrer des gens, entrer dans un café seule. En fait, j'avais la sensation que c'était moi qui vivais en prison, pas mes agresseurs. Dans mon esprit, cette nuit de l'agression était comme une ligne de points gris, parsemée de quelques points très noirs dont je ne pouvais pas parler sans m'effondrer. La thérapie m'a permis d'exprimer mes angoisses, mais je restais "coincée" sur certains épisodes. L'EMDR m'a "débloquée" sur cela.

Après chaque exercice, le point noir sur lequel je me suis concentrée s'estompe. Il devient moins sombre, moins douloureux. Au fil des jours, il s'éclaircit et finit par devenir gris comme les autres, et se fondre parmi eux. Ce n'est pas "magique" : j'ai toujours des angoisses et je continue la thérapie. Mais l'EMDR m'a fait gagner un temps

incroyable. Elle m'a permis non pas d'effacer de ma mémoire les souvenirs les plus sordides de cette nuit, mais de les "digérer" : l'agression fait partie de ma vie pour toujours, mais j'arrive à me dire qu'elle est derrière moi. »

### **Comment fonctionne l'EMDR**

Chaque événement douloureux laisse une marque dans le cerveau. Celui-ci effectue alors un travail de "digestion" permettant aux émotions qui accompagnent le souvenir de se désactiver.

A moins que le traumatisme ait été trop fort ou ait frappé à une période où nous étions particulièrement vulnérables. Dans ce cas, les images, les pensées, les sons, les émotions, les sensations liées à l'événement sont stockés dans le cerveau, prêts à se réactiver au moindre rappel du traumatisme. L'EMDR vise à stimuler le processus naturel de guérison par le cerveau qui n'a pas suffisamment fonctionné. Pour cela, le patient se replonge dans le souvenir du traumatisme, tout en suivant des yeux un objet que le thérapeute déplace devant lui de gauche à droite. Ce mouvement oculaire "débloque" l'information traumatique et réactive le système naturel de guérison du cerveau pour qu'il complète son travail.

(Propos recueillis par Anne Laure Gannac, avec la collaboration de Jacques Roques, thérapeute EMDR.)

---

## **Guérir autrement (2/2)**

### **Dépression : réguler son humeur avec les oméga-3**

Le cerveau fait partie du corps. Comme les cellules de tous les autres organes, celles du cerveau renouvellent leurs constituants en permanence. Les cellules de demain sont donc faites de ce que nous mangeons aujourd'hui. [...] Si nous consommons surtout des graisses "saturées" (celles qui, comme le beurre ou la graisse animale, sont solides à température ambiante), leur rigidité se reflète par une rigidité des cellules du cerveau. Si, au contraire, nous mangeons surtout des graisses "polyinsaturées" (qui sont liquides à température ambiante), les gaines des cellules du cerveau sont plus fluides, plus souples, et la communication entre elles se fait de façon plus stable. Surtout s'il s'agit d'acides gras oméga-3. [...]

Une équipe de chercheurs français a montré qu'un régime riche en oméga-3 (comme celui des Esquimaux, qui assimilent jusqu'à 16 grammes par jour d'huile de poisson) augmente, sur le long terme, la production des neurotransmetteurs de l'énergie et de la bonne humeur dans le cerveau émotionnel. [...]

C'est le docteur Andrew Stoll, de l'université Harvard, qui, en 1999, a démontré l'efficacité des huiles de poisson riches en oméga-3 dans la stabilisation de l'humeur et le soulagement de la dépression chez les patients maniaque-dépressifs. Dans son étude, sur tout un groupe de patients qui prenaient des oméga-3, un seul fit une rechute. Les chercheurs ont dû interrompre l'étude après quatre mois. En effet, les patients du groupe "témoin" (qui ne recevaient qu'un placebo à base d'huile d'olive) rechutaient tellement plus vite que ceux du groupe à oméga-3 qu'il eût été contraire à la déontologie médicale de les en priver plus longtemps. [...] En 2002, une étude britannique a montré que c'est toute la gamme des symptômes de la dépression qui peut être améliorée par les acides gras oméga-3 : la tristesse aussi bien que le manque d'énergie, l'anxiété tout comme l'insomnie, la baisse de libido autant que les tendances suicidaires.

### **=> Huiles de poisson : le carburant du cerveau**

D'après plusieurs chercheurs, pour comprendre ce mystérieux effet, il faut remonter aux origines de l'humanité. Au moment où le cerveau de l'Homo sapiens s'est développé, c'est-à-dire lorsqu'il a accédé à la conscience de soi, l'humanité vivait autour des grands lacs de l'Est africain. L'accès à un écosystème unique riche en poissons et crustacés pourrait avoir été le déclencheur d'un développement prodigieux du cerveau. On pense que l'alimentation de ces tout premiers humains était parfaitement équilibrée, avec un ratio de 1/1 entre l'apport

d'oméga-3 et d'oméga-6 (1). Ce ratio idéal aurait fourni au corps l'alimentation qu'il lui fallait pour produire des neurones d'une qualité optimale, et donc donner au cerveau des capacités entièrement nouvelles permettant la fabrication d'outils, le langage et la conscience.

Aujourd'hui, avec le développement de l'élevage intensif, où l'on nourrit les animaux au grain plutôt qu'à l'herbe, et la présence d'huiles végétales riches en oméga-6 dans tous les aliments industriels, le ratio oméga-3/oméga-6 dans l'alimentation occidentale varie entre 1/10 et 1/20. Pour prendre une image, on pourrait dire que le cerveau est un moteur de haute performance conçu pour fonctionner avec une essence très raffinée, alors que nous, nous le faisons tourner avec du diesel de mauvaise qualité...

Cette inadéquation expliquerait en grande partie les énormes différences dans l'incidence de la dépression entre les sociétés occidentales qui consomment peu de poissons, et les populations asiatiques qui en sont friandes. A Taïwan, Hong Kong et au Japon, la dépression est jusqu'à douze fois moins fréquente qu'en France. Cela expliquerait peut-être également la vitesse avec laquelle la dépression semble se répandre en Occident depuis cinquante ans. Aujourd'hui, la consommation d'oméga-3 serait de moitié inférieure à ce qu'elle était avant la Seconde Guerre mondiale. Or, c'est au cours de cette même période que l'incidence de la dépression a considérablement augmenté. »

**1** - Autre type d'acides gras "essentiels", que l'on trouve dans presque toutes les huiles végétales et la viande. Bien qu'importants pour l'organisme, les oméga-6 favorisent les réactions d'inflammation.

#### **Où les trouver ?**

Plus riches en graisse, les poissons d'eau froide (maquereau, anchois, sardine, hareng, morue, thon, haddock, truite, saumon) contiennent des oméga-3 en grande quantité (un peu moins pour les poissons d'élevage). Il existe aussi des sources végétales, mais celles-ci nécessitent une étape supplémentaire dans le métabolisme pour être assimilées. Il s'agit des graines de lin, de l'huile de colza, de l'huile de chanvre, des noix (l'huile d'olive, en revanche, ne contient ni oméga-3 ni oméga-6).

« Pour être sûr de recevoir une quantité suffisante d'oméga-3 de la plus grande qualité, il est plus pratique de les prendre sous forme de suppléments alimentaires », conseille David Servan-Schreiber. Pour obtenir un effet antidépresseur, il faudrait consommer entre 2 et 3 grammes par jour d'un mélange des deux acides gras de poisson : l'acide eicosapentaénoïque (EPA) et l'acide docosahexaénoïque (DHA). Il est préférable de choisir un produit contenant un peu de vitamine E pour protéger l'huile contre une oxydation éventuelle qui la rendrait inefficace. On trouve ces compléments en pharmacie sous forme de gélules ou d'huile (deux à quatre cuillerées à café par jour).

(David Servan-Schreiber) | Avril 2003



<http://rue89.nouvelobs.com/blog/neuro89-0/2016/02/14/doper-le-cerveau-lelectricite-vers-une-humanite-augmentee-ou-alteree-235225>

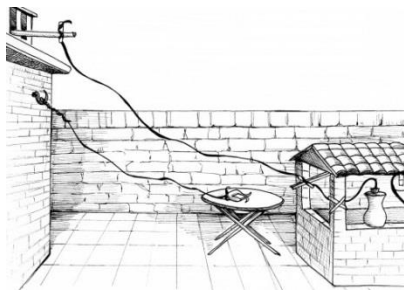
## Doper le cerveau à l'électricité : vers une humanité augmentée ou altérée ?

Par [Neuro89](#) | Publié le 14/02/2016

Dans le monde anglo-saxon, le culte de la productivité et de la performance individuelle se traduit par un recours de plus en plus fréquent au [dopage cognitif](#) (« cognitive enhancement »). L'ingestion de médicaments psychostimulants comme la Ritaline ou le Modafinil par des individus en bonne santé y est ainsi devenue monnaie courante.

A l'exception d'une faible proportion de médecins et étudiants en médecine, l'utilisation de ces substances reste au contraire très marginale en France, [même dans le domaine thérapeutique](#).

Bien que cette divergence s'enracine peut-être dans une conception différente de l'esprit humain d'une culture à l'autre, le dopage cognitif pourrait prochainement entrer dans nos vies par une autre voie : la neurostimulation électrique.



### Représentation d'une expérience de Luigi Galvani (1737-1798), qui a donné son nom au verbe « galvaniser »

D'un point de vue scientifique, l'idée n'est pas neuve :

- dès l'antiquité, Scribonius Largus et Gallien discutaient de l'efficacité des chocs produits par [la raie électrique](#) dans le traitement des crises de gouttes, des maux de tête ou de l'épilepsie [\[PDF\]](#) ;
- l'électricité animale elle-même a été découverte au XVIIIe siècle à travers les travaux de [Galvani](#) sur les cuisses de grenouille, familiers à tous

les collégiens de France et de Navarre ;

- à peine un siècle plus tard, les premiers [électro-encéphalogrammes](#) étaient enregistrés par Richard Caton avant d'être perfectionnés par Hans Berger, le découvreur des différentes ondes électriques produites par le cerveau ;
- enfin, plusieurs techniques médicales de neurostimulation sont connues et appliquées depuis le milieu du XXe siècle, notamment pour le traitement des douleurs chroniques (stimulation de la moelle épinière) ou de la dépression (électrochocs ou [sismothérapie](#)).

### Efficacité réelle ou mirage marketing ?

Cependant, avec la société britannique [Foc.us](#) et quelques autres, la neurostimulation vient de franchir un seuil crucial : celui de l'hôpital et, partant, celui du principe de précaution. Son appareil de [« stimulation transcrânienne à courant direct »](#) (« TDCS » en anglais) est en effet d'ores et déjà accessible au quidam moyen sur Internet.

Cette technique se distingue de la sismothérapie, par son caractère continu et surtout par une intensité de stimulation environ 50 fois plus faible. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle est utilisée depuis environ deux décennies par les chercheurs en neurosciences cognitives : parce que leurs expériences portent principalement sur des étudiants plein d'avenir (du moins, on leur souhaite), il serait hors de question d'altérer leur fonctionnement cérébral en profondeur !

**Une égérie de la marque Foc.us, dominatrice et déterminée grâce à son électrode de stimulation sur le cortex préfrontal droit... – Foc.us**

Promettant monts et merveilles à ses clients potentiels, la société Foc.us capitalise ainsi sur une importante manne d'articles académiques ayant suggéré que la stimulation cortex préfrontal permettrait :

- de [faciliter l'apprentissage de nouveaux exercices](#) moteurs ou intellectuels ;
- [d'améliorer l'attention](#) ;
- de [renforcer légèrement de nombreuses « fonctions exécutives »](#) (aptitude à accomplir plusieurs tâches à la fois, capacité de la mémoire à court terme, planification, etc.).

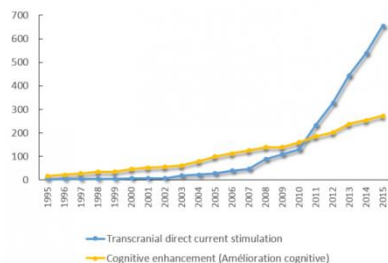


Si les trois points cités font en réalité l'objet d'une polémique (due à des [études récentes montrant](#) une absence d'effet, voire une dégradation des performances sur certains protocoles), ce produit suscite de nombreux débats chez les chercheurs et les cliniciens.

En effet, ces derniers sont à la fois conscients du potentiel de la stimulation transcrânienne (dont l'un des modes d'action présumés serait de faciliter la plasticité cérébrale) et de ses

risques, en particulier dans le cadre d'une commercialisation à grande échelle s'appuyant sur les techniques de marketing habituelles (entendre : trompeuses, partiales et sans scrupules).

L'influente revue Neuron a d'ailleurs publié [\[PDF\]](#) une mise en garde explicite il y a deux ans, sans grand effet depuis : « L'intérêt du monde académique et du grand public au sujet de la tDCS a été alimenté par de grandes déclarations en matière de thérapie et d'amélioration [cognitive]. Alors que les actions de régulation se font attendre et que certaines questions éthiques doivent être envisagées, la couverture médiatique offerte à la tDCS est en croissance continue. » (Dubljovic et al. 2014 ; ma traduction)



**Augmentation constante du nombre de publications par an relatives à l'amélioration cognitive et à la tDCS ces vingt dernières années - [Medline Trend](#)**

#### **Une innocuité pas si bien établie**

Compte tenu de l'extrême rareté des incidents graves en laboratoire (quelques crises d'épilepsie néanmoins), l'innocuité de la tDCS est

constamment mise en avant par ceux qui voudraient en tirer un profit financier.

Cependant, si ce constat vaut pour des protocoles occasionnels allant de une à vingt séances par patient, nous n'avons aucune idée des conséquences physiologiques d'une utilisation répétée sur plusieurs mois ou années, hors du contexte hospitalier.

En outre, les conséquences d'une utilisation intensive de la tDCS ont été principalement évaluées sur des souris ou des rats. Or, si peu d'effets indésirables sont constatés chez ces espèces, il faut néanmoins rappeler que notre cerveau est bien plus délicat que le leur.

A titre d'exemple, la neurotoxine [MPTP](#) – qui cause la maladie de Parkinson – est déjà pathogène pour une dose de 0.001 ou 0.1mg/kg chez l'humain ([DOC](#)), tandis que des doses 10 à 100 fois supérieures peinent à reproduire les mêmes symptômes chez le [rongeur](#).

#### **Notre rapport aux autres**

Prudence donc. Et méfiance aussi. Car s'il semble établi que la stimulation transcrânienne peut augmenter certaines capacités cognitives, il faut garder à l'esprit que ces « bénéfiques » (qui pourraient au passage se révéler négligeables hors des conditions très spécifiques et contrôlées du laboratoire) s'accompagnent d'autres altérations cognitives qui ne seront pas forcément les bienvenues.



En 2013, une étude publiée dans Science a par exemple montré que la tDCS peut modifier la manière dont nous appréhendons certaines normes sociales (en l'occurrence, la tendance à donner spontanément à autrui diminue tandis que la tendance à donner pour éviter d'être puni augmente).

D'autres études parues depuis confirment que ce type de stimulation électrique peut altérer notre [relation à autrui](#), nos décisions en [matière économique](#), et un certain nombre d'autres mécanismes psychologiques.

Que ces modifications soient considérées comme positives et prometteuses pour la psychiatrie ou la neurologie ne doit pas faire oublier que nous parlons ici d'une modification de la pensée (voire de la personnalité) par un appareillage externe qui pourrait facilement être monté sur une paire de Google Glass...

### **Humanité augmentée, altérée, dénaturée ?**

Chaque décennie vient avec son lot d'innovations technologiques, qui se démocratisent et s'offrent comme autant d'instruments de performance et de félicité.

En l'absence de cadre législatif contraignant, on peut donc craindre que les neurostimulateurs nous soient prochainement présentés comme les nouveaux « gadgets révolutionnaires », programmés à la manière des iPad pour faire fureur sur les marchés de Noël (et financiers).

### **Bernard Stiegler, sur le transhumanisme et l'amélioration cognitive**

A l'instar d'autres produits high-tech qui peinent encore à trouver un marché, les mentalités anglo-saxonnes sont actuellement travaillées par les idéologues « transhumanistes » qui appellent de leurs vœux une réforme de la nature humaine par la technologie.

En guerre contre le techno-scepticisme qui accompagne la numérisation et l'automatisation intensive de nos sociétés, de nos vies, pour ne pas dire de nos pensées, leur rhétorique pourrait gagner la France plus vite qu'on ne le pense. En effet, devenu essentiel à une croissance économique pérenne du côté de la Silicon Valley, le mythe de l'homme augmenté ne manquera sans doute pas d'appuis dans les années qui viennent...

### **Post-scriptum**

Le système tDCS n'est pas l'unique neurostimulateur dont la démocratisation pose question. Cet article aurait ainsi pu porter sur un système de stimulation transcutanée du nerf vague, présenté par la start-up Nervana au CES de Las Vegas (la grand-messe high-tech où royal Macron s'est montré le mois passé). Cependant, j'ai laissé l'idée de côté car la société Nervana n'a jamais répondu à mes e-mails dans lesquels je demandais sur la base de quelles recherches reposait l'efficacité attendue de leur produit. Je n'ai trouvé aucune trace de telles recherches.

En revanche, cette technique de stimulation jusqu'alors réservée aux épileptiques ne vient pas sans effets secondaires (voix rauque, maux de tête, difficultés à déglutir) et aucune donnée ne suggère que sa synchronisation avec le rythme musical change quoi que ce soit à la chimie du cerveau ou à la perception auditive. Or, Trax a consacré ce vendredi un [article-publicité](#) à « ces écouteurs qui procurent des sensations d'extase ». Prenez donc la nouvelle avec de (très) longues pincettes.

## Entendre des voix, le signe d'une pathologie mentale ?



Par [Lise Loumé](#) | Publié le [13-03-2015](#)

Les hallucinations auditives constituent un phénomène bien plus complexe qu'il n'y paraît, selon une récente étude qui constitue l'une des plus détaillées à ce jour sur le sujet.

**TÉMOIGNAGE.** *"J'entends 13 voix. Chacune est différente, certaines ont des noms, et elles correspondent à des âges différents, raconte Rachel Waddingham, qui expérimente régulièrement des hallucinations auditives, dans [la revue The Lancet Psychiatry](#). Certaines d'entre elles sont très en colère et violentes, d'autres ont peur, et d'autres sont espiègles. Quand j'entends un enfant très effrayé, je ressens parfois*



Milla Jovovich, Jeanne d'Arc dans le film de Luc Besson sorti en 1999. © NANA PRODUCTIONS/SIPA

*des douleurs dans mon corps, comme des brûlures. Si je peux aider cette voix à se calmer, les brûlures s'arrêtent." Plus complexe qu'il n'y paraît, entendre des voix n'est ainsi pas un phénomène seulement auditif, expliquent des chercheurs des universités de Durham (au Royaume-Uni) et Stanford (aux États-Unis) dans l'une des études les plus détaillées à ce jour sur les hallucinations auditives. Et, comme le*

rappelle les chercheurs, entendre des voix n'est pas un phénomène réservé aux personnes atteintes de trouble psychiatrique.

### La limite des traitements

Les chercheurs ont interrogé 153 personnes (dont 26 d'entre elles n'avaient jamais souffert de trouble psychiatrique) sur leurs expériences d'hallucinations auditives. L'immense majorité avait déjà entendu plusieurs voix (81 %), dont certaines possèdent un caractère particulier (70 %). Pour 66 % des sondés, l'hallucination auditive ne se limite pas à un phénomène acoustique, elle s'accompagne de sensations physiques comme des picotements, des fourmillements, etc. Alors que les hallucinations auditives sont souvent associées à la peur, l'anxiété, la dépression et le stress, 31 % des participants ont déclaré qu'ils les associaient également à des émotions positives.

**TRAITEMENTS.** *"Nos résultats remettent en question l'hypothèse communément admise par les psychiatres, à savoir le caractère purement auditif de ces hallucinations, et nous montrons que la complexité du "caractère" de certaines voix n'est pas reconnue", estime le Dr Angela Woods, principal*

auteur de l'étude. Les hallucinations auditives sont actuellement prises en charge par des médicaments, des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et autres thérapies psychiatriques. Mais celles-ci ne tiennent pas compte des particularités des voix et des effets physiques liés aux hallucinations auditives.

### **Libérer la parole**

Les hallucinations auditives sont une caractéristique commune à de nombreux troubles psychiatriques, comme la schizophrénie et les troubles bipolaires. Mais elles sont également expérimentées par des personnes ne présentant aucun trouble psychiatrique. Les scientifiques estiment en effet qu'entre 5 et 15 % des adultes souffriront d'hallucinations auditives cours de leur vie, sans pour autant connaître le profil de ces personnes.

*"Il est crucial d'étudier la santé mentale et les expériences humaines, comme les hallucinations auditives, sous différents points de vue afin de découvrir quelles personnes les subissent vraiment, et non pas seulement ce qu'on pense qu'elles vivent parce qu'elles ont un diagnostic particulier", affirme le Dr Woods. Elle espère que son étude servira aussi à libérer la parole sur le sujet. « Aussi longtemps que nous penserons que les voix sont le signe d'une pathologie, explorer l'expérience de quelqu'un n'aura pas vraiment de sens, déplore Rachel Waddingham. Au lieu de cela, nous tentons d'éloigner les voix aussi loin que possible. Les écouter semble fou. »*

---

**Slate** <sup>FR</sup>

<http://blog.slate.fr/sagalovitsch/2016/04/14/nous-sommes-tous-des-malades-mentaux/>

14/04/2016

## **Nous sommes tous des malades mentaux**

L'Organisation Mondiale de la Santé vient de publier [une étude](#) sur le coût représenté par les maladies mentales, angoisse et dépression notamment, dans les sociétés occidentales comme dans les pays en développement : il est énorme pour la collectivité tant par l'absentéisme engendré que par le prix des traitements.

D'autant plus que la plupart du temps, ces maladies sont soit sous-diagnostiquées, soit pas ou mal traitées.

C'est peu de dire que nos cerveaux sont à la peine.

Évoluant dans des sociétés archi-pessimisées, à la merci de crises économiques qui semblent ne jamais vouloir finir, créant un chômage de masse et une menace constante de déclassement, soumis à l'aléa de violences terroristes, perdus dans un monde aux repères brouillés, nous allons mal.



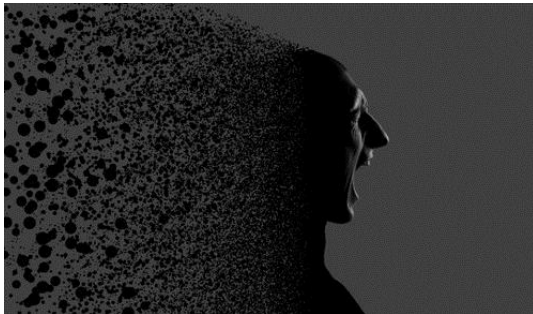
Nous bouffons des tranquillisants par poignées, nous sommes fatigués, nous ne trouvons aucun exutoire à nos frustrations engendrées par un mode de vie exigeant basé avant tout sur la compétitivité et la réussite, nous vivons dans des appartements minuscules qui nous coûtent les yeux de la tête, nous souffrons d'allergies causées par des dérèglements climatiques à répétition, nous n'avons plus aucun projet collectif capable de nous transporter et d'habiter nos rêves.

Nous menons des existences rabougries.

Nous sommes dans la défiance perpétuelle, nous n'avons plus confiance en rien, ni dans les politiques qui nous gouvernent, ni dans nos systèmes éducatifs, ni dans le renouvellement des générations : nous n'attendons plus rien de l'avenir si ce n'est qu'il nous épargne de nouvelles souffrances.

Nos vies sont tristes, nos humeurs moroses, nos inquiétudes constantes, nos phobies de plus en plus nombreuses.

Rien ne nous trouve grâce à nos yeux, nous avons la critique facile, nous nous plaignons de tout, nous restons profondément insatisfaits, nous regrettons les temps d'avant, nous avons la nostalgie d'une époque où vivre semblait être une perpétuelle fête foraine, nous sommes désillusionnés, et cette morne désespérance nous amène à nous replier encore plus sur nous-même, dans un réflexe de protéger ce qui reste de nos acquis.



Nous n'avons plus d'énergie, nous subissons les événements, nous sommes à la merci de mouvements de capitaux dont nous ignorons l'origine et la provenance : tout se passe comme si nos vies ne comptaient pas vraiment, que quelques soient nos efforts, notre détermination, notre

courage, nous n'étions plus maîtres de notre destin ni de celui de nos enfants.

Nous avons perdu la main. Et nous déprimons.

C'est une dépression poisseuse qui accapare nos cerveaux, atrophie nos cœurs, altère nos humeurs et nous rend de plus en plus vacillants.

Pour ne pas tomber tout à fait, nous consommons des tranquillisants, des antidépresseurs, des remèdes de grands-mères, toute une panoplie de drogues diverses et variées, légales ou illégales ; à la première contrariété rencontrée, nous perdons pied, nous sommes devenus si fragiles, si vulnérables, si enclins à la dépréciation de nous-mêmes ou des autres que nous passons le plus clair de notre temps à nous plaindre et à réclamer l'intervention d'un sauveur qui ne s'est plus manifesté depuis des lustres.

Nous ne supportons plus l'arbitraire de la mort ; d'ailleurs la mort en tant que telle a disparu de notre paysage mental, et quand elle nous frappe de plein fouet, c'est tout juste si nous n'allons pas porter plainte pour discrimination et violence faite à autrui.

Confrontés à un monde d'une complexité inouïe, nous restons seuls face à nous-mêmes.

Et pourtant.

Et pourtant nous évoluons dans des sociétés prospères, nous mangeons à notre faim, nos appartements sont correctement chauffés, nous partons parfois en vacances, nous vivons dans une paix relative, nous épargnons, nous avons des loisirs en pagaille, nous possédons des téléviseurs, des téléphones portables, des ordinateurs, notre espérance de vie s'allonge d'année en année, la médecine nous soigne de mieux en mieux, nous avons tout à portée de clics : nous n'avons jamais été aussi près du bonheur.

Nous sommes peut-être des malades imaginaires. Nous sommes tous des malades mentaux.



<https://psydeploiement.wordpress.com/2016/02/22/demystifions-lanxiete-premiere-partie/>

<https://psydeploiement.wordpress.com/2016/03/01/demystifions-lanxiete-deuxieme-partie/>

## Démystifions l'anxiété (Première partie)

22 février 2016 | Dr Francis Lemay, Ph.D., Psychologue | [www.psydeploiement.com](http://www.psydeploiement.com)

Selon mes estimations personnelles, thème de l'anxiété soulève probablement autant de passions (sinon plus !) que celui de la dépression, tant chez ma clientèle que dans la population générale. Et en quelque sorte, il est plutôt facile de comprendre pourquoi. Dans les prochains quelques articles de ce blogue, je vais tenter de démystifier le phénomène complexe de l'anxiété, plus précisément l'anxiété problématique (souvent dite « pathologique »), c'est-à-dire celle qu'il m'est très, très fréquemment donné de rencontrer dans ma pratique.

J'estime que j'aurai au moins assez de matériel pour faire un autre article, après celui-ci, mais il est également très possible que j'arrive à en rédiger deux ou trois autres. Si vous êtes intéressé(e)s par ce sujet (et que vous appréciez ma plume), n'hésitez pas à me contacter pour me suggérer des éléments. Je procéderai à la rédaction de mes articles dans les prochaines semaines.

### Définition

L'anxiété est vraisemblablement la problématique pour laquelle le plus grand pourcentage de gens demande de l'aide de nature psychologique. Toutefois, il s'avère souvent que l'anxiété est un concept mal compris par monsieur-madame tout-le-monde. Plusieurs définitions existent pour décrire ce phénomène. Au niveau scientifique, ma préférée est la suivante, offerte par Raymond B. Cattell et Ivan H. Scheier (traduction libre et raccourcie pour alléger et simplifier le texte) :

Une expérience émotionnelle déplaisante, liée à la prévision d'un danger, qui peut être un objet ou un événement de nature précise ou vague. L'anxiété serait d'abord et avant tout **un ensemble de signaux physiologiques qui induisent la mobilisation de l'organisme en vue d'affronter (ou de fuir) une menace**. Elle peut être induite par des stimuli extrêmes, ayant la possibilité d'atteindre à la vie d'un sujet, ou par des stimuli d'une gravité moins intense, par exemple, l'anticipation d'une mauvaise nouvelle. De plus, l'état d'anxiété peut être temporaire ou relativement chronique.

L'anxiété a tendance à générer chez un individu trois formes de réactions : **physiologique** (augmentation de la fréquence cardiaque, étourdissements, maux de tête, maux de ventre, augmentation de la pression sanguine, sudation, respiration accélérée, tension musculaire, etc.), **cognitive** (inquiétudes, scénarios catastrophiques, appréhensions, anticipation du pire, inacceptation de l'incertitude, jugements sur sa propre compétence, etc.) et **comportementale** (évitement de la source perçue du danger, cessation des comportements en cours, réactions agressives ou défensives, demandes de réassurance, etc.).

### Ça touche qui ?

Des sources fréquemment rapportées d'anxiété sont, par exemple, et de manière non-exhaustive : la maladie physique, les conflits interpersonnels, des menaces perçues à son bien-être personnel ou à celui d'individus proches, la culpabilité, l'appréhension d'événements futurs désagréables, l'incertitude et l'isolement social. Ces facteurs, de nature environnementale ou cognitive, interagissent avec des facteurs biologiques propres aux individus comme leur fonctionnement neuronal et leur bagage génétique, modulant ainsi leur susceptibilité à ressentir l'anxiété.

**TOUT LE MONDE RESSENT DE L'ANXIÉTÉ**, avec l'exception possible des psychopathes. N'embarquons pas sur ce thème ; je suggère de l'explorer ultérieurement. Même les animaux ressentent de l'anxiété ; du moins, ceux qui sont dotés d'un système nerveux central – un cerveau et une moelle épinière. Votre chien, votre chat, votre lapin ou votre perruche ressentent tous de l'anxiété, et c'est normal. L'anxiété est normale, adaptative et même souhaitable ! Sans elle, vous développeriez, par exemple, très difficilement l'habitude de fermer les ronds de poêle en finissant de cuisiner. Et pareillement, sans l'anxiété, votre chat ne sursauterait jamais de façon exagérée en se détournant de son bol de nourriture pour y découvrir un concombre...quel dommage (si la référence vous fait sourciller, je vous suggère de *Googler* « chat et concombre ») !

Plus sérieusement : **l'anxiété est le système d'alarme de votre organisme**. C'est un puissant avertissement qui vous permet de mettre en place les actions nécessaires pour vous sortir des situations potentiellement dangereuses pour votre survie.

Évidemment, de par les nombreuses différences interindividuelles qui nous distinguent (différences génétiques, environnementales et liées à l'histoire personnelle de chacun), certaines personnes ressentent vraisemblablement plus facilement d'anxiété que d'autres, y sont plus sensibles ou éprouvent des symptômes anxieux d'intensité plus sévère. Une personne qui vit un stress intense au travail (ou dans ses études) depuis une période de temps prolongée risque de ressentir au quotidien plus d'anxiété que si elle était bien établie dans une routine confortable. Les gens provenant de familles où les individus sont anxieux ont tendance à, comme leurs proches, être plus sensibles à l'anxiété que la moyenne. On sait également que les gens qui ont subi des expériences plus difficiles ou traumatisantes, à l'enfance, sont également plus susceptibles de ressentir l'anxiété, une fois à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Ceci dit, bien qu'on ressente tous l'anxiété et que nous soyons tous différents, quant à notre manière intime de la ressentir, tout le monde n'a pas nécessairement besoin de consulter pour une problématique liée à cette émotion. Pourtant, l'anxiété est l'un des (sinon LE) motifs de consultation les plus souvent cités pour consulter en psychothérapie.

### Anxiété, santé mentale et statistiques



Afin d'établir le caractère pathologique de l'anxiété, un critère communément utilisé est de déterminer si la réponse comportementale émise par la personne qui ressent de l'anxiété est exagérée face à la source de celle-ci (par exemple, s'enfuir en hurlant et en pleurant à la vue d'une fourmi, au risque de se blesser en le faisant), ou si l'anxiété génère chez la personne une altération du fonctionnement (être très affecté dans une sphère de sa vie, par exemple, incapable



d'accomplir ses tâches ménagères, ses études, son travail, ses responsabilités familiales, etc.) ou cause une souffrance significative. Au niveau diagnostique, l'anxiété peut prendre diverses formes : trouble obsessionnel-compulsif, stress post-traumatique, anxiété généralisée, phobies, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie. Ces étiquettes étaient toutes jadis regroupées sous la catégorie « Troubles anxieux » du DSM-IV. Je reviendrai plus précisément sur leur signification dans un article ultérieur.

En 2005, la réplication du sondage national des comorbidités du National Institute of Mental Health, aux États-Unis, a permis d'estimer que, sur une période d'un an, 18,1% de la population adulte du pays souffrait d'un trouble anxieux officiellement diagnostiqué. On estime par ailleurs que, sur la durée de vie totale d'une personne, 28,8% de la population des États-Unis en viendra à recevoir, à un moment ou un autre, un diagnostic de trouble anxieux. C'est plus d'une personne sur quatre et on estime que l'âge moyen d'apparition des premiers symptômes de trouble anxieux est d'onze ans.

Notez également que ces statistiques concernent les gens qui ont officiellement reçu un diagnostic. Plusieurs individus ressentent probablement tous les symptômes d'un trouble anxieux, sans nécessairement avoir rencontré un professionnel de la santé mentale qui leur a posé le diagnostic. Par ailleurs, plusieurs personnes souffrent aussi intensément d'anxiété, qui peut lourdement affecter leur fonctionnement et leur qualité de vie, mais ne pas pouvoir recevoir de diagnostic, parce que leur symptomatologie ne leur permet pas d'entrer dans une catégorie diagnostique précise (à cet effet, revoyez mon article sur la dépression majeure pour des exemples plus clairs). Ils reçoivent alors un diagnostic dit « générique » de trouble anxieux non-défini, qui n'est généralement pas comptabilisé dans les statistiques officielles. Ces éléments font donc en sorte que les statistiques sous-estiment probablement le nombre réel d'individus souffrant d'anxiété.

On considère parfois d'autres troubles comme traduisant, chez quelqu'un, une gestion inadéquate de l'anxiété, pensons entre autres à certaines compulsions (trichotillomanie ou dermatillomanie ; c'est-à-dire la tendance à s'arracher compulsivement des poils ou des bouts de peau), certaines dépendances (dont le jeu compulsif ou « gambling »), la présence de troubles alimentaires (anorexie ou boulimie) et j'en passe. J'en passe, en fait, beaucoup ! Bref, il est excessivement facile de se perdre dans le dédale diagnostique que représente « l'anxiété pathologique ». Qui plus est, les troubles présentés dans ce paragraphe n'étaient pas inclus dans les statistiques précédentes sur les taux de prévalence des troubles anxieux, car ils n'étaient pas classifiés dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-IV, à l'époque des sondages nationaux aux USA. Notez qu'ils ne le sont pas plus aujourd'hui, dans le DSM-5.

Malgré tout, de tous les troubles en santé mentale, les troubles anxieux semblent être les plus répandus dans la population, suivis des troubles de l'humeur (dépression majeure, dysthymie, trouble bipolaire), en très peu enviable « deuxième position », avec leur prévalence de 9,5% sur un an, presque la moitié des troubles anxieux ! Et c'est sans compter les comorbidités...

### **Comorbidités**

C'est quoi, ça, des comorbidités ? Outre que le mot fait vraiment peur, la première fois qu'on le lit, la comorbidité réfère à la présence de plus d'un trouble, ou plus d'une condition diagnostiquée, en même temps, chez une même personne. Et il s'avère que les troubles anxieux sont, d'abord, fréquemment comorbides entre eux (une personne se présente très souvent en traitement en étant affligée de plus d'un trouble anxieux à la fois ; par exemple, un trouble panique et un trouble d'anxiété sociale) et ensuite, souvent comorbides avec d'autres difficultés en santé mentale (par exemple, un stress post-traumatique et un épisode dépressif majeur) !

Tout d'abord, selon une étude menée aux Pays-Bas, 67% des individus souffrant d'un trouble de l'humeur (comme la dépression majeure, la dysthymie ou le trouble bipolaire) souffrent d'un trouble anxieux comorbide et 75% affirment en avoir déjà eu un. Chez les individus atteints d'un trouble anxieux, ce sont 63% qui souffrent

également d'un trouble de l'humeur comorbide, pour 81% qui révèlent en avoir déjà eu un. Comparativement aux personnes atteintes d'un seul trouble, celles présentant des comorbidités sont généralement plus susceptibles de développer d'autres troubles, présentent des symptômes plus sévères et souffrent de ceux-ci depuis plus longtemps. On constate donc que dans plus de la moitié des cas, les gens présentant un trouble anxieux ont un trouble de l'humeur comorbide, et vice-versa. En outre, la comorbidité s'avère souvent un prédicteur d'incapacité à travailler, ce qui peut représenter un bon argument pour aller chercher de l'aide.

Entre un tiers et la moitié des patients traités pour alcoolisme en Angleterre souffrent ou présentent un historique de trouble anxieux et dans certains échantillons de patients alcooliques, près de 60% présentent des symptômes importants d'anxiété. Certaines données laissent croire qu'un phénomène d'auto-médication serait fréquent ; certains des gens souffrant d'anxiété intense tenteraient de réduire l'intensité de leurs symptômes en buvant. Ceci risquerait de conduire à des excès, à long terme. Potentiellement, aussi, à l'alcoolisme. Ainsi, il n'est pas rare, non plus, de constater que des clients en thérapie souffrent, en plus d'un trouble anxieux, de certains troubles de la personnalité, de troubles alimentaires, de dysfonctions sexuelles, d'insomnie et de diverses autres formes de problèmes de santé mentale.

Ça nous ramène donc au fait que l'anxiété est pratiquement omniprésente, dans le travail d'un psychologue clinicien ! Maintenant, qu'est-ce qui fait que certaines personnes développent des troubles anxieux, et pas d'autres ? Qu'est-ce qui distinguent les différentes formes d'anxiété problématique ? Comment se fait-il que, malgré tous ses efforts, une personne sente constamment plus anxieuse que par le passé ? Et que puis-je faire pour améliorer ma condition, si elle est en voie de devenir insupportable (ou si elle l'est déjà !) ? À suivre dans mes prochains articles qui viseront, eux aussi, à démystifier le phénomène de l'anxiété !

**Inspirations :** Les statistiques et définitions présentées dans cet article ont été tirées de ma thèse de doctorat, disponible gratuitement et dans son entièreté ici : <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/30482>

Les principaux articles scientifiques desquels j'ai puisé mes informations sont les suivants :

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Paris: Elsevier Masson.

Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1958). The Nature of Anxiety: A Review of Thirteen Multivariate Analyses Comprising 814 Variables. *Psychological Reports, 4*, 351-388.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (1998). Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biol Psychiatry, 44*(12), 1286-1294.

Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A., et al. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord, 137*(1-3), 106-112.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 617-627.

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., et al. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry, 72*(3), 341-348.

Reis, R. K. (1989). Alcoholism and Anxiety. In P. Roy-Byrne (Ed.), *Anxiety: New Findings for the Clinician* (pp. 121-148). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Shekhar, A., Truitt, W., Rainnie, D., & Sajdyk, T. (2005). Role of stress, corticotrophin releasing factor (CRF) and amygdala plasticity in chronic anxiety. *Stress*, 8(4), 209-219.

Stockwell, T., Hodgson, R., & Rankin, H. (1982). Tension reduction and the effects of prolonged alcohol consumption. *Br J Addict*, 77(1), 65-73.

---

## Démystifions l'anxiété (Deuxième partie)

March 1, 2016 [francislemaypsy](http://www.francislemaypsy.com) | Dr Francis Lemay, Ph.D., Psychologue | [www.psydeploiement.com](http://www.psydeploiement.com)

### Introduction

La semaine dernière, dans le cadre de mon premier article sur l'anxiété, j'ai pris le temps de définir le phénomène, de spécifier à quel moment on commence habituellement à parler d'anxiété « pathologique » et de vous fournir des statistiques générales sur les troubles anxieux et certaines de leurs comorbidités. Cette semaine, je vous propose un texte qui permettra de clarifier, en survol, sans y aller trop en profondeur, quelques étiquettes diagnostiques associées à la problématique de l'anxiété. La semaine prochaine, un article similaire à celui-ci sera publié, avec quelques autres diagnostics et symptômes couramment associés à l'anxiété. Notez que, l'anxiété étant une émotion complexe, les deux articles ne pourront pas couvrir toutes les formes de souffrance psychologique associées à l'anxiété ; je vous présenterai toutefois les formes d'anxiété les plus courantes, en clinique. Ensuite, je prendrai le temps d'expliquer comment l'anxiété devient problématique chez certaines personnes et ce qui peut être fait pour s'aider à ce niveau.

À ce sujet, avant d'aller plus loin, si ce n'est pas déjà fait, je vous suggère de jeter un coup d'œil à mes articles sur le [diagnostic psychologique](#) et la [dépression majeure](#), afin d'éviter certaines dérives qui peuvent parfois survenir lorsqu'il est question de lectures au sujet des diagnostics psychologiques sur Internet. Notez que cet article et le suivant ne visent en aucun cas à servir d'outils diagnostics ; leur fonction sera plutôt d'illustrer certaines des formes que l'anxiété problématique peut prendre, et peut-être aussi à aiguiller des personnes qui peuvent vivre certains de ces symptômes au fait que de l'aide existe pour eux : toutes ces conditions, et la plupart de ces symptômes, sont monnaie courante en psychologie clinique. De l'aide efficace existe pour vous aider ! N'hésitez pas à contacter un professionnel qualifié si vous souffrez des symptômes présentés plus bas.

### Les principaux diagnostics d'anxiété



On entend souvent parler, dans les médias, de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), troubles d'anxiété généralisée (TAG), troubles de stress post-traumatique (TSPT), troubles panique, agoraphobie, phobies spécifiques (ou simples), anxiété (ou phobie) sociale et trouble d'adaptation. Outre le dernier diagnostic mentionné, ils faisaient tous partie de la « grande famille » des troubles anxieux, dans le DSM-IV. La dernière édition de cette « bible du diagnostic », le DSM-5, a vu certains des diagnostics être réattribués à d'autres catégories (dont les troubles apparentés au TOC, qui incluent la trichotillomanie [arrachage compulsif des cheveux], l'accumulation compulsive d'objets et la dermatillomanie [grattage ou tirage compulsif de la peau] et les troubles causés par un stresser ou un traumatisme) et a inclus certains troubles plus spécifiques à l'enfance dans les troubles anxieux, comme le mutisme sélectif et l'anxiété de séparation.

Afin d'alléger le texte et de causer le moins de confusion possible chez mes lecteurs, je vais limiter ici mon propos aux grands diagnostics « classiques » d'anxiété, c'est-à-dire ceux que je rencontre le plus souvent dans ma pratique : les phobies, les troubles obsessionnels-compulsifs, la panique, le stress post-traumatique, l'anxiété généralisée et le trouble d'adaptation. Commençons donc avec ce dernier !

### **Le « rhume de la psychiatrie »**

C'est vraisemblablement le diagnostic psychiatrique qui a le plus fait jaser de lui, au Québec, ces dernières années : le trouble d'adaptation. Pour faire une histoire courte, le trouble d'adaptation est devenu tristement célèbre après que les avocats de Guy Turcotte, cardiologue ayant admis avoir assassiné ses enfants suite à une rupture amoureuse, aient utilisé le diagnostic pour obtenir un verdict de non-responsabilité criminelle dans le cadre de son premier procès. Au cours du second procès du Dr Turcotte, Dr Pierre Bleau, psychiatre et témoin-expert de la Couronne, a qualifié le trouble d'adaptation de « rhume de la psychiatrie » pour donner du poids à son argument selon lequel ce trouble « n'empêche pas [une personne] de réfléchir [ou] d'être responsable de ses actes ».

Bien qu'on puisse se permettre de questionner la validité de la comparaison du Dr Bleau (le trouble d'adaptation étant associé à un risque accru de tentatives de suicide et de suicides complétés), il est vrai que plusieurs professionnels en santé mentale utilisent le diagnostic de trouble d'adaptation lorsqu'une personne se présente dans leur bureau avec une souffrance évidente causée par un événement relativement récent, mais qui ne puisse être associée à un trouble psychiatrique. Le trouble d'adaptation s'avère essentiellement être une réaction émotionnelle ou comportementale intense en réponse à un événement stressant survenu dans l'environnement de la personne, à l'intérieur des trois derniers mois (anxiété importante, déprime évidente, changements notables dans la façon de se comporter). Les symptômes ne doivent pas remplir les critères d'un autre trouble psychologique et ne sont pas dus à un deuil normal. Le trouble d'adaptation est accompagné soit d'une humeur déprimée, d'une humeur anxieuse, d'une modification des comportements ou d'une combinaison de ces facteurs.

Des causes fréquemment citées dans l'apparition de symptômes de troubles d'adaptation sont : la fin d'une relation de couple, des troubles financiers, des maladies physiques douloureuses, une vie sexuelle insatisfaisante, développer un handicap, vivre un désastre naturel, habiter dans un secteur affligé d'un taux de criminalité élevé, quitter ou revenir vivre dans le foyer familial, se marier, avoir des enfants, une promotion au travail, la retraite ou ne pas atteindre un important objectif fixé. Cette liste n'est pas exhaustive et plusieurs événements du genre peuvent survenir de façon concomitante.

Il est à noter que plusieurs spécialistes critiquent le trouble d'ajustement comme un exemple de la tendance du modèle médical à sur-pathologiser des réactions émotionnelles plutôt normales à des événements difficiles de la vie. Également, 5% à 20% des clients traités pour difficultés psychologiques à l'externe souffriraient d'un trouble d'adaptation, pour 50% des patients hospitalisés en psychiatrie, faisant du trouble d'adaptation la problématique la plus fréquente en psychiatrie. Néanmoins, avec ou sans un tel diagnostic, il peut être extrêmement bénéfique pour un individu sentant de la détresse psychologique dans un tel contexte de recevoir de l'aide professionnelle.

### **Les multiples visages de la phobie**

**La phobie spécifique** (anciennement appelée phobie simple) est une peur intense axée sur un stimulus précis (ou des stimuli précis) dans laquelle l'objet principal de l'anxiété est assez clairement défini et bien reconnu par la personne souffrante. On définit la phobie comme étant une peur significative d'un objet ou d'une situation, qui génère presque toujours une anxiété intense et disproportionnée au danger réel, qui mène à de l'évitement et qui génère une détresse importante ou affecte sévèrement son fonctionnement dans une sphère importante de la vie (sociale, professionnelle, académique, familiale, etc). Notez que **ce dernier critère** (la présence de détresse intense ou que le trouble affecte le fonctionnement de la personne dans une sphère de sa vie) **est essentiel pour poser quelconque diagnostic de trouble anxieux**.

Les phobies spécifiques les plus fréquentes sont celles associées à certains animaux (araignées, insectes, chats, chiens, rongeurs, serpents), à des éléments naturels (les hauteurs, les orages, l'eau), à certaines situations (prendre l'avion, utiliser un ascenseur, les endroits clos), ainsi que les blessures physiques (à soi ou aux autres), le sang, les injections, les piqûres, les examens dentaires, les situations qui peuvent mener à s'étouffer ou vomir

(comme manger, boire certains aliments, certaines boissons), puis, surtout chez les enfants : les personnages costumés (comme les clowns), la noirceur et les bruits intenses.

Un symptôme particulier des phobies liées au sang, aux blessures ou aux injections est la tendance des individus qui en souffrent à s'évanouir ou se sentir très faibles lorsqu'ils sont exposés à l'objet de leur peur. On parle alors d'une vulnérabilité vagale. D'un point de vue évolutionnaire, celle-ci a beaucoup de sens : si je me vide de mon sang, c'est « bénéfique » de subir un choc vagal, qui entraînera généralement une perte de conscience (je risque de moins rapidement me vider de mon sang et, immobile, certains prédateurs ne me repéreront pas). La phobie du sang, des blessures ou des injections pourrait être une sur-sensibilité ou une généralisation exagérée de ce « mécanisme de défense » biologique, chez certaines personnes. Sachez que, comme la phobie du sang, la vulnérabilité vagale qui l'accompagne peut être améliorée par le biais de techniques en psychothérapie.

**L'anxiété sociale**, ou phobie sociale, est une crainte significative d'une ou de certaines situations sociales dans lesquelles la personne pourrait être jugée par d'autres. La personne craint généralement d'agir de façon qui conduirait d'autres à l'évaluer négativement ou de montrer des symptômes anxieux (rougissement, bégaiement, sudation) qui généreraient de telles évaluations (crainte que ce soit humiliant, gênant ; que cela mène à du rejet social ou que ça offense les autres). Ces situations provoquent presque toujours de l'anxiété et sont évitées ou endurées avec une anxiété intense, qui est disproportionnée par rapport à la menace posée par la situation. Les situations générant typiquement ce type d'anxiété sont : entretenir une conversation, rencontrer des gens qui ne sont pas familiers, être observé alors qu'on mange ou boit, faire un discours devant un groupe d'individus ou devoir faire ses besoins dans une salle de bain publique.

Enfin, **l'agoraphobie** est définie comme étant une anxiété intense dans certaines des situations suivantes : dans des moyens de transport (automobiles, autobus, trains, bateaux, avions), des espaces ouverts (ponts, stationnements, marchés), des espaces clos (magasins, théâtres, salles de cinéma), être en file ou dans une foule ou être seul à l'extérieur de la maison. La personne atteinte d'agoraphobie fuit ou craint les situations car elle éprouve des pensées selon lesquelles la fuite serait difficile dans ce contexte ou que de l'aide pourrait être indisponible en cas de symptômes apparentés à ceux d'une attaque de panique ou autres (peur de se blesser en tombant, d'être incontinent). Les situations craintes sont évitées, vécues avec anxiété intense ou requièrent la présence d'accompagnement pour la personne phobique. L'agoraphobie se manifeste fréquemment suite au développement, chez une personne, d'une problématique en lien avec des attaques de panique répétées.

### **L'anxiété physique extrême**

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une **attaque de panique** ? Si vous n'en avez jamais eu, ça peut représenter un concept un peu abstrait. On définit une attaque de panique comme étant une augmentation soudaine de peur ou un inconfort intense qui atteint un pic à l'intérieur de quelques minutes (généralement moins d'une dizaine) et à l'intérieur de laquelle 4 symptômes physiques ou cognitifs (ou plus) sont présents, parmi les 13 suivants : palpitations cardiaques, accélération du pouls ou sensation de cœur qui bat fort ; sudation importante ; tremblements ; perte de souffle ; sensation d'étouffement ; douleurs ou inconfort au niveau de la poitrine ; nausée ou douleurs abdominales ; étourdissements, sensation d'instabilité, se sentir « dans les vapes » ou sur le bord de l'évanouissement ; bouffées de chaleur ou frissons ; engourdissements ou picotements ; se sentir comme irréal ou dans un monde irréal, ou se sentir détaché de soi-même ; peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou ; peur de mourir. Il est aussi fréquent que d'autres symptômes, comme des acouphènes (cillement, bourdonnement dans les oreilles), des courbatures au cou, des maux de tête ou une forte impulsion à crier ou à pleurer de façon incontrôlable soient présents. Il arrive que les attaques de panique soient prévisibles, ou attendues : certaines personnes qui en vivent fréquemment en éprouvent plus souvent dans certains contextes (en conduisant leur voiture, par exemple) ; souvent, cependant, elles semblent survenir au hasard et sont complètement inattendues.

Les attaques de panique ne sont pas un trouble psychologique. Elles sont fréquemment présentes chez des gens qui souffrent de troubles anxieux, dépressifs ou autres, ainsi que chez des gens qui ne souffrent d'aucun problème en santé mentale. Toutefois, en raison de leur nature extrêmement aversive (essayez de me faire croire que vous aimeriez ressentir intensément quelques-uns des symptômes énumérés plus haut pendant une dizaine de minutes), plusieurs gens développent une crainte intense de celles-ci. On parle de **trouble panique** quand quelqu'un éprouve fréquemment des attaques de panique imprévisibles et qu'au moins l'une d'elles a entraîné soit des inquiétudes constantes au sujet d'autres attaques et de leurs conséquences (peur de perdre le contrôle de soi, de faire une crise cardiaque, de devenir fou), ou un changement de comportement significatif et mal adapté à la situation en rapport avec l'attaque ou les attaques ; c'est-à-dire, des comportements visant à éviter d'autres attaques, comme cesser de faire de l'exercice ou éviter les situations sortant d'une routine.

On rencontre souvent, en clinique, des individus souffrant d'attaques de panique multiples et qui en viennent à développer de l'agoraphobie, sentant que seuls certains endroits familiers, une sorte de zone de confort, leur permettent de s'abriter des symptômes extrêmement désagréables des attaques de panique. C'est une condition qui peut être très handicapante, car plus une personne évite des contextes et se renferme sur elle-même, plus elle s'isole, plus elle se rend vulnérable à sa propre anxiété, et plus il devient difficile pour elle d'aller chercher (et évidemment, d'obtenir) l'aide dont elle a besoin.

### Conclusion

Ce sera tout pour cette première partie de mon survol clinique des formes les plus fréquemment rencontrées d'anxiété pathologique. La semaine prochaine, je vous propose de couvrir quelques autres formes que peut prendre l'anxiété en clinique. Par la suite, je prendrai du temps pour expliquer de quelle façon l'anxiété se développe généralement pour devenir aussi problématique, chez certaines personnes, ainsi qu'un survol rapide de techniques thérapeutiques qui peuvent être utilisées pour les personnes qui en souffrent. D'ici là, bonne patience et bon courage !

**Dr Francis Lemay, Ph.D. | Psychologue | [www.psydeploiement.com](http://www.psydeploiement.com)**

### Inspirations:

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition, texte révisé*. Paris : Masson.

<http://www.journaldemontreal.com/2015/11/10/proces-turcotte-sa-maladie-est-le-rhume-de-la-psychiatrie>



<https://beyondmeds.com/2013/12/02/what-is-normal/>

## What is normal?

DECEMBER 2, 2013 BY [MONICA CASSANI](#)

**A Collection of Musings on Normal:**



A friend sent me the above photo a few years ago when he saw this piece in an art show. I'm sorry I do not know the artist.

**Aldous Huxley:**



The real hopeless victims of mental illness are to be found among those who appear to be most normal. Many of them are normal because they are so well adjusted to our mode of existence, because their human voice has been silenced so early in their lives that they do not even struggle or suffer or develop symptoms as the neurotic does. They are normal not in what may be called the absolute sense of the word; they are normal only in relation to a profoundly abnormal society. Their perfect adjustment to that abnormal society is a measure of their mental sickness. These millions of abnormally normal people, living without fuss in a society to which, if they were fully human beings, they ought not to be adjusted. ~ **Aldous Huxley**, [Brave New World](#)

**Alfred Adler:**

The only normal people are the ones you don't know very well. ~ [Alfred Adler](#)

**Krishnamurti:**

It is no measure of health to be well-adjusted to a profoundly sick society. ~ [Jiddu Krishnamurti](#)

**R.D. Laing:**

The condition of alienation, of being asleep, of being unconscious, of being out of one's mind, is the condition of the normal man. Society highly values its normal man. It educates children to lose themselves and to become absurd, and thus to be normal. Normal men have killed perhaps 100,000,000 of their fellow normal men in the last fifty years. ~ [R.D. Laing](#)



**R.D. Laing:**

What we call 'normal' is a product of repression, denial, splitting, projection, introjection and other forms of destructive action on experience. It is radically estranged from the structure of being. The more one sees this, the more senseless it is to continue with generalized descriptions of supposedly specifically schizoid, schizophrenic, hysterical 'mechanisms.' There are forms of alienation that are relatively strange to statistically 'normal' forms of alienation. The 'normally' alienated person, by reason of the fact that he acts more or less like everyone else, is taken to be sane. Other forms of alienation that are out of step with the prevailing state of alienation are those that are labeled by the 'normal' majority as bad or mad. ~ [R.D. Laing](#), from *Politics of Experience*.

**Erich Fromm:**

The problem of selfishness has a particular bearing on psychotherapy. The neurotic individual often is selfish in the sense that he is blocked in his relationship to others or overanxious about himself. This is to be expected since to be neurotic means that the integration of a strong self has not been achieved successfully. To be normal certainly does not mean that it has. It means, for the majority of well-adapted individuals that they have lost their own self at an early age and replaced it completely by a social self-offered to them by society. They have no neurotic conflicts because they themselves and, therefore, the discrepancy between their selves and the outside world have disappeared. Often the neurotic person is



particularly unselfish, lacking in self-assertion and blocked in following his own aims. The reason for this unselfishness is essentially the same as for the selfishness. What he is practically always lacking is self-love. This is what he needs to become well. If the neurotic becomes well, he does not become normal in the sense of the conforming social self. He succeeds in realising his self, which never had been completely lost and for the preservation of which he was struggling by his neurotic symptoms. A theory, therefore, as Freud's on narcissism which rationalises the cultural pattern of denouncing self-love by identifying it with selfishness, can have but devastating effects therapeutically. It increases the taboo on self-love. Its effects can only be called positive if the aim of psychotherapy is not to help the individual to be himself; that is free, spontaneous and creative – qualities conventionally reserved for artists – but to give up the fight for his self and conform to the cultural pattern peacefully and without the noise of a neurosis. – [Erich Fromm](#) from [Selfishness and love](#)

**Allen Shawn:**



*The concept of normality is due for an overhaul. "Normality" is a relative term...Each human being is a peculiar balance of assets and defects, physical, psychological, sociological. When you see a person's strengths, they are, by and large, eclipsing equally powerful weaknesses. Indeed the presence of outstanding strengths presupposes that energy needed in other areas has been channeled away from them. We should not be surprised to find some variety of mental anguish inside even the most "normal" exterior; we should assume it. People are infinitely layered. There are those who are sturdier in a crisis and bear up well under life's assaults. We need such role models before us to steady us on our way. And to aspire to a sense of balance in the face of life's challenges is certainly sensible. But those same sturdy people may fail in important spheres. So often does one discover serious deficiencies in those who superficially seem to function well, and compensatory strengths in those who appear to function less well, that it is tempting to suggest a more flexible model of mental health than that which we rely upon for convenience. In those who are remarkable for their sangfroid and equanimity, whose shadows do not show, just where are the darker forces that animate all nature but that only man has the ability to conceal? They may be buried deep, only to reemerge in actions with dire consequences. In the end, whatever people achieve that is most wonderful, beautiful, interesting, and inspirational is, by definition, not normal... by [Allen Shawn](#), From [Wish I Could Be There: Notes from a Phobic Life](#)*

**From Ode Magazine** — an excerpt from [Your brain is a rain forest](#) on the importance of neurodiversity. The lessons we have learned about biodiversity and cultural and racial diversity need to be applied to the human brain. We need a new field of neurodiversity that regards human brains as the biological entities they are, and appreciates the vast natural differences that exist from one brain to another regarding sociability, learning, attention, mood and other important mental functions.

Instead of pretending that hidden away in a vault somewhere is a perfectly normal• brain, to which all other brains must be compared (e.g., the rose psychiatrist's brain), we need to admit that there is no standard brain, just as there is no standard flower, or standard cultural or racial group, and that, in fact,

diversity among brains is just as wonderfully enriching as biodiversity and the diversity among cultures and races. [Read the whole article](#)



Gurdjieff describes the “normal” western modern human being in the below quoted material.

In the modern man, partly owing to his [abnormal education](#) during his preparatory age, and partly owing to influences due to certain causes of the generally established abnormal conditions of modern life, the working of his psychic centres during his responsible age is almost entirely disconnected, therefore his intellectual, emotional and instinctive motor functions do not serve as a natural complement and corrective for one another, but, on the contrary, travel along different roads, which rarely meet and for this reason permit very little leisure for obtaining that, which in reality be understood by the word “consciousness”, wrongly used by modern people today.

As a result of the lack of co-ordinated activity on the part of these three separately formed and independently educated parts of man’s general psyche, it has come about that a modern man represents three different men in a single individual; the first of whom thinks in complete isolation from the other parts, the second merely feels and the third acts only automatically, according to established or accidental reflexes of his organic functions. ~ G.I. Gurdjieff – [The Herald of Coming Good](#)



And finally:

**The most profound quote of all:**

*Normal is just a setting on the washing machine.*

---

# PSYCHOLOGIES

<http://www.psychologies.com/Planete/Paranormal/Articles-et-dossiers/Experiences-paranormales-difficile-d-en-parler>

## Expériences paranormales : difficile d’en parler (1/2)

Communication avec les défunts, sortie de corps, télépathie... Pas simple, pour ceux qui vivent ces phénomènes, d’oser la confiance sans craindre d’être pris pour des fous. Un groupe de psychologues propose de les écouter sans les juger.



[Sylvain Michelet](#)

Septembre 2009

Il y a vingt ans, après une chute accidentelle, je me suis soudain retrouvé hors de mon corps, observant depuis le plafond les gens qui s'affairaient autour de moi. Ensuite, ma vie a défilé devant mes yeux, j'ai eu l'impression d'entrer dans un tunnel sombre,

débouchant sur une lumière bienfaisante... et j'ai réintégré mon corps ! » Il a fallu des années à Jérôme, 35 ans, cadre dans une grande organisation internationale, pour accepter de raconter ce qu'il appelle sa NDE (*near death experience*, « expérience de mort imminente »).

« Quand j'en ai discuté avec le médecin qui m'a réanimé, elle m'a dit que c'était le contrecoup du choc ou un délire provoqué par la production d'un cocktail anarchique d'hormones et de neurotransmetteurs qui se manifeste lors de certaines syncopes. J'ai eu beau rétorquer que cela n'expliquait pas comment j'avais pu la voir en train de me réanimer comme si j'étais un simple spectateur, ni comment je pouvais décrire cette scène en détail, elle n'a rien voulu entendre et m'a donné des tranquillisants. » Jérôme a donc préféré se taire – et garder pour lui les « sorties de corps intempestives » qu'il a vécues ensuite : « Au début, j'ai eu peur et j'ai tout fait pour les ignorer en me plongeant dans mes études, confie-t-il.

Comme les crises revenaient environ une fois par an, je suis allé voir un psychiatre. J'ai eu le malheur de mentionner que j'avais l'impression, dans ces moment-là, de me "projeter" dans un objet proche – par exemple, un arbre –, et de pouvoir ressentir ce qu'il percevait. Le psychiatre m'a demandé si je me droguais ! Puis il m'a prescrit des anxiolytiques, tout en me prévenant contre un désir inconscient de toute-puissance, possible précurseur d'une dissociation de ma personnalité. Je suis sorti de là terrifié, me voyant déjà schizophrène à l'asile. » Depuis, la réussite de sa carrière a rassuré Jérôme sur sa santé mentale, mais il continue à redouter le retour de ses « crises ».

## A DÉCOUVRIR

### Un manuel pour mieux comprendre

Association créée en 2007, l'Institut de recherche sur les expériences extraordinaires (Inrees) compte près de deux mille membres. Il a recueilli de nombreux témoignages et a reçu le soutien de thérapeutes d'avant-garde, tel Stanislav Grof, père de la psychologie transpersonnelle. Son ambition : créer un réseau de thérapeutes ouverts à ces sujets, voire organiser un cycle de formation. Il publie ce mois-ci un livre destiné aux thérapeutes comme à tous les curieux. Rassemblant les travaux de plusieurs spécialistes et passant en revue toutes les catégories de phénomènes, ce *Manuel clinique des expériences extraordinaires (dirigé par Stéphane Allix et Paul Bernstein, Inrees-InterÉditions, à paraître le 21 octobre) présente les différentes interprétations possibles, les mécanismes psychologiques en jeu et leurs éventuels glissements pathologiques.*

Renseignements : Inrees, 67, rue Saint-Jacques, 75005 Paris. [www.inrees.com](http://www.inrees.com)

### L'étrange dérangement

Si ces expériences sont souvent douloureuses à vivre, c'est parce que, selon notre conception de la réalité, elles ne peuvent tout simplement pas exister. Il se produit alors, chez les témoins, ce que la psychologie appelle une « dissonance cognitive » : entre croire ce qu'ils ont vécu et croire la science qui affirme que c'est impossible, que choisir ? Le dilemme peut être si fort qu'il provoque chez certains une perte de repères que John E. Mack, professeur de psychiatrie à l'école de médecine de l'université Harvard, aux États-Unis, qualifiait de « choc ontologique » – antichambre de la vraie folie. Pourtant, « les expériences extraordinaires arrivent plus fréquemment qu'on le croit, estime Patrick Clervoy, auteur des *Psys en intervention (Doin, 2009), chef du service*

*psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Sainte- Anne, à Toulon. Mais, comme les chocs traumatiques, elles laissent aux gens l'impression qu'ils ne pourront jamais en communiquer la force et la teneur, qu'il faut les avoir vécues pour comprendre. Or, elles demandent, comme les chocs traumatiques, à être intégrées psychiquement, via un récit ». Encore faut-il que quelqu'un écoute ! Mais plus l'expérience est étrange, plus elle dérange nos esprits cartésiens, et moins l'écoute est au rendez-vous. Au malaise qu'elle provoque, s'ajoute alors la douleur de ne pouvoir être entendu.*

Créé il y a deux ans, l'Institut de recherche sur les expériences extraordinaires (Inrees) propose de pallier ce manque d'écoute. « Le débat entre ceux qui croient à ces phénomènes et ceux qui n'y croient pas est stérile, affirme son fondateur, Stéphane Allix, ex-reporter de guerre, auteur de *La mort n'est pas une terre étrangère* (Albin Michel, 2009). *Les preuves que les uns pensent apporter sont rejetées par les autres au nom des théories classiques en vigueur. Notre ambition est de fédérer des professionnels de santé, pour offrir à ceux qui vivent ces expériences un cadre leur permettant d'être écoutés dans leur dimension essentielle : la dimension humaine. »*

Car il ne s'agit pas de nier que ces phénomènes puissent être liés à des troubles psychiques bien réels. « C'est précisément pour cette raison qu'il faut écouter d'abord, sans idée préconçue », explique la psychologue et psychothérapeute Isabelle de Kochko, qui étudie, à l'Inrees, les phénomènes de hantise et de possession. Si les « sorties de corps » de Jérôme ont été diagnostiquées comme présageant une possible schizophrénie, la communication avec un défunt peut facilement être confondue avec une psychose ou un deuil morbide, la possession avec une paranoïa ou un désordre de personnalités multiples – comme le rappelle le sociologue Paul Bernstein dans le premier chapitre du manuel de l'Inrees (encadré p. 98). Quant à la télépathie, la voyance ou la précognition, elles peuvent être prises pour des troubles bipolaires (les troubles bipolaires se traduisent par une oscillation perpétuelle entre un pôle dépressif et un pôle d'hyperexcitation).

### **Une prise de distance**

Seule une écoute attentive permet d'éviter ces diagnostics précipités, en observant la façon dont la personne relate son expérience : en présente-t-elle le souvenir avec l'émotion qui devrait lui être liée ? Cherche-t-elle à tout prix à convaincre ? Vit-elle son quotidien de façon sensée ? L'écoute sans jugement, l'ouverture d'esprit, la prise de distance face à nos aprioris permettent au témoin de faire un lien entre son expérience et un éventuel trouble psychique, et d'en tirer un bénéfice personnel. « C'est un moment pathologique, pas une pathologie, souligne la psychologue et psychanalyste Djohar Si Ahmed, auteure de *Comment penser le paranormal* (Le Harmattan, 2006). *Il peut se révéler constructif s'il est bien intégré, car il n'affecte pas la personnalité. »*

Ariane, ostéopathe de 26 ans, qui a des visions depuis son adolescence, le confirme. « Les premières fois, j'ai eu très peur, raconte-t-elle, mais quand j'ai vu les réactions de ma famille – silence, regards fuyants... –, j'ai compris que je ne pouvais en parler qu'à très peu de gens. » Plus tard, Ariane s'est découverte capable de percevoir les douleurs physiques d'autrui. « Mais ce n'est qu'aujourd'hui, diplôme en poche et plus sûre de moi, que je commence à explorer ce qui est peut-être un don de guérisseuse », déclare-t-elle. La rencontre de personnes ayant vécu des expériences semblables et de chercheurs apportant différents schémas d'explication la conforte dans cette voie.

---

## **Expériences paranormales : difficile d'en parler (2/2)**

### **Je sais que mon fils est vivant**

Directeur artistique, Christophe a perdu l'un de ses deux fils, mort à 16 ans dans un accident. Les signes étranges survenus alors ont bouleversé son esprit rationnel, mais ses proches ne l'ont pas compris.

« Trois jours après la mort d'Antoine, j'ai aperçu une petite boule lumineuse qui brillait au-dessus de mon lit. Je suis plutôt rationnel et, à l'époque, je cultivais ce que l'on pourrait appeler un "matérialisme indifférent" : Dieu, l'au-delà, la communication avec les morts et les phénomènes de ce genre me semblaient inconcevables. Mon fils était mort, point final. Ce matin-là, j'ai quand même vérifié les rideaux, la fenêtre... J'étais trop effondré pour m'étonner, m'inquiéter ou même réfléchir. Je me suis endormi.

Le premier choc dans mes convictions est survenu trois mois plus tard. Toujours aussi malheureux, ma femme et moi étions dans la chambre d'Antoine quand j'ai reçu deux coups derrière la tête. J'ai regardé derrière moi en disant : "On m'a frappé !" "C'est peut-être Antoine", a lancé Marianne. "Peut-être", ai-je répondu, et on en est resté là. Croyante, quoique non pratiquante, Marianne lisait des livres sur l'après-vie, et je commençais probablement, inconsciemment, à accepter cette idée : elle adoucissait ma peine et avait le mérite d'apporter une explication – d'autant plus envisageable que ce geste "collait" avec la personnalité très "directe" d'Antoine.

Peu de temps après, Marianne m'a entraîné chez un médium. J'ai accepté d'y aller, par curiosité : peut-être cela me ferait-il du bien – j'allais tellement mal ! Mais j'étais très sceptique, pour ne pas dire critique. À tel point que je n'ai pas fait le rapprochement avec ce qui m'était arrivé quand, dès le début de la séance, le médium s'est penché en avant en disant qu'il venait de recevoir deux claques derrière la tête et qu'Antoine lui signifiait par là qu'il avait été tué sur le coup. Pour nous, ce fut d'abord un immense soulagement, car nous n'avions pas été autorisés à voir son corps et imaginions les pires scénarios. Ensuite, sans nous connaître, avec seulement la photo d'Antoine, le médium nous a dépeint sa personnalité, ses comportements, ses relations avec nous. "Talent de morphopsychologue ?", me suis-je demandé. Possible, mais comment expliquer qu'il décrive ensuite avec précision notre maison, ou l'absence de relation entre Antoine et ses grands-parents, ou encore un cadeau acheté pour sa petite amie qu'il nous enjoignait, selon le médium, de remettre à la jeune fille ?

J'étais à la fois impressionné, étonné, rassuré, soulagé. Consolé ? Non, on ne se remet jamais de la perte d'un enfant. Mais ma conception de la mort commençait à être sérieusement chamboulée, d'autant que les manifestations ont continué : bruits de pas, de portes qui claquent, objets qui disparaissent ou apparaissent, petits signes dont on peut toujours se dire qu'ils sont le fruit du hasard, mais qui finissaient par s'accumuler ! Cette "présence" me faisait du bien, mais cela n'empêchait pas les rechutes dans la souffrance, le retour des doutes, qui persisteront certainement toujours. J'ai alors essayé d'enquêter, de comprendre. Ces messages incompréhensibles sur mon téléphone portable, par exemple, pouvais-je en remonter la piste ? Peine perdue : selon mon fournisseur, ils n'avaient "aucune provenance". Cette absence d'explication technique me donnait le droit d'adhérer à l'idée d'un clin d'oeil de mon fils, et cette idée me faisait plaisir, j'en étais parfaitement conscient.

Je regrette cependant que certains amis auxquels nous nous sommes alors confiés en soient restés à des remarques un peu condescendantes, du genre : "Si ça vous fait du bien, on est contents pour vous." Refusant de considérer les possibilités que l'expérience ouvrait, ils ont d'abord tenté d'en réfuter la réalité. Puis, apprenant que nous allions voir des médiums et participions à des conférences, ils ont cherché à nous en dissuader, au nom du risque sectaire. Je sentais aussi que mon psychiatre ne souhaitait pas s'étendre sur ce terrain. Pourtant, et je le dois en grande partie aux personnes



rencontrées à l'Inrees, même si je souffre, je sais que je ne suis pas fou. Je gère le quotidien aussi rationnellement qu'avant. Ma vie a changé, bien sûr : les petits soucis me paraissent aujourd'hui sans importance, et la réussite sociale sans intérêt. Je prêche pour davantage de tolérance, moins d'égoïsme et, sans pouvoir dire que je crois en un Dieu, je me suis ouvert à une spiritualité qui m'est propre. Je sais, pour l'avoir ressenti, que mon fils est "vivant". Il m'arrive de penser que tous ces événements n'avaient pas d'autre but : me faire évoluer. »



RÉSEAU INTERNATIONAL

<http://reseauinternational.net/la-non-conformite-et-la-libre-pensee-considerees-comme-maladies-mentales/>

## La non-conformité et la libre-pensée considérées comme maladies mentales

06 janvier 2015 | [SantéRéseau International](#)



Est-ce que la non-conformité et la libre-pensée sont une maladie mentale ? [Selon la dernière édition du DSM-IV](#) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) oui.

Ce manuel identifie une nouvelle maladie mentale appelée « trouble oppositionnel avec provocation » ou TOP. Cette maladie est définie comme un « schéma continu de désobéissance, d'hostilité et de provocation » et les symptômes incluent la remise en question de l'autorité, la négativité, la défiance, la contradiction, et le fait d'être facilement agacé.

Le DSM-IV est le manuel utilisé par les psychiatres pour diagnostiquer les maladies mentales, et à chaque nouvelle édition, il y a des dizaines de ces nouvelles maladies. Sommes-nous en train de devenir de plus en plus malades ?

Est-ce qu'il devient plus difficile d'être en bonne santé mentale ? Les auteurs du DSM-IV déclarent que c'est parce qu'ils sont plus à même d'identifier ces maladies aujourd'hui.

Les nouvelles maladies mentales identifiées par le DSM-IV incluent l'arrogance, le narcissisme, la créativité supérieure à la moyenne, le cynisme, et le comportement antisocial. Ce que nous appelons des traits de personnalité autrefois sont désormais des maladies mentales. Et il existe des traitements.

Au cours des 50 dernières années, le DSM-IV est passé de 130 à 357 de ces maladies. La majorité de ces maladies frappent les enfants. Bien que ce manuel soit un outil de diagnostic important pour l'industrie psychiatrique, il a également été responsable des changements sociaux. L'augmentation des TOP, des troubles bipolaires et des dépressions chez les enfants a été en grande partie à cause du manuel qui identifie certains comportements comme des symptômes. Un article du Washington Post a fait remarquer que, si Mozart était né aujourd'hui, il serait diagnostiqué avec un TOP et il serait médicamenté jusqu'à ce qu'il redevienne normal.

Selon le DSM-IV, les adultes peuvent souffrir des mêmes maladies que les enfants. Cela devrait donner une raison de s'inquiéter aux libres penseurs. L'Union Soviétique utilisait de nouvelles maladies mentales pour les répressions politiques. Les gens qui n'acceptaient pas les convictions du Parti communiste développaient une nouvelle forme de schizophrénie. Ils souffraient du délire de croire que le communisme n'était pas une bonne chose. Ils ont été isolés, médicamentés de force et ont subi une thérapie répressive pour les ramener à la raison.

Lorsque la dernière édition du DSM-IV a été publiée, l'identification de symptômes de diverses maladies mentales chez les enfants a entraîné une augmentation significative de la médication des enfants. Certains États ont même des lois qui permettent aux agences de protection de soigner de force, et ont même rendu le refus de prendre des médicaments passible d'amende ou d'emprisonnement. Cela donne une image effrayante à tous ceux qui sont non-conformistes. Bien que les auteurs de ce manuel affirment ne pas avoir d'arrière-pensées, qualifier la libre-pensée et la non-conformité de maladie mentale est une bombe à retardement d'abus en tout genre. Cela peut facilement devenir une arme dans l'arsenal d'un État répressif.



<http://www.cea-ace.ca/fr/education-canada/article/entre-fascination-et-rigueur-scientifique-les-d%C3%A9rives-des-neurosciences#.Vy1eiLbJqR4.facebook>

**Catherine Reverdy & Marie Gausse** sont chargées de recherche au service Veille & Analyses au sein de l'Institut français de l'Éducation (École normale supérieure de Lyon, France), auparavant respectivement enseignante de sciences physiques et enseignante documentaliste dans l'enseignement secondaire.

## Entre fascination et rigueur scientifique : les dérives des neurosciences



Dans cet article, les deux auteurs portent un regard critique sur l'important développement des neurosciences, depuis quelques décennies, grâce notamment à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, et sur les dérives qui en découlent. Selon elles, les tests effectués grâce à ces appareils d'imagerie cherchent à apporter une brique de plus dans la construction des hypothèses de psychologie cognitive, qui reste la base théorique des expérimentations. Elles affirment

que les chercheurs neuroscientifiques et les chercheurs en éducation ont un devoir éthique vis-à-vis de la société de communiquer clairement sur leurs recherches et leurs limites, et les acteurs du système éducatif doivent de leur côté être suffisamment informés pour éviter toute dérive préjudiciable aux élèves.

### **Des expérimentations neuroscientifiques inscrites dans la psychologie**

Les techniques utilisées en neurosciences ont connu un énorme développement depuis quelques décennies, grâce notamment à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Cet outil reste malgré les progrès un matériel de laboratoire, dont l'utilisation nécessite des moyens conséquents et coûteux. L'objectif est de mesurer un signal électrique dans le cerveau pendant qu'on réalise des tests. Comme pour toute expérience de **psychologie cognitive**, les tests sont refaits plusieurs fois sur quelques dizaines de sujets, pour savoir si le signal est corrélé aux tests. De nombreuses interrogations quant aux méthodes employées et à la faible valeur statistique due en partie à la taille des échantillons sont soulignées par certains neuroscientifiques.

Les tests effectués grâce à ces appareils d'imagerie cherchent à apporter une brique de plus dans la construction des hypothèses de psychologie cognitive, qui reste la base théorique des expérimentations [i]. On est donc loin d'une sorte de suivi pas à pas de la pensée par l'IRMf telle qu'on l'entend souvent dans les médias, même si les images du cerveau sont bien présentes lors de l'expérimentation. Ce suivi est impossible à obtenir puisqu'on ne peut pas connaître très précisément à la fois les détails du cerveau dans le temps (suivi des réseaux neuronaux qui se mettent en place) et dans l'espace (dans quelles zones ces réseaux se créent)!

### **Un certain manque de prudence de la part de certains neuroscientifiques et des médias**

À ces problèmes intrinsèques aux dispositifs expérimentaux des neurosciences s'ajoute un phénomène commun à la recherche, la **course à la publication** : seuls les résultats « positifs » sont publiés, rarement répliqués et pris comme hypothèses pour de nouvelles recherches. On peut dans ce cadre dénoncer le comportement de certains neuroscientifiques, qui parfois n'hésitent pas à exagérer l'impact de leurs travaux malgré des contradictions entre leurs données et les éléments de conclusions présentés dans les articles [ii].

Cette démarche est malheureusement amplifiée par l'enthousiasme de certains journalistes, qui surmédient toute information scientifique venue des neurosciences, succombant ainsi à la **neurophilie** [iii]. Les raccourcis ainsi utilisés par les médias (et d'autant plus si on les présente en lien avec l'apprentissage et l'amélioration des compétences cognitives) participent aux mauvaises interprétations de la recherche, qui peuvent très vite déboucher sur la création de **neuromythes**.

### **Pourquoi les neuroscientifiques et les chercheurs en éducation ne se comprennent pas?**

L'interdisciplinarité est de plus en plus présente dans la recherche mais certains cloisonnements demeurent, notamment entre la psychologie cognitive (dont sont issues les neurosciences) et les recherches en éducation (à la croisée de la sociologie, des didactiques disciplinaires, de l'histoire...). Un débat entre les chercheurs de ces deux champs a lieu en France depuis 2006 à propos des méthodes d'apprentissage de la lecture [iv]. Les neuroscientifiques ont fait alors leur apparition sur la scène éducative en affirmant que la meilleure méthode pour apprendre à lire était la méthode syllabique, qui relie les phonèmes (les sons qu'on entend) aux graphèmes (les unités graphiques) dans le processus de décodage. Ils se sont violemment opposés à certains chercheurs en éducation qui affirmaient que la méthode syllabique ne suffisait pas pour construire le sens des mots et la compréhension du texte, qui devait être abordés dès le début de l'apprentissage de la lecture [v].

D'autres discussions récentes en France entre neuroscientifiques et chercheurs en éducation portent sur la dyslexie, l'apprentissage des nombres, la dyscalculie, la scientificité des résultats... Ces débats sont d'autant plus

vifs que certains décideurs politiques prennent partie, à l'image du ministre de l'Éducation nationale de 2006 à propos du débat sur la lecture : obligeant les enseignants à utiliser la seule méthode syllabique au nom des résultats probants des neurosciences, Gilles de Robien qualifie les recherches en éducation de « **fausse science** » et jette le désarroi dans la communauté éducative. Encore aujourd'hui, la scientificité des neurosciences est avancée comme argument principal pour vouloir appliquer (presque directement) les neurosciences à l'école, dans les formations d'enseignants ou de cadres de l'éducation nationale.

Le concept d'une **neuroéducation** ou d'une neuropédagogie paraît en effet alléchant, mais les travaux actuels en neurosciences sont encore à l'aube de découvertes et pour l'heure n'ont pas su trouver écho dans la salle de classe. Les données neuroanatomiques sont encore inexploitablement si ce n'est par la confrontation avec des expériences fondées sur la psychologie cognitive [vi].

### **Comment dépasser ces clivages?**

Prenons le cas du rapport entre neurosciences et sociologie : 90 % du développement cérébral des nourrissons se fait grâce à leur environnement. Pour étudier les interactions sociales indispensables à ce développement, doit-on observer directement les cerveaux dans un laboratoire (les individus sont alors considérés comme des organismes séparés dont on peut étudier les interactions, pour les neuroscientifiques)? Ou doit-on prendre en compte les individus dans leur personne même, c'est-à-dire avec leur place et leur rôle dans la société (pour les sociologues)?

Devant ce dilemme épistémologique, lié à la conception même de ces sciences qui s'affrontent, la solution de l'interdisciplinarité semble compliquée à mettre en œuvre. Le sociologue français Bernard Lahire propose alors de combiner les deux approches par une nouvelle voie, le **dispositionnalisme** (« *les connexions neuronales fonctionnent [...] comme des programmes d'action (au sens large du terme) incorporés en attente de sollicitations sociales* »), qui permettrait notamment que les expériences en laboratoire, ramenées à des situations forcément très simples au vu des contraintes expérimentales, puissent gagner à prendre en compte l'histoire sociale des processus mentaux, ce qui peut se faire par exemple par des enquêtes de terrain et des enquêtes statistiques.

Dans ce cadre, les chercheurs neuroscientifiques et les chercheurs en éducation ont un **devoir éthique** vis-à-vis de la société de communiquer clairement sur leurs recherches (et leurs limites), et les acteurs du système éducatif doivent de leur côté être suffisamment informés pour éviter toute dérive préjudiciable aux élèves.

---

[i] Voir notre article de blog « Les neurosciences : un outil au service de la psychologie ». In *Eduveille* qui détaille une expérimentation à laquelle nous avons assisté en avril 2015. En ligne : <http://eduveille.hypotheses.org/7155>

[ii] Voir Gonon François, Konsman Jan-Pieter & Boraud Thomas (2014). « Neurosciences et médiatisation : entre argumentation de la preuve et rhétorique de la promesse ». In Chamak Brigitte & Moutaud Baptiste (dir.), *Neurosciences et société : Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Paris : Armand Colin.

[iii] La neurophilie est la fascination pour tout ce qui touche au cerveau et au système nerveux.

[iv] Voir le Dossier d'actualité : Feyfant Annie et Gausse Marie (2007). Méthodes de lecture et difficultés d'apprentissage. *Dossier d'actualité Veille et Analyse*, n° 31. Lyon : INRP

[v] Voici deux articles parmi d'autres : Goigoux Roland (2013). « *Apprentissage de la lecture : opposer méthode syllabique et méthode globale est archaïque* » et Dehaene Stanislas (2013). « *Enseigner est une science* ».

[vi] Selon Masson *et al.* Les limitations de la neuro imagerie laissent à penser qu'elle ne pourra jamais remplacer les recherches traditionnelles en éducation. Voir Masson Steve, Potvin Patrice, Riopel Martin, *et al.* (2012). "Using

# Mad in America

Science, Psychiatry and Community

<http://www.madinamerica.com/2016/02/recovery-compromise-or-liberation/>

## Recovery: Compromise or Liberation?

By [JAY WATTS, DCLINPSY](#) | [Foreign Correspondent](#) | February 20, 2016

Back in the 1990s, I remember sitting in the grounds of a big ex-asylum being spoken to about recovery by a well-intentioned psychiatric nurse. I wanted to smoke, so I sort of went along with what he was saying, nodded a bit, but something felt wrong. Wasn't he saying I should buck up and get well quickly somehow? And if I didn't, wasn't that somehow my fault? That was not to be the only time I heard about recovery. Indeed, it's been the big buzzword in mental health pretty much ever since. The 90s were labeled - rather optimistically - as the '[decade of recovery](#).' More recently, recovery has been placed slap bang central in mental health policy. Is supporting recovery pretty much good common sense? Or is the term being misused to pressure those suffering to behave in certain ways?

### Recovery Propaganda is everywhere

Recovery has been defined as "[a personal journey of discovery](#) which involves making sense of, and finding meaning in, what's happened; becoming an expert in your own self-care; building a new sense of self and purpose in life; discovering your own resourcefulness and possibilities and using these, and the resources available to you, to pursue your aspirations and goals." Those in favour of the notion of recovery tend to see it as a mighty leap-forward for mental health services. Rather than seeing mental distress as based on deficits, they argue, people are now given access to stories of those who have moved beyond their 'mental illness' [inspiring hope and the possibility that a diagnosis doesn't mean a stilted, squashed life of appointments and medication](#). In this new paradigm, professionals and patients are storied as equals, with professionals 'experts by profession' and clients 'experts by experience.' '[Co-production](#)' is the slogan, with everyone seeming to commit to work together to give some agency back to patients to start their own healing journey.

Most recently, [Recovery Colleges](#) have begun to spring up all over the country, offering a variety of half-day courses on 'understanding' psychosis, bipolar, self-harm, eating well and such like, that service users can cherry-pick to aid them on their 'personal journey.' There are some [glowing reviews](#) of recovery colleges: "The prospectus outlines opportunities for learning and puts you in control. You choose what might help you. That is empowering. At an individual learning planning meeting you are welcomed. The graduation is a special occasion which marks group and personal achievement and success," one attendee comments. So far, so great. However despite the psychiatric propaganda, many see the notion of recovery as contentious, damaging and divisive.

### Recovery Masks the Nature of Long-term Pain

There are two different strands of critique. Some argue that however complex the competing definitions of recovery, they invariably set up a 'have or haven't recovered' dichotomy that can leave people to feel they have failed when they continue to suffer. [Iris Benson](#), a service user and carer representative, puts her critique this way "I understand I'm not recovered. I live well with my mental ill health. You can live a meaningful fulfilling life with a mental illness, I'm living proof. It's possible. You need the right help & support in place." Psychologist [Jamie Hacker](#)

[Hughes](#), who identifies as having Bipolar Affective Disorder, concurs with Iris's point: "I know that I feel better but I don't know that, actually, in the future, depending on what happens to me, I am not going to feel worse again. It's not black-or-white, it's grey, varying shades of grey... it's a continuing process." Jamie makes the crucial point that even though recovery may be defined as an ongoing journey in principle, actual outcome measures are crude and defining. "When I ran an [Improving Access to Psychological Therapies](#) (IAPT) service" he continues "I discovered the IAPT way of seeing recovery was as something that can be quantified with a very few questionnaires, ones IAPT probably chose because they were free, which operate with a cut-off score where you are either not in recovery, moving to recovery or in recovery, and are then discharged, and then your treatment is finished. Whereas we all know with psychological health, as someone who has had their own personal experiences, it's not as cut or dry as that. It just doesn't work with a one-size fits all questionnaire."

### **Recovery is used to Discharge People**

Nearly everyone I speak to agreed that recovery ideas are being misused to discharge people who, frankly, need more long-term input than a now broken NHS can afford. A senior service lead puts it this way: "Listen, recovery colleges do great work. But all of us know, the NHS is seriously underfunded and we have to discharge people who really continue to need our help. So sometimes we send people to try to give them something at least to help them manage by themselves." Patients here are fed a 'narrative of progression' to mask a problem which is deeply political. Should life continue to prove difficult, if the '[certificate of success](#)' award on graduation not hold up against the pressures of life, the onus is left in a sense of failure at an individual level. And a sense of failure isn't so great for mental health by anyone's definition.

### **Recovery has Become Cleansed and Whitewashed**

A second strand of lobbyists argues that recovery has been co-opted to cleanse it of its radical potential to challenge mental health services. Recovery is often storied as a progression from the [survivor movement](#) of the 60s and 70s which - like other [civil rights movements](#) - attempted to reverse [the gaze](#) back on powerful oppressors to show how ideas like coercion, illness, and normalcy screw people up in the first place. However, as prominent activist [Jacqui Dillon](#) puts it: "There is a danger that as recovery becomes more widely embedded in services, the concept is being colonised, so that its most radical aspects are assimilated, and it simply becomes another method of controlling and coercing people, meanwhile, insidiously maintaining the status quo under the guise of offering something innovative and empowering." Psychologist [Dave Harper](#) agrees, arguing that though the [strengths building model](#) associated with Recovery Colleges appears progressive, it is still associated with the idea something is deficient in the individual: "we need to be a bit more curious because we need to look at language and words in context in relation to their implicit other meaning. So if you ask people to define what being well means or being happy, people always talk about the notion of illness, or being sick. And if you talk about strengths, you are implicitly implying that there are weaknesses and the unsaid bit of that can be a bit tricky. So the almost manic focus on strengths has an unsaid bit about it." Dave continues "everyone wants to be positive about recovery, but... recovering from what, whose recovery and whose judging these things. And these differences come up again and again." Harper is at pains to state there is some great work being carried out under the recovery banner, but that he has ongoing concerns about '[responsibilisation](#)' or "the way people are made responsible for their problems and the solutions for that problems, and that therefore means if people find it difficult to change, it might not be said explicitly, but covertly, and implicitly people feel it's their fault."

### **Recovery has been Co-opted for Professional Interests**

Perhaps the most powerful critique of recovery, though, is offered by the [Recovery in the Bin](#) collective. They provide [eighteen principles of 'unrecovery'](#), which adds to a first demand that "no one is put under unnecessary pressure or unreasonable expectations to 'recover' by mental health services." In their view, recovery ideas have been co-opted by professional interests, replacing a 'social model of madness' which acknowledges that capitalism



and [neoliberalism](#) place people under "intolerable social and economic conditions, due to the effects of social and economic circumstances such as poor housing, poverty, stigma, racism, sexism, unreasonable work expectations, and countless other barriers." They continue that recovery has been "a gift to neoliberalism to excuse the withdrawal of the welfare state." "There are the lives lost and the lives destroyed, it's insulting to speak of recovery when so many live in fear of destitution." The collective argues that the focus on tools such as '[recovery stars](#)' in recovery colleges - which measures outcomes through how well a person can 'manage their mental health' and their 'living skills' - produces a "narrow and judgmental view of wellness and self-definition" which at best only allude to the structural problems which create madness. Rather brilliantly, they proffer an alternative '[unrecovery star](#)' which points to things like poverty, homophobia, trauma and economic equality that the evidence base shows us clearly link to the chances of experiencing, and getting over, mental distress. Whilst the 'unrecovery star' points to the need for collective action, protest and consciousness-making, the 'recovery star' - used in many recovery colleges - points to good self-management, and becoming a good citizen who eats well, sleeps well, has nice (probably heteronormative) relationships, and a job.

### **Recovery Ignores Inequalities**

This is all too obvious if we look at the prospectuses of recovery colleges. They offer a welcome focus on hope, inspiration and trajectory, but it is painfully obvious how political leanings whitewash what is and what isn't on offer. Let's take a few lines from the [Tower Hamlets prospectus](#) which - hallelujah - is one of the few that mentions ethnicity or diversity. It reads: "As Tower Hamlets is a culturally diverse and dynamic community, we have developed a session focusing on diagnoses which particularly affect people living here. The session will cover depression, bi-polar disorder and schizophrenia." This area of East London is [one of the poorest, most ethnically diverse boroughs](#) in the UK. Yet though the increased incidence of diagnoses is registered, there is no mention of the politics around this - for example the increased chances of, as a young black man, [being sectioned, dangerously overmedicated, and arrested](#), which link so clearly with history of oppression and racism. This is staggering given our knowledge that [BME communities often don't engage with psychiatric services](#) because their history, their culture, is so foreclosed. It would have been an unthinkable omission a few years ago when [institutional racism](#) was higher up the mental health policy agenda. Similarly, we find a twelve-hour course on '[How to find a Flat and Maintain a Tenancy](#)' and a one-day workshop on '[How to Manage the Transition from Secondary to Primary Care](#)' as if this is something the individual should now achieve or fail at, masking the dramatic cutback in mental health funding, which is leaving many to be discharged too early, suddenly support-less, often after decades of care. Whilst recovery colleges open up hope, optimism, and skills to many, in being co-produced by professionals there is an obvious bias towards less psychiatry-challenging aspects of the (massive, heterogenous) service user community. This no doubt suits the State, and regimes of [governmentality](#) whereby the individual takes in ideas that they should self-improve - leaving the government scot-free.

### **Recovery has become about Normalisation**

If we really want progressive services, we must recognise that working alongside professionals is going to subtly shape what is on offer, appeal to some, and put off others. Co-production isn't enough. We must fund survivor-led recovery colleges that can offer a variety of courses to include those which reject professional's involvement entirely rather than serve a subset of the community. Of course, some would offer many of the courses offered by existing recovery colleges, and might bring in professionals. Telling those who feel they would benefit from 'managing symptoms courses' that they are alienated from the true social nature of their distress can end up recreating the '[false consciousness](#)' accusatory culture of the 70s. However, if funding were also to go to those who reject the core tenets of psychiatry, recovery colleges might be very different. Organisers are likely, for a start, to reject the notion of 'colleges' and 'courses' in the first place, laden as they are with business mentality. There are alternative education and artistic models to draw from, such as the techniques for individual, social and political change offered by the [Theatre of the Oppressed](#). But, more, the creative, challenging, unique methods of

personal-political change so present already in parts of the survivor movement - but so squeezed, financially and discursively - as notions of recovery come ever-increasingly under the neoliberal hammer.

When hope and inspiration are packaged as unique properties of the Recovery Movement, it's tempting to go along with some quite problematic ideas, just as it is tempting to nod along - well, for me at least - to get a chance to have that one cigarette. But language gets inside us, and these transactions of compromise - so common to life as a patient - squash the chance for real, liberatory ideas of mental breakdown and breakthrough. Ideas which see both problems and solutions lying squarely in the communities that we live in, rather than in an isolated, laminated certificate left somewhere on the floor.



[Jay Watts, DCLinPsy](#)

*Reclaiming the Unconscious* - Jay writes about how conventional psychiatry treatment can work against and damage the psyche's attempts to recover from trauma. She focuses on developing an irreverent approach to psychoanalysis which listens for the unsayable, and takes power inequalities seriously.



[http://www.huffingtonpost.fr/serge-tisseron/psychologie-facebook\\_b\\_2716056.html](http://www.huffingtonpost.fr/serge-tisseron/psychologie-facebook_b_2716056.html)

**Serge Tisseron** | Psychiatre, membre de l'Académie des technologies, docteur en psychologie HDR, Univ. Paris VII Denis Diderot Site : <http://www.sergetisseron.com>

## Facebook va-t-il remplacer Freud ?

FACEBOOK - Une récente étude <sup>(\*)</sup> indique que l'analyse du profil d'un usager de Facebook pourrait permettre de faire le point sur sa santé mentale, et même de déduire certains symptômes de sa pathologie de manière aussi efficace qu'une série d'entretiens prolongés avec lui.

Le docteur Élisabeth Martin, initiatrice de cette recherche, en conclut: « Les thérapeutes pourraient utiliser les réseaux sociaux pour compléter le tableau clinique d'un patient ».

Gageons d'abord qu'à lire cette publication, certains vont se sentir des ailes et s'engager dans l'étude du profil de leur ami(e), de leur patron ou de leur voisin, à la recherche de son "moi caché". Mais ne croyons pas que ce soit si

facile. Car chacun va évidemment être tenté de lire les profils des autres à la lumière de sa propre névrose: sa lecture risque bien de ne rien lui apprendre, excepté sur lui-même!

**LIRE AUSSI:** [Pourquoi votre profil Facebook en dit autant sur vous qu'une visite chez le psy?](#)

### **Les réseaux contre les psys?**

Curieusement, la question la plus intéressante que soulève cette étude n'est même pas évoquée par ses initiateurs, sans doute trop pressés de lui trouver des usages médicaux "utiles". Et si les usagers des réseaux sociaux sur Internet s'y racontaient justement à ce point pour ne plus avoir besoin d'aller consulter un psy? Autrement dit, et si l'usage de Facebook était appelé à remplacer, à terme, le recours au psychiatre?

Nous pourrions bien être aujourd'hui par rapport au développement des réseaux sociaux exactement dans une situation semblable à celle qu'évoquait [Monseigneur Di Falco](#) dans les années 1970 au sujet de l'envahissement des foyers par la télévision. De la même manière que le prélat pointait la télévision comme le principal responsable de la désaffection des églises, les réseaux sociaux pourraient bien être aujourd'hui les principaux responsables de la désaffection qui frappe les cabinets de psys.

Ce ne serait d'ailleurs pas la première fois dans l'histoire que s'opérerait un changement de cette nature. N'oublions pas que le psy n'a fait bien souvent que prendre le rôle que jouait avant lui le prêtre, au point de vider les confessionnaux! Après tout, pourquoi Facebook ne prendrait-il pas maintenant la place que joue le psy?

Mais cette apparente continuité ne doit pas nous cacher les bouleversements profonds qu'elle recouvre.

### **Du prêtre au psy, puis à Facebook**

Celui qui va voir un prêtre le fait pour se mettre en paix avec Dieu, et cela l'oblige à raconter ses péchés pour se les faire pardonner. Celui qui va voir un psy cherche au contraire à se réconcilier avec ses désirs. C'est pourquoi il s'agit moins pour lui de confier ses "péchés" que de tenter de se libérer de ce qui pourrait justement l'empêcher d'en commettre!

Enfin, avec Facebook, il ne s'agit plus de se mettre en paix avec Dieu, ni avec soi, mais avec une communauté virtuelle idéalisée. Et la règle du jeu pour y parvenir a changée.

Avant Internet, à l'époque où les communautés faisaient se rencontrer des personnes réelles, il valait toujours mieux éviter de confier trop d'informations sur soi car l'une ou l'autre risquait de mobiliser des réticences à notre égard de la part de certains membres du groupe dans lequel nous voulions justement nous intégrer. Celui qui s'était fait accepté dans un club de joueurs de pétanques aurait eu bien tort d'y évoquer son homosexualité ou ses pratiques échangistes!

L'adhésion à un groupe et la confiance des aspects les plus personnels de soi entraînent donc en concurrence. Mais avec Internet, les deux se sont mis au service l'un de l'autre: c'est justement la confiance des éléments les plus personnels de soi qui permet de rencontrer ceux avec lesquels nous sommes susceptibles de former la communauté la plus forte et la plus authentique.

Telle est la différence majeure qui oppose la construction des liens avant Internet et depuis.

### **Se sentir intégré plus que compris**

C'est pourquoi mettre en garde contre le danger de déposer trop d'informations personnelles sur Internet n'empêchera jamais certains de le faire, parce qu'ils peuvent estimer que les bénéfices escomptés l'emportent largement sur les dangers possibles.

Ils n'y rencontreront certainement pas un interlocuteur aussi attentionné que pourrait l'être un psy, mais ils y trouveront une communauté par laquelle ils se sentiront valorisés, et avec laquelle ils pourront échanger autour des événements particulièrement difficiles de leur propre vie.

Et à une époque où la majorité des demandes de consultation sont en lien avec un défaut d'estime de soi et/ou une difficulté à surmonter des traumatismes, ceci peut bien valoir cela.

---

(\*) Elizabeth Martin, [Facebook activity reveals clues to mental illness](https://www.facebook.com/actualite.housseniawriting.com/science/2016/05/20/la-vie-en-ville-un-risque-pour-la-sante-mentale/15673/?utm_content=bufferd41e5&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer), University of Missouri, Medical Health News Today, 28 Jan 2013

---

**Science** [https://actualite.housseniawriting.com/science/2016/05/20/la-vie-en-ville-un-risque-pour-la-sante-mentale/15673/?utm\\_content=bufferd41e5&utm\\_medium=social&utm\\_source=facebook.com&utm\\_campaign=buffer](https://actualite.housseniawriting.com/science/2016/05/20/la-vie-en-ville-un-risque-pour-la-sante-mentale/15673/?utm_content=bufferd41e5&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer)

## La vie en ville, un risque pour la santé mentale ?

Publié par : [Jacqueline Charpentier](#) | 20 mai 2016

### De récentes études montrent des liens entre le mode de vie urbain et la psychose.

La vie dans les grandes villes peut être éprouvante. Les habitants des villes font face à des taux élevés de crime, de pollution, d'isolement social et d'autres facteurs stressants par rapport aux habitants dans les zones rurales. Depuis des années, des études ont systématiquement associé le risque de la schizophrénie dans les environnements urbains, mais les chercheurs commencent seulement à comprendre pourquoi ce lien existe. Et on doit comprendre ce lien, car la proportion des gens vivant dans les grandes villes va passer de 54 % en 2014 à 66 % en 2050.



Dès les années 1930, les [chercheurs ont suggéré le lien](#) entre le mode de vie urbain et la schizophrénie. Par la suite, de nombreuses études épidémiologiques ont rapporté des associations entre les deux, notamment en Europe avec la [Suède](#) et le [Danemark](#). D'autres preuves ont montré que le fait de grandir dans une ville [double le risque de développer des psychoses](#) plus tard.

Les études commencent aussi à démontrer que les environnements urbains peuvent augmenter le risque [d'autres troubles mentaux](#) tels que la dépression ou l'anxiété.

Un certain nombre de facteurs, incluant les éléments de l'environnement social tels que l'inégalité et l'isolement, ainsi que les sources de stress physique tels que la pollution et le bruit, pourraient expliquer pourquoi les gens se font littéralement dévorer par les grandes villes. De même, les personnes, prédisposées aux troubles mentaux, tendent à déménager vers les environnements urbains. 2 études publiées ce mois nous éclairent sur cet effet et suggèrent que les 2 scénarios sont possibles.

### Grandir dans la jungle urbaine

Bien que la majorité des enquêtes se concentrent sur les adultes, les études suggèrent que c'est l'exposition aux environnements urbains pendant l'enfance ou lorsqu'on grandit dans une grande ville qui importe le plus. Pour étudier cette étape critique de la vie, un groupe de chercheurs mené par *Helen Fisher*, une psychologue du *King's*

College London et Candice Odgers, une psychologue de l'université de Duke ont mené une [étude longitudinale](#) impliquant 2 232 jumeaux vivant au Royaume-Uni.

Les chercheurs ont utilisé des études de voisinage pour déterminer si des jumeaux âgés de 5 et 12 ans vivaient dans les environnements urbains ou ruraux. Pendant l'étude, la moitié des enfants vivaient dans les villes pour les 2 tranches d'âge. Pour améliorer les caractéristiques de ces voisinages, les chercheurs ont utilisé des données géodémographiques, interrogé les mères et ils ont étudié les voisins. Finalement, ils ont mesuré les symptômes psychotiques en menant des interviews approfondies avec les enfants de 12 ans pour déterminer s'ils avaient eu des hallucinations ou des délires.

Leur analyse a révélé que le fait de grandir dans une ville double les symptômes psychotiques à l'âge de 12 ans et que l'exposition au crime combiné avec une faible cohésion sociale (*manque de proximité et aucune aide de la part des voisins*) était les plus gros facteurs à risque. Même si les enfants, qui ont des symptômes psychotiques, ne vont pas développer la schizophrénie en étant adultes, un suivi de ces enfants a montré qu'ils pourraient développer d'autres troubles mentaux. On peut citer la dépression, le stress post-traumatique et l'abus de substances stupéfiantes.

*Cette étude ajoute des preuves expérimentales à nos propres théories qui stipulent que la vie dans les villes provoque quelque chose de précis dans les circuits cérébraux qui handicape votre capacité à gérer votre stress social selon Andreas Meyer-Lindenberg, directeur du Central Institute for Mental Health en Allemagne. Le groupe de Meyer-Lindenberg avait découvert que les gens qui vivent ou grandissent dans les villes [montraient une activation intense de l'amygdale et du Gyrus cingulaire](#) (des zones du cerveau qui traitent et régulent l'émotion) par rapport à ceux qui vivent dans les campagnes. Et plus récemment, ils ont aussi découvert que la migration, un risque de facteur très élevé de la schizophrénie, pouvait mener à des [altérations similaires dans le cerveau](#).*

### **Qui vit dans les grandes villes ?**

Les études épidémiologiques fournissent des preuves solides que le fait de grandir dans les grandes villes peut provoquer une mauvaise santé mentale. Mais la schizophrénie est un trouble très héréditaire signifiant que les facteurs génétiques sont aussi responsables. *L'effondrement social* est un autre processus qui pourrait expliquer la prévalence de la schizophrénie chez les habitants des grandes villes. Quand une personne s'appauvrit, alors elle va vivre dans des zones d'habitation enclavées et sans aucun support et cela la mène vers la spirale des troubles mentaux.

Dans une étude récente, publiée ce mois dans [Translation Psychiatry](#), un groupe mené par des chercheurs d'Oxford ont mesuré les facteurs génétiques et les influences environnementales dans 3 cohortes différentes de personnes suédoises : 2 386 008 frères et sœurs et 1 355 paires de jumeaux et des données de génétique moléculaire provenant d'échantillons sanguins dans un autre groupe de jumeaux. Leurs analyses ont révélé que le lien entre la schizophrénie et le fait de vivre dans une zone pauvre d'une ville était influencé par les facteurs génétiques. Ainsi, la première étude nous dit que c'est la vie dans les grandes villes qui provoquent des troubles mentaux. Et la seconde étude nous dit que ce sont des facteurs génétiques qui poussent les gens à habiter dans les zones pauvres ce qui provoque l'apparition des troubles.

Les auteurs de la seconde étude estiment que les facteurs génétiques sont plus importants que le fait de vivre dans une grande ville. *Le principal problème est la sélection, c'est à dire qui vit dans les zones pauvres et pour quelle raison* selon Amir Sariaslan, un chercheur post doc en psychiatrie à l'université d'Oxford.

De nombreux chercheurs s'accordent sur le fait qu'on doit encore prouver le lien entre la schizophrénie et le mode de vie urbain. Mais certains ne partagent pas les conclusions de Sariaslan sur la prédominance des facteurs génétiques. *L'étude de Sariaslan ne compare pas avec la preuve très forte qu'il y a un effet environnemental au fait*

*d'être né dans une grande ville* selon Meyer-Lindenberg. De plus, cette étude se concentre sur la résidence pour les adultes, alors que les troubles mentaux naissent pendant l'enfance et l'adolescence. *L'environnement urbain autour de la naissance est crucial.*

Mais on peut aussi dire que les facteurs héréditaires et environnementaux contribuent tous les deux à l'augmentation des troubles mentaux. *Privilégier le rôle des gènes sur l'environnement ou vice-versa est une approche scientifique réductrice et elle ignore que les 2 sont pertinents en psychiatrie* selon James Kirkbride, un psychiatre épidémiologiste à l'University College London. Personne ne veut négliger les facteurs génétiques, mais on ne peut rien faire contre eux. *Vous ne pouvez pas changer les facteurs génétiques d'une personne, mais vous pouvez améliorer les facteurs environnementaux en améliorant les zones délaissées dans les grandes villes.* Selon Kirkbride, toutes ces études confirment que si on veut réduire l'impact négatif du mode de vie urbain, alors on doit se concentrer sur les zones pauvres. Si on ne le fait pas, alors les troubles mentaux vont exploser parmi les personnes vivant dans ces zones et ces troubles vont se perpétuer au fil des générations.



THE PUBLIC FORUM FOR THE PUBLIC GOOD

<http://policyoptions.irpp.org/2016/05/05/les-investissements-publics-en-medecine-personnalisee-pour-les-enfants-sont-de-la-poudre-aux-yeux/>

## Les investissements publics en médecine personnalisée pour les enfants sont de la poudre aux yeux

Nicole Letourneau [Suzanne Tough](#) | May 5, 2016

La génomique va sauver le monde : voilà le message dont à peu près tous les médias se font l'écho et parfois même la littérature scientifique. Ici, des articles de presse annoncent une « percée » en recherche sur les biomarqueurs génétiques de l'autisme ; là, des titres de magazines claironnent qu'on a trouvé le gène du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Et voici que dans la file d'attente à l'épicerie, vous lisez qu'on a enfin isolé le gène responsable de la dépression !

Face à des troubles aussi préoccupants, on ne peut que comprendre l'enthousiasme des parents et des responsables de la santé à l'égard du potentiel que recèlent les explications d'ordre génétique. Dans les mêmes articles vantant ces découvertes, on affirme calmement qu'une fois repérés les biomarqueurs en cause, les thérapies géniques résoudront tous nos problèmes. La médecine personnalisée à laquelle elles conduiront fera de nous tous des vainqueurs.

Malheureusement, la réalité est beaucoup plus complexe. Même s'il est essentiel de connaître l'influence des gènes sur la croissance et le comportement, les données actuelles indiquent que ceux-ci n'ont pas une incidence aussi forte que l'on pensait en ce concerne certains troubles du développement.

Nous sommes encore bien loin du jour où l'on établira une fois pour toutes les biomarqueurs déterminants. Ainsi, il est peu probable que les thérapies géniques personnalisées se concrétisent avant plusieurs générations. Malgré tout le tapage, nos espoirs risquent d'être déçus.

Le cas de l'autisme en offre un bel exemple. S'il est exact de dire que, chez les jumeaux monozygotes, les risques d'être autiste augmentent si l'un des jumeaux l'est déjà (quoique ce ne soit pas une certitude) – et qu'il y a donc un rapport avec la génétique –, les généticiens n'ont pas réussi à repérer le grand gène responsable de l'autisme.



Ils ont plutôt trouvé tout un ensemble de gènes dont chacun exerce sa modeste action dans un jeu polygénique complexe.

Pour dire vrai, même lorsque des gènes particuliers sont en cause, il est peu probable que cette connaissance aboutisse à des thérapies géniques personnalisées agissant sur plusieurs gènes à la fois. Alors, pourquoi tout l'intérêt porté à la génétique pose-t-il problème ?

La raison, c'est que l'importance accordée aux biomarqueurs et au potentiel des thérapies géniques a détourné notre attention des services et des ressources qui fonctionnent déjà – ou semblent prometteurs – pour un grand nombre d'enfants, et de la possibilité de les étendre.

Quantité d'études montrent que les sociothérapies comme l'orthophonie, la thérapie comportementale et l'ergothérapie produisent des bienfaits chez les enfants autistes. Depuis des décennies, nous accumulons des données qui confirment que les interventions destinées à enrichir l'environnement pédagogique de l'enfant, soutenues par les parents, peuvent favoriser de façon spectaculaire son développement.

Dans le cas du TDAH, il existe des preuves de plus en plus nombreuses et probantes qui attestent de l'efficacité des interventions psychologiques et sociales menées avec le soutien des familles.

Nous ne cherchons pas à insinuer ici qu'il n'y a pas de dimension génétique aux difficultés qui se posent, sur le plan du développement, pour les enfants souffrant d'autisme ou de TDAH. Toutefois, l'idée d'attendre avant d'agir, avant d'avoir compris les fondements génétiques de ces troubles – ou de canaliser des fonds essentiels vers la recherche sur le sujet – nous détourne de la nécessité d'investir dans des interventions de proximité communes, susceptibles d'aider dès aujourd'hui ces enfants et leurs familles.

Prenons un autre exemple : la dépression. On sait que les porteurs de certains gènes (les allèles courts du gène du transport de la sérotonine) seront plus susceptibles de souffrir de dépression à l'adolescence et à l'âge adulte s'ils sont élevés dans des conditions difficiles et subissent notamment de la négligence ou des mauvais traitements pendant l'enfance.

*Les conditions sociales ont une influence notable sur ces variants génétiques particuliers.*

Par ailleurs, on sait aussi que les porteurs des mêmes génotypes qui grandissent dans un milieu optimal s'épanouissent parfaitement à l'adolescence et à l'âge adulte. Ce constat met en lumière l'influence notable des conditions sociales sur ces variants génétiques particuliers. À première vue, le génotype semble déterminant, mais il ne l'est que si les conditions de départ sont défavorables.

Au lieu de tester des enfants dans le but de connaître leur génotype et de repérer ceux qui courent le risque de souffrir de dépression déclenchée par les facteurs susmentionnés, nous pourrions faire bénéficier tous les enfants des ressources, en veillant notamment à ce que les jeunes familles et les collectivités disposent des moyens nécessaires pour que leurs enfants connaissent un meilleur départ dans la vie.

Toutes les recherches à cet égard sont concluantes : les mesures de soutien à la famille et à la collectivité, comme l'intervention précoce, le soutien du revenu, les groupes prénatals et de parentage, les visites périnatales à domicile et les services pédagogiques de grande qualité offrent une protection contre des troubles comportementaux et affectifs parfois graves, quel que soit le génotype de l'enfant ou de l'adolescent.

Certes, les découvertes en génétique sont intéressantes dans le cas de troubles comme l'autisme, le TDAH et la dépression, pour lesquels – faut-il le rappeler –, il existe déjà des interventions de nature sociale qui ont fait leurs

preuves depuis longtemps. Ces avancées méritent d'être approfondies, mais dans l'immédiat, elles n'aident en rien les principaux intéressés.

Réserveons le battage médiatique aux solutions utiles pour les familles. Investissons dans des thérapies et des interventions sociales éprouvées afin que les familles reçoivent l'aide dont elles ont besoin aujourd'hui.

Les enfants aux prises avec des difficultés de développement n'ont pas le loisir d'attendre l'avènement d'une thérapie génique personnalisée et spectaculaire. Ils ont besoin de services éducatifs à la petite enfance, de soutien en classe, de thérapie individuelle, de soutien parental et d'aide financière pour contrer la pauvreté. En d'autres mots, de véritables mesures à caractère social qu'il n'est plus besoin de découvrir, puisque nous disposons de toutes les preuves nécessaires pour démontrer qu'elles donnent bel et bien des résultats.

---

**LE HUFFINGTON POST**  
EN ASSOCIATION AVEC LE GROUPE *Le Monde*

[http://www.huffingtonpost.fr/samuel-dock/la-souffrance-psychoque-nest-pas-une-fatalite\\_b\\_9756056.html](http://www.huffingtonpost.fr/samuel-dock/la-souffrance-psychoque-nest-pas-une-fatalite_b_9756056.html)

**Samuel Dock** Psychologue clinicien et écrivain | Publication: 25/04/2016

## La souffrance psychique n'est pas une fatalité

Un jour, cette "chose" est apparue sans que vous y preniez garde. Peut-être avez-vous oublié comment "tout" a commencé, comment le champ de votre existence s'est terriblement réduit. Au départ, vous avez éventuellement souri devant son irrationalité. Vous êtes probablement parvenu à directement chasser de votre esprit cet hôte un peu étrange dont l'absurdité vous convainquait de ne pas vous inquiéter plus. Vos pensées ont repris un cours qui vous était plus familier. Vous avez travaillé, aimé, voyagé, vécu à nouveau.

Finalement, vous n'y pensiez même plus et puis... c'est revenu. Seulement, cette fois-ci, l'hôte ressemblait plus à un invité gênant plus difficile à déloger de l'espace mental où il avait trouvé une place confortable. Sa sournoiserie abolissait la tonalité rassurante de son incongruité. Vous avez tenté de le comprendre pour le déjouer, puisque c'est ainsi que l'on procède pour tous les maux qui affectent l'homme: Vous avez cherché et cherché encore, mais rien à faire, vous n'êtes pas parvenu à vous souvenir. "Ça" s'en est tout de même allé, ou s'est atténué. Et à nouveau, vous avez vécu, travaillé, aimé. Jusqu'à son nouveau surgissement.

Une place unique ne lui suffisait plus. Cette chose s'étirait plus dense, plus forte, plus insidieuse, plus coûteuse, en temps comme en énergie investis pour essayer de l'oublier. Vous savez maintenant que vous ne parviendrez plus à la nier. Surtout qu'elle a fini par avoir des conséquences. Sur votre manière de travailler, d'aimer, de vivre, sur votre identité. Vous ne dormez plus, pas sans l'aide d'un médicament. Vous ne mangez plus, l'hôte s'est emparé de la faim, du goût, du plaisir. Vous devez éviter certains lieux pour des raisons incompréhensibles.

Vous n'avez plus envie de rien, ce chagrin nimbé d'épuisement ne vous quitte plus. Vous êtes épuisé par tous les rituels qu'exigent cette chose, en y cédant vous pensiez l'atténuer mais cette abdication n'a fait que la renforcer, multiplier ses demandes. Vous n'en pouvez plus, de ressentir ce que vous ressentez, de devenir tout ce que vous n'êtes pas, de survivre plus que de vivre, de ne plus exister qu'à moitié. Vous avez bien essayé diverses techniques, vous avez médité, fait du sport, vu vos amis, en vain. L'espoir s'amenuise tandis que votre douleur grandit. Les nuages qui se sont peu à peu amoncelés laissent à penser que le ciel ne retrouvera plus jamais de son bleu. Et

personne ne remarque que vous souffrez. Il vous arrive de songer au pire, juste pour retrouver enfin la paix, dormir longtemps à défaut d'oublier. J'espère alors de tout cœur qu'une petite voix au fond de vous, ténue et fragile, pourtant plus forte que la stridence qui vous assourdit, vous suggère de vous tourner vers la seule personne en mesure d'écouter et de comprendre ce qu'*a priori* personne ne peut ni écouter ni comprendre: [vers un professionnel](#).

Mais qui choisir parmi la pléthore de psychothérapeutes, psychiatres, psychologues, psychanalystes? Comment différencier tous ces "*psys-quelque-chose*"? Quelle approche sera la plus adaptée pour vaincre cet indéfinissable mal qui ronge votre identité et corrompt vos pensées? Est-il seulement possible d'aller mieux? De se remettre de cette affection intangible qui n'a besoin ni de cellules malades, ni de virus, de muscle froissé ou d'os cassés pour vous faire souffrir? Alors qu'enfin vous vous sentiez prêt à franchir le cap et à demander de l'aide, vous auriez envie de rebrousser chemin, de tout abandonner, de vous abandonner vous-même, aux symptômes les plus vertigineux. Et si vous tenez bon et trouvez le psychothérapeute susceptible de vous convenir, d'autres interrogations surgissent rapidement et vous font douter de toute la confiance que vous aviez placée en ce parfait inconnu pour qu'il puisse vous sauver: il prend trop de vacances, il est trop silencieux ou il parle sans arrêt, même malade, il vous oblige à venir à son cabinet. Autant d'ambiguïtés susceptibles de fragiliser un processus qui s'était pourtant bien engagé.

Difficile de parler de la pathologie mentale et de son traitement, qu'il s'agisse de soi ou d'un proche que l'on sent aller mal. Même aujourd'hui, alors que les discours "psys" résonnent dans à peu près tous les domaines de la vie sociale, culturelle et bien sûr intime. Affairée à des thèmes comme la sexualité et la moralité, la douleur psychique semble un tabou insurpassable pour un grand nombre de personnes en souffrance. S'adressant prioritairement aux patients et dans des termes simples, sans théorisations ésotériques, l'exercice est suffisamment rare pour être félicité, le livre *Si votre psychothérapie n'avance pas*, par le Dr Alain Gérard, pourrait pourtant contribuer à infléchir cette tendance et fournir à un lecteur encore inquiet de franchir la porte du cabinet d'un psychothérapeute, des points de repères, des réponses, des conseils. Unique en son genre. Providentiel.

La première partie de l'ouvrage présente les grands courants psychothérapeutiques. Certainement pas pour militer pour l'un ou l'autre mais pour décrire avec suffisamment de précision chacun d'entre eux, leurs objectifs et leurs procédures de soin, avantages et inconvénients, afin que le lecteur puisse déterminer par lui-même l'approche qui lui convient le mieux, ou au moins celle qu'il jugera la plus adaptée à ses attentes et à ses possibilités psychologiques, matérielles, temporelles. Car est-ce une suppression rapide du symptôme que vous visez? Ou l'analyse progressive d'un mal-être ancien qui s'est installé dans la durée?

Fondées sur les propos réels de patients, plus de cinquante brèves de thérapie illustrent dans la seconde partie les difficultés survenant parfois durant la psychothérapie: "*je ne peux payer le tarif qu'il exige*", "*il me donne à faire des exercices idiots*", "*il veut que je parle de mon père*". A chaque fois, les auteurs proposent plusieurs solutions pertinentes, pragmatiques et accessibles. Ils ne font preuve d'aucun prosélytisme, ni pour telle orientation théorique ou telle autre, ni même pour le "psy" en général. S'adressant aux soignants, ils n'hésitent pas leur suggérer de travailler également de leur côté, encourageant les approches intégratives, condamnant les guerres claniques sinon idéologiques de quelques-uns d'entre eux, fustigeant sans ménagement ni compromis les procédés douteux de certains autres, la toute-puissance de cliniciens trop peu soucieux de se remettre en question.

Trop de personnes sont aujourd'hui plongées dans des détresses psychiques qu'ils croient inéluctables, même si "*Ce qui fait souffrir est moins leur existence que l'énergie mise à les nier et à les refouler du conscient*". Trop de patients sont enfermés, égarés, dans des relations psychothérapeutiques qui sont devenues plus anxiogènes que le trouble qu'elles prétendaient supprimer ou soulager, quand de simples ajustements permettraient de faire retrouver à la thérapie sa dynamique étayante. Alain Gérard rappelle que les études démontrent que le succès

d'une psychothérapie repose à 30% sur la qualité de l'alliance thérapeutique en place et à 40% sur l'implication du patient.

Le souverain de votre vie psychique n'est pas un père maltraitant, une mère perverse ou une sœur manipulatrice, pas le traumatisme que vous avez vécu un jour puis oublié, pas votre employeur ou un voisin persécuteur, ce n'est pas même cette chose tout compte fait, pas l'innommable, pas l'indicible. Le maître de votre destinée mentale, c'est vous. Il est possible de guérir, même des tourments les plus farouches, les plus déroutants. Ce livre, appelé à devenir une référence, offre la première marche vers un mieux-être. Un ciel un peu plus bleu. Un premier pas vers vous-même.

---

*Pour aller plus loin: Si votre psychothérapie n'avance pas Par le Dr Alain Gérard et le Dr Brigitte Rémy, Albin Michel, 2015*

---

# LE DEVOIR

LIBRE DE PENSER

<http://www.ledevoir.com/opinion/blogues/les-mutations-tranquilles/404953/non-l-egoportrait-n-est-pas-une-maladie-mentale>

## Non, l'égoportrait n'est pas une maladie mentale

8 avril 2014 | [Fabien Deglise](#) | [Les mutations tranquilles](#)



vérifiées.

Non. Non. Et non! L'Association américaine de psychiatrie (APA) n'a pas fait entrer l'égoportrait dans sa liste des maladies mentales, comme viennent pourtant de le faire circuler plusieurs sites d'informations, tout comme d'ailleurs des milliers d'abonnés des réseaux sociaux, parmi lesquels quelques personnalités publiques. Mais cette même association pourrait, dans les circonstances, y faire entrer désormais un autre mal très contemporain: la «partagite aigüe» ou chronique en ligne de canulars et informations non

Cette mise en relief d'un autre paradoxe de la modernité, c'est [The Adobo Chronicles](#) qui en est le principal responsable. Le 31 mars dernier, ce site, spécialiste de la manchette un peu trop belle pour être vraie, a publié une dépêche provenant de Chicago et indiquant que l'APA, à l'occasion de «sa rencontre annuelle», venait de reconnaître officiellement l'art de l'égoportrait comme un trouble du comportement. Appelé selfie par les Anglois, il s'agit de ces photos de soi, seul ou en groupe, prises à bout de bras avec un téléphone dit intelligent, pour être ensuite exposées à nos amis numériques.

La maladie, baptisée «selfitis», selon le site, a trois stades de développement: la selfitis limite (borderline) touche les internautes qui prennent au moins trois égoportraits d'eux chaque jour, mais ne les partagent pas, la selfitis aigüe vise ceux qui font circuler ces trois clichés en ligne et la selfitis chronique se résume à un rapport incontrôlable à la chose. La dépêche précise qu'aucun traitement médical n'existe encore contre ce trouble mental, mais que des thérapies comportementales peuvent en venir à bout, tout en rappelant que ces thérapies sont remboursées dans le cadre de l'Obamacare, l'assurance médicale américaine.

À une époque où l'égoportrait [fait souvent la manchette](#), en plus de se répandre dans le quotidien d'humains trop heureux de goûter eux aussi au culte de la personnalité en format numérique, la nouvelle avait tous les ingrédients qu'il faut pour se répandre dans les nouveaux espaces de socialisation. Le site [Yahoo News](#) en a fait ses choux gras, tout comme des milliers de blogueurs et sites spécialisés en technologie à travers le monde, en anglais, français et espagnol.

Sur Twitter, l'information a été relayée sans scepticisme par des milliers d'abonnés à ce réseau, y compris au Québec où plusieurs personnalités influentes ont donné des ailes à cette nouvelle qualifiant de maladie moderne un comportement social très contemporain. L'égoportrait est une autre façon de dire que l'on existe dans des univers où cette urgence d'exister est devenue une maladie, au sens figuré s'entend.

Au début de la semaine, l'APA a tenu à mettre [les pendules à l'heure](#) en soulignant que jamais, ô grand jamais, elle n'avait fait une telle déclaration à propos des égoportraits. L'association a par ailleurs précisé que les lecteurs perspicaces auraient pu facilement s'en douter, puisque, contrairement à ce que soulignait la dépêche, l'Association ne tient pas une rencontre annuelle pour discuter des nouvelles maladies, mais le fait lors de cinq réunions par an.

Pis, elle a également attiré les regards sur la véritable nature du site à l'origine de la nouvelle qui, tout en se présentant comme une source «d'informations incroyables», précise que tout ce que l'on retrouve sur le site sont des faits, «sauf lorsqu'il s'agit de mensonges». «Quand nous écrivons, peut-on lire sur *Adobo Chronicles*, nous épiçons ça avec le fruit de notre imagination».

D'ailleurs, en y pensant bien, la selfitis ne serait rien de plus qu'une autre façon de nommer le narcissisme, cette fixation affective de soi-même, et ces multiples degrés. Mais la science et la rigueur scientifique, dans les nouveaux cadres de la socialisation numérique et médiatique, ne font pas toujours le poids face à l'urgence de commenter, de partager et de se montrer, de manière souvent malade et profitable aux canulars.



[http://www.taptapmag.com/Les-selfies-une-addiction-qui-cacherait-une-maladie-mentale\\_a1077.html](http://www.taptapmag.com/Les-selfies-une-addiction-qui-cacherait-une-maladie-mentale_a1077.html)

## Les selfies : une addiction qui cacherait une maladie mentale

Rédigé le 09/11/2015



Depuis quelques années, la mode du selfie ne cesse de prendre de l'ampleur, au point d'être devenue un véritable phénomène de société. En 2013, plus de 50 millions de photos avec le hashtag #selfie ont été postées sur Instagram ! Cette tendance a été décryptée par des experts qui affirment que ce culte de l'autoportrait serait lié à une forme de maladie mentale. Le selfie frise-t-il le délire ? Décryptage.

### **Le selfie ou le culte de l'égo poussé à l'extrême**

La tendance du selfie est sans aucun doute l'un des phénomènes de société les plus intéressants à observer de la décennie ! Cette génération hyper connectée cultive le culte de la personnalité à l'extrême sur les réseaux sociaux et en ce sens, le selfie incarne cet égo totalement décomplexé qui atteint des proportions démesurées... En effet, toutes les situations de la vie courante deviennent prétextes à selfies à partager ensuite sur Facebook, Twitter ou Instagram : au saut du lit, dans l'ascenseur, devant un arrêt de bus, face au miroir et même après l'[amour](#) ...

Une forme de narcissisme doublée d'un exhibitionnisme parfois malsain, qui frise le ridicule ! Parfois, il atteint des proportions délirantes et extrêmement dangereuses comme se prendre en photo sur un train en marche, au sommet d'une grue, etc.

Certains experts relient l'excès de selfies à certains problèmes de santé... mentale ! En effet, David Veal, psychiatre britannique réputé, affirme que 75% de ses patients souffrant de troubles de dysmorphie corporelle (préoccupation excessive liée à un défaut de l'apparence physique) ont l'habitude de prendre plusieurs selfies dans la journée avant de les poster ensuite sur les réseaux sociaux.

### **Une thérapie cognitivo-comportementale pour traiter l'addiction aux selfies !**

Pour soigner cette « maladie » addictive, les patients du Docteur David Veal ont suivi une thérapie cognitivo-comportementale. Certains ont d'ailleurs témoigné sur leur comportement compulsif, et comment prendre du recul par rapport à la prise obsessionnelle d'autoportraits.

Cependant, beaucoup de spécialistes s'interrogent sur le sujet. La prise de selfies est-elle une cause ou un symptôme de maladie mentale (dépression, tendances suicidaires, etc.) ?

En effet, de nombreux psychiatres conseillent aux parents de surveiller le comportement de leurs adolescents sur les réseaux sociaux pour éviter certaines dérives.

### **Danny Bowman : premier cas recensé de toxicomanie selfie**

L'exemple de Danny Bowman, un britannique de 19 ans, illustre bien les dérapages du selfie. En effet, celui-ci a tenté de mettre fin à ses jours parce qu'il avait raté son selfie ! Son objectif était d'atteindre le selfie idéal, et pour y parvenir, il a passé 10 heures par jour pendant plusieurs semaines à prendre 200 clichés quotidiens de lui.

Pendant cette période de « folie » mentale, Danny Bowman a perdu 24 kilos et a raté ses cours pour rester chez lui afin de prendre inlassablement des photos de lui-même du matin au soir. Résultat : il n'est pas arrivé à prendre le selfie qu'il voulait et cet échec l'a poussé à vouloir se suicider (sa mère l'a sauvé in extremis). Après cette expérience, le jeune homme a témoigné sur cette dépendance.

Il a expliqué que cette quête du selfie idéal l'avait plongé dans une telle détresse mentale qu'elle lui avait ôté le goût de la vie. Danny Bowman est le premier toxicomaneselfie enregistré qui a suivi la thérapie destinée à soigner le trouble de dysmorphie corporelle et TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs). Il a été admis à l'Hôpital Maudsley de Londres, où il a appris à vivre sans smartphone.

Son téléphone a été « réintégré » dans son quotidien de manière progressive : une durée de 10 minutes au début, qui a évolué jusqu'à une heure à la fin de sa thérapie. Le jeune homme a expliqué que se débarrasser de son smartphone a été une véritable souffrance mais qu'à force de volonté, il est parvenu à surmonter cette dépendance.

Selon les autorités de [santé](#) publique au Royaume-Uni, le nombre de cas similaires à celui de Danny Bowman ne cesse de croître. En 2014, 100 personnes souffrant de dépendance aux réseaux sociaux ont suivi la même thérapie cognitivo-comportementale.



### **Prendre des selfies serait lié à une faible estime de soi**

D'après la psychologue des médias Pamela Rutledge, les selfies révèlent un problème beaucoup plus profond, trouvant son origine dans le besoin obsessionnel d'attirer l'attention de ses proches et/ou de son entourage. Des efforts qui traduisent un excès de narcissisme doublé à une faible estime de soi.

L'augmentation des cas de « narcissismes numériques » révèle aussi la pression accrue qui pèse sur les gens qui cherchent à devenir à tout prix une personne qu'ils ne peuvent pas être, une version améliorée d'eux même en sorte, fictive. Ces personnes ont souvent pour modèle des célébrités qui sont elles-mêmes suivies par des millions de followers, d'où les dérives qui découlent de ce trouble obsessionnel. Au fond, le selfie ne ferait que déclencher des problèmes et des maladies mentales qui sont déjà présents. Alors, si vous vous sentez concerné par ce que vous venez de lire, prenez un peu de recul vis-à-vis de ces excès de shootings pour faire une auto-évaluation.

### **Prendre trop de selfies serait-il lié à une frustration sexuelle ?**

Christyntje Van Galagher, une chercheuse en psychologie hollandaise a publié récemment une étude sur l'addiction aux selfies. Elle explique qu'une surexposition de la vie personnelle serait en fait liée à une certaine frustration [sexuelle](#) (privation). Elle le décrypte comme un SOS qui cache un [sentiment d'abandon](#).

Le fait de s'exposer à outrance, en publiant des photos sous son meilleur profil cacherait un sentiment de solitude, en envoyant le message « ne m'oubliez pas, je suis là ! ». Un bien triste constat. La chercheuse décrit le selfie comme « une fugue digitale de la réalité concrète, marquée par l'insécurité et la peur de l'abandon ».

Son étude a porté sur 800 personnes accros au selfie. 83% d'entre elles n'ont pas de vie sexuelle épanouie. En moyenne, les participants à cette étude ont publié 45 selfies par mois, ne faisant l'amour que 2 fois sur la même période.

Jetez un œil à l'infographie ci-dessous pour constater les conséquences des selfies et des réseaux sociaux :  
**De quelle façon ce média social nous rend narcissique ?**

### **Qu'est-ce que le narcissisme ?**

Il s'agit d'un désordre de la personnalité qui entraîne une surpréoccupation de soi et de la façon dont nous sommes perçus par les autres. Pour la personne narcissique, la vanité est une forme de gratification (physique, qualités intellectuelles).

### **Signes de narcissisme**

- Capacité d'écoute unilatérale : Il écoute uniquement pour rejeter, nier, ignorer, minimiser l'importance des propos des autres.
- Préoccupation de soi : Il agit égoïstement et s'il se montre généreux, il fait uniquement preuve de sensibilité sur sa propre personne.
- Il se montre au-dessus des règles : Il se sent au-dessus des lois généralement et il estime que ces mêmes lois ne le concernent pas.
- Incapacité à accepter la critique : Alors qu'il a une haute idée de sa propre personne, il peut être facilement dévasté par une critique négative.
- Refus de prendre ses responsabilités : Il a une tendance à accuser les autres de tout ce qui ne fonctionne pas dans sa vie.
- Colère facile : Il devient très vite en colère suite à une critique ou un commentaire négatif sur sa personne.

### **Les effets négatifs des médias sociaux**

D'après une étude de l'université de Californie, l'abus de réseaux sociaux peut avoir des effets dévastateurs et entraîner des problèmes d'ordre psychiatriques.

- Baisse de la capacité de concentration
- Troubles de la personnalité d'ordre narcissique
- Dismorphie corporelle
- Dépression
- Hypochondrie
- Voyeurisme
- TOC Troubles Obsessionnels Compulsifs
- Troubles bipolaires
- Addiction

### Les conséquences de l'utilisation des réseaux sociaux

FACEBOOK : Les personnes qui utilisent le plus Facebook ont tendance à être plus narcissiques que la moyenne et souffrent d'un manque de confiance.

Facebook : un miroir social. Les personnes les plus narcissiques postent régulièrement de nouvelles photos, mettent à jour leurs statuts et publient souvent des citations à la gloire d'eux-mêmes ! Cette étude est basée sur un échantillon d'utilisateurs Facebook âgés entre 18 et 25 ans.

Une enquête publiée en 2013, réalisée par des avocats spécialisés dans le divorce a démontré que Facebook était impliqué dans 1/3 des divorces.

Twitter : le smartphone « social » : Dans une université du Michigan, une étude réalisée par des étudiants a démontré que les personnes les plus narcissiques étaient davantage accros à Twitter.

Les jeunes utilisent Twitter pour élargir leur cercle social et diffuser leurs opinions, et ont par conséquent une haute idée de ce qu'ils peuvent penser et de leurs opinions.

Le narcissisme est-il une réaction inévitable à notre culture sociale ?



<http://www.espritsciencemetaphysiques.com/scientifiques-associent-les-selfies-au-narcissisme-dependance-aux-maladies-mentales.html>

## Des scientifiques associent les Selfies au narcissisme

Par Claire C. | 12 février 2015

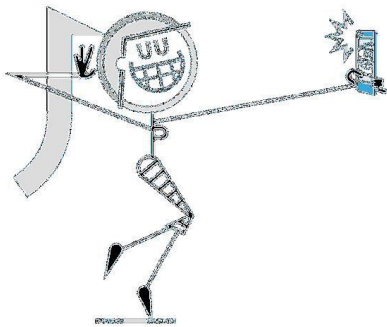
Vous les avez vus des milliers de fois sur Facebook et sur les autres médias sociaux, il y a même une chanson à la radio sur ce sujet ! [Les Selfies](#) sont devenus une grande tendance dans les médias sociaux, des psychiatres et psychologues les associent à des problèmes de santé mentale liés au narcissisme et à l'obsession qu'une personne

a de son apparence. Selon le psychiatre Dr David Veal : « deux patients sur trois qui viennent en consultation pour une peur d'une dysmorphie corporelle depuis la hausse des téléphones avec appareil photo, éprouvent le besoin de prendre des selfies à plusieurs reprises et de les poster sur les sites de médias sociaux ». « La thérapie cognitivo-comportementale pour aider un patient à reconnaître les raisons de son comportement compulsif pour ensuite apprendre à modérer », a-t-il déclaré au Sunday Mirror.

**J'ai personnellement vu ça avec certains de mes amis.** Ils seraient capables de prendre de nombreux selfies jusqu'à trouver le bon. Mise en valeur des sourcils, de la peau, du nez, du sourire, des dents, des cheveux, et ainsi de suite, tout cela pour essayer de trouver l'angle parfait pour faire la photo parfaite. Même en regardant comment la majorité des gens choisissent leur photo de profil sur Facebook et les autres sites de médias sociaux, c'est un processus énorme.

Croyez-le ou non, aussi inoffensifs que ces actes puissent paraître, avec le temps ils créent et recréent des grandes formes de conscience de soi et un faux sentiment de confiance. Au lieu de s'accepter comme on est, nous nous efforçons de trouver la bonne image avec tous les détails parfaits. Plus nous avons de « like » sur les sites de médias sociaux plus on se sent heureux. **Est-ce durable ?** Fonder notre bonheur sur la performance de notre photo de profil ou notre selfie ?

*Des scientifiques associent les Selfies au narcissisme.*



### **Jusqu'où peut aller l'obsession pour le selfie ?**

Danny Bowman, un jeune adolescent britannique, fut la première victime de cette addiction. Non satisfait de son apparence physique, il commence à rechercher la photo parfaite de lui vers l'âge de 15 ans. Cela se transforme en véritable obsession au point qu'il arrête l'école un an après... Jusqu'au jour où il atteint 200 selfies en 24h et ne trouve aucune photo à son goût. Le jeune homme a ensuite tenté de mettre fin à ses jours. Après un séjour à l'hôpital il s'en est finalement sorti mais il souffre encore de dysmorphophobie (la peur d'être laid).

« J'étais constamment à la recherche du selfie parfait et quand j'ai réalisé que je ne pouvais pas, j'ai voulu mourir. J'ai perdu mes amis, mes études, ma santé et presque ma vie », a-t-il déclaré à The Mirror. Bien que ce soit un cas extrême, il n'est pas très loin de ce qui se passe dans de nombreux esprits de jeunes, et même plus vieux, les gens continuent de prendre des photos d'eux-mêmes pour les médias sociaux. Voir d'autres images de gens, voir l'attention qu'ils peuvent ou ne peuvent pas obtenir, nous finissons par nous comparer nous-même et les petits détails de notre apparence. Avec le temps, une obsession s'installe et notre apparence devient de plus en plus importante pour nous. Je pense qu'on ne devrait pas se concentrer autant sur notre apparence.

Des scientifiques associent les Selfies au narcissisme suite

**Le narcissisme, l'obsession de recevoir de la reconnaissance et de la gratification de la part des autres, la vanité et d'une manière égoïste, devient un gros problème dans notre ère numérique.** Personnellement, je pense que tout cela provient du jugement de soi, du jugement des autres et de la culture pop. Il manque énormément de réponses à ces questions dans l'éducation nationale ou d'autres programmes de jeunesse auxquels les jeunes ont accès. Nous nous concentrons tellement sur l'éducation d'une personne pour qu'elle devienne un membre qualifié de la société, mais nous ne faisons rien pour leur propre développement personnel en tant que personne. Ceci est un aspect très important pour le développement personnel et je trouve que cela devrait être mis en avant sur notre système éducatif.

La dépendance aux selfies a également alarmé les professionnels de la santé en Thaïlande. « Accorder une attention particulière aux photos publiées, contrôler qui voit qui aime ou qui les commente, espérer atteindre le

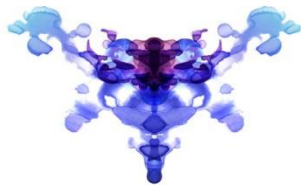
plus grand nombre de « like » ... *Tous ces problèmes sont dus aux selfies* », a déclaré Panpimol Wipulakorn, du département de la santé mentale Thai.

### **Le médecin croit que plus tard ces comportements pourront causer des problèmes, en particulier ceux liés à un manque de confiance.**

La prochaine fois que vous posterez une image de vous en ligne, ou même quand vous sortirez pour la journée, observez-vous et calculez combien de vos pensées sont basées sur votre apparence, ce que vous pensez que les autres pensent de vous et la façon dont vous pourriez utiliser votre apparence pour essayer de vous sentir mieux pendant une courte période. De là vous pouvez apprendre à accepter tous les aspects de qui vous êtes comme étant parfait sans avoir besoin de regarder à l'extérieur pour vous aimer. Vous représentez beaucoup plus que votre apparence.



[https://www.google.ca/search?q=plan%C3%A8te+sant%C3%A9&biw=1366&bih=653&source=Inms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKewiy4vzNgKXNAhXLej4KHaeSCBcQ\\_AUIBigB#imgrc=ARJhJ3zjgcScEM%3A](https://www.google.ca/search?q=plan%C3%A8te+sant%C3%A9&biw=1366&bih=653&source=Inms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKewiy4vzNgKXNAhXLej4KHaeSCBcQ_AUIBigB#imgrc=ARJhJ3zjgcScEM%3A)



## **Souffrir d'une maladie mentale est désormais presque « normal »**

[Robin S. Rosenberg](#)

**Selon le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique américain), la moitié de la population des États-Unis souffre d'un trouble psychologique. Pourquoi?**

© [istockphoto.com/4khz](https://www.istockphoto.com/4khz)

Méfiez-vous de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique américain (DSM-5), dernière version en date de la « bible des psychiatres », qui devrait sortir au mois de mai 2013. Selon ses auteurs, il y a plus d'un risque sur deux pour que vous soyez atteint d'une maladie mentale au cours de votre vie.

Chaque année, moins de 6% de la population américaine adulte est affectée par un trouble mental grave. Toutefois, selon une étude de 2005, une proportion bien plus importante (plus de 25%) souffre d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué. Soit un nombre assez considérable de personnes. Si l'on en croit l'édition précédente (le DSM-IV), près de la moitié de la population (46,4% pour être exacts) souffrira d'un trouble mental au cours de son existence. Et avec la nouvelle version, les diagnostics psychiatriques seront encore plus « faciles » à porter.

Si les malades mentaux « diagnostiquables » vivaient sous une tente, le chapiteau en question serait sacrément grand. Énorme, même. La moitié de la population souffre ou souffrira d'une maladie mentale. Comment en sommes-nous arrivés là? Était-ce déjà le cas jadis? Étions-nous alors incapables de nous en rendre compte, de comprendre que nous vivions alors déjà sous cette fameuse tente? Ou bien notre santé mentale s'est-elle dégradée depuis la génération précédente? Il existe une troisième explication: nous qualifions aujourd'hui de « troubles mentaux » des états psychologiques précédemment considérés comme excentriques, mais normaux – et la tente s'est agrandie en conséquence. La réponse pourrait bien être au carrefour de ces trois hypothèses.

Le fait est là: nous décelons les troubles mentaux avec plus d'efficacité – et à un stade moins avancé – que par le passé. Depuis plusieurs dizaines d'années, les cliniciens et les médecins spécialistes en psychiatrie, mais aussi le ministère américain de la santé et divers organismes (d'États, locaux) préconisent un meilleur dépistage des troubles mentaux. Plus nous établissons de diagnostics, plus nous pouvons traiter de patients. Et si nous détectons un trouble à un stade plus précoce, nous pouvons espérer intervenir assez vite pour réduire l'intensité et/ou la fréquence des symptômes. Le [trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité](#), [la dépression](#) ou la toxicomanie sont aujourd'hui plus susceptibles d'être détectés et diagnostiqués qu'il y a quelques décennies. Mais cette vigilance accrue se traduit par un taux plus élevé de troubles mentaux.

### **De plus en plus malades**

Par ailleurs, nous sommes, de fait, de plus en plus «malades». Aux États-Unis, la forte prévalence des troubles mentaux n'est pas uniquement le résultat des progrès de la médecine. Nous sommes plus touchés par ces troubles que les générations précédentes, et ils se manifestent plus tôt dans notre vie. Une étude vient étayer cette explication : les chercheurs ont consulté les résultats d'une évaluation de l'anxiété chez des enfants atteints de troubles psychologiques en 1957, puis ils les ont comparés aux résultats obtenus chez les enfants d'aujourd'hui. Et ces derniers (pas forcément ceux chez qui on a diagnostiqué un problème psychologique, contrairement à ceux de 1957) sont plus anxieux que ceux des générations précédentes.

Une autre étude a comparé des cohortes d'Américains d'âge adulte. Point de comparaison : le «[neuroticisme](#)», un indicateur de la réactivité émotionnelle associé à l'anxiété. Les adultes de 1993 étaient plus touchés par le neuroticisme que ceux de 1963, ce qui laisse penser que l'anxiété va grandissant au cœur de la population américaine. Une troisième étude a comparé le degré de narcissisme chez des cohortes d'étudiants américains entre 1982 et 2006 ; les chercheurs ont découvert que les cohortes les plus récentes faisaient preuve d'un narcissisme plus important.

Une étude complémentaire étaye la théorie selon laquelle l'augmentation des diagnostics s'explique bel et bien par une augmentation des cas de troubles mentaux : plus la date de naissance d'un Américain est récente, plus il (ou elle) a de chances de développer une maladie mentale. Pris dans son ensemble, cet axe de recherche semble indiquer que les avancées réalisées en matière de détection ne suffisent pas à expliquer à elles seules la progression des taux de troubles psychologiques.

### **La «normalité» n'est plus ce que c'était**

Venons-en enfin à la troisième explication de cette prévalence croissante – une explication qui en dit long sur notre culture : ce qui était jadis considéré comme sain (ou n'était du moins pas considéré comme malsain) peut aujourd'hui être perçu comme un trouble mental. Certains comportements, certaines pensées, certaines émotions – qui appartenaient hier à la gamme traditionnelle des expériences humaines – relèvent aujourd'hui du domaine du pathologique. De ce fait, la définition de la maladie mentale s'est élargie, la «tente» s'est agrandie et abrite d'autant plus de personnes. Cette explication suggère que nous sommes – culturellement parlant – de plus en plus disposés à considérer certains comportements comme des troubles mentaux ; et ce chez les autres comme chez nous-mêmes.

L'augmentation de la prévalence s'explique en partie par le fait que chaque édition du [DSM](#) a fait grandir la liste des troubles mentaux. Le DSM-I en mentionnait 106 en 1952 ; le DSM-III en listait 265 en 1980, et l'actuel DSM-IV en comporte 297. Cette augmentation constante a fait l'objet de critiques, ce qui a amené le directeur du groupe de travail du DSM-5, David Kupfer, à annoncer que le nombre total des troubles resterait inchangé dans la nouvelle édition. Il est toutefois possible d'ajouter des diagnostics au DSM sans y faire figurer de nouveaux troubles, et la cinquième édition ne s'en privera pas. Elle pourrait ainsi transformer un trouble introduit par une ancienne édition

en « sous-catégorie » d'un autre trouble dans le DSM-5 – en somme, deux diagnostics distincts sous une seule et même étiquette.

Si le nombre des troubles augmente, c'est parce que certains «problèmes» (qui n'étaient jusqu'alors pas considérés comme des maladies mentales) sont classifiés comme tels en entrant dans le DSM – et c'est le DSM qui (fonctionnellement parlant) définit la maladie mentale aux États-Unis.

Avant la parution du DSM-IV, il n'existait par exemple aucun diagnostic du [syndrome d'Asperger](#); les personnes appartenant aujourd'hui à cette classification souffraient d'«autisme de haut niveau» ou n'étaient pas diagnostiquées. Ce syndrome a été ajouté sous une nouvelle étiquette de manière à souligner les différentes formes que pouvaient prendre les symptômes de l'autisme ainsi que pour orienter les recherches vers l'élaboration des meilleurs traitements possibles pour les personnes souffrant du syndrome. D'autres ont affirmé que cette étiquette diagnostique voulait transformer l'excentricité en pathologie (dans le DSM-5 le syndrome d'Asperger est devenu une sous-catégorie d'un unique amalgame à visée diagnostique: les «troubles du spectre autistique»).

### **Des troubles pas toujours mentaux dans le DSM**

Dans certains cas, les troubles ajoutés au DSM relèvent principalement (ou complètement) du domaine médical. Prenons l'exemple du «trouble du sommeil lié à la respiration», provoqué par des problèmes de santé qui viennent perturber le repos. L'un de ces problèmes, [l'apnée obstructive du sommeil](#), est provoqué par une relaxation trop importante des muscles de la gorge, qui réduisent ou bloquent les voies respiratoires pendant le sommeil. Tout au long de la nuit, le sommeil profond des personnes concernées est interrompu par cette relaxation, qui les empêche soudain de respirer; une fois repassés dans une phase plus légère du sommeil, leur respiration redevient normale. Ce trouble n'est pas psychologique, mais bien médical.

Autre exemple: le «trouble» d'«intoxication à la caféine», caractérisé par la manifestation d'un minimum de cinq symptômes après l'ingestion de deux ou trois tasses de café: agitation, problèmes gastro-intestinaux, sommeil difficile, nervosité, et accélération du rythme cardiaque. Pour établir ce diagnostic, les symptômes du malade doivent altérer le bon fonctionnement du corps d'une façon ou d'une autre. Forcer sur le café ou sur le Red Bull peut donc être à l'origine de troubles mentaux! Difficile à croire, mais c'est ainsi. Le DSM-5 y a ajouté le diagnostic du «sevrage de caféine», caractérisé par un mal de tête de sevrage et (au moins) un autre symptôme gênant le bon fonctionnement du corps (sommolence, etc.). S'il existe des troubles de ce type dans le DSM, pas étonnant que la moitié des Américains soient sujets à un trouble mental au cours de leur existence; on se demande même pourquoi il n'y en a pas plus dans ce cas!

### **Comment augmenter la liste des troubles mentaux**

Outre la classification de certains troubles médicaux parmi les troubles mentaux, le DSM s'en prend lentement mais sûrement au concept de «normalité». Ses auteurs ont frappé du sceau de la pathologie certains types de pensées, d'émotions ou de comportements traditionnellement considérés comme légèrement bizarres ou étranges (mais «normaux»). Prenons l'exemple des personnes particulièrement timides, qui s'inquiètent du regard que les autres peuvent porter sur elles et évitent ainsi de s'adonner à certains types d'activités. Selon le DSM, elles pourraient bien souffrir d'un «trouble de la personnalité évitante». Ces caractéristiques n'étaient pas considérées comme pathologiques par le passé, et ne le sont toujours pas dans certaines cultures.

Autre façon d'augmenter la prévalence des troubles mentaux : abaisser le seuil au-delà duquel on peut établir le diagnostic d'un trouble mental. Le DSM-5 va par exemple modifier les critères du «trouble de l'anxiété généralisée», qui se traduit par une inquiétude excessive et persistante. Le DSM-IV permettait d'établir un diagnostic lorsque trois des six symptômes de l'inquiétude étaient réunis; le DSM-5 n'en requiert plus qu'un. De la même manière, le DSM-IV fixe la durée minimale des symptômes à six mois; période réduite à trois mois dans le



DSM-5. Si vos finances, votre état de santé ou celui d'un proche vous inquiètent excessivement trois mois durant (au point où il vous est impossible de contrôler l'angoisse), on considérera désormais que vous souffrez d'un trouble mental – ce qui n'était pas le cas auparavant.

La «tente» des maladies mentales a grandi – et il y a donc moins de personnes en dehors du chapiteau. Certes la prochaine édition du DSM n'allongera sans doute pas la liste des troubles mentaux, mais si les critères diagnostiques se relâchent (autrement dit, si un diagnostic peut être établi en observant moins de symptômes ou des symptômes de moindre gravité), le nombre des malades potentiels augmentera. Si l'on en croit les critères du DSM, les personnes jouissant d'une santé mentale relativement bonne se font (et vont se faire) de plus en plus rares.

Les vicissitudes habituelles de l'existence – la tristesse, l'inquiétude, l'anxiété, le chagrin, l'insomnie, l'abus de caféine et les céphalées de sevrage – sont devenues des pathologies. On les a transformées en troubles mentaux. D'autres pensées, émotions et actes «normaux» sont aujourd'hui considérés comme dignes d'être diagnostiqués. Au fur et à mesure que le chapiteau des maladies mentales grandit, notre définition de la santé mentale est de plus en plus limitée, et nous sommes d'autant plus susceptibles d'interpréter un comportement normal – une simple épreuve de la vie – comme une maladie mentale. Nous avons tendance à voir la psychopathologie partout, si bien qu'une attitude étrange ou une mauvaise passe sont immédiatement perçues (à tort) comme l'expression d'une maladie mentale.

### **Une question d'argent?**

Comment expliquer cette perpétuelle évolution du concept de santé mentale sur le plan culturel? Les explications ne manquent pas. Évoquons tout d'abord le paiement des traitements. Les traitements et les médicaments peuvent s'avérer utiles pour lutter contre les troubles psychologiques, mais aucun malade ne peut être remboursé – même partiellement – par sa compagnie d'assurance tant que le problème n'est pas diagnostiqué. Il ne suffit pas d'avoir un problème et d'être suivi par un spécialiste: il doit s'agir d'un «vrai problème». Bien sûr, lorsqu'on traite un problème avant que ce dernier devienne une maladie mentale homologuée, la compagnie d'assurance concernée économise une somme des plus conséquentes (les sociétés ne remboursent pas les soins psychologiques précoces: il doit s'agir d'un «vrai problème», mais ce sujet dépasse le cadre de cette chronique).

Deuxième explication: les groupes pharmaceutiques veulent commercialiser leurs produits auprès d'un marché toujours plus large. Lorsqu'un trouble mental affecte de plus en plus de personnes (à la suite d'un relâchement des critères diagnostiques, par exemple), ou qu'un nouveau diagnostic est élaboré, leurs produits touchent un marché plus large. Ils font pression pour qu'on utilise leurs médicaments – susceptibles de résoudre tel ou tel problème – «hors indication», puis ils font pression pour que ce «problème» soit classé parmi les «vrais problèmes». Il existe d'ailleurs un nombre non négligeable de liens entre le DSM-5 et l'industrie pharmaceutique. Selon une étude, 70% des membres du groupe de travail du DSM-5 entretiennent des liens financiers avec cette industrie.

### **Le besoin de mettre un nom sur nos états d'âmes...**

Troisième explication: les employeurs en demandent plus qu'auparavant. Dans bien des secteurs, le rythme s'est accéléré et il faut fournir plus d'efforts. De nombreuses sociétés conservent un minimum d'employés tout en maintenant la même charge de travail; lorsqu'une personne ne parvient pas à s'adapter à ce rythme plus soutenu, elle risque d'être licenciée. Lorsqu'un employé se sent trop «déprimé» ou «anxieux» pour assurer une productivité de 100% (ou de 90%), une pilule promettant de lutter contre les symptômes d'un trouble psychologique récemment identifié peut sembler préférable à la perspective d'une efficacité professionnelle amoindrie, qui ajouterait la peur d'être renvoyé à la liste de ses problèmes.

**... et de nous soigner au plus vite**

Quatrième explication: nous vivons à l'ère de la satisfaction instantanée, introduite par l'avènement du commerce en ligne, des divertissements téléchargeables et de l'accès immédiat au reste du monde via Internet. Lorsqu'un problème survient, nous voulons le faire disparaître d'un claquement de doigt. Si un médicament nous promet de dissiper nos pensées et nos émotions désagréables ou de nous aider à modifier nos comportements mal adaptés, nous nous laissons facilement tenter. Sami Tamimi, psychiatre spécialiste de l'adolescence vivant au Royaume-Uni, affirme que «la récente pratique du tout-médicament ressemble fort à la restauration rapide. Elle provient d'une société animée par le consumérisme le plus agressif qui soit (les États-Unis); elle doit son succès au désir de satisfaction immédiate et de remède miracle de nombre de personnes; et elle convient parfaitement aux rythmes de vie effrénés.» Mais avant de prendre un médicament, encore faut-il avoir un «vrai problème» susceptible d'être traité – du moins, si l'on souhaite se voir rembourser ses consultations médicales par son assurance.

Cinquième explication: certains diagnostics – et d'autres critères – permettent au malade de prétendre à des services ou programmes d'aide sociale, à des programmes de soutien éducatif, et peuvent leur permettre de revendiquer un droit à la non-discrimination. Une personne voulant bénéficier – ou faire bénéficier un proche – de ces services pourrait militer pour un élargissement des critères permettant d'établir un diagnostic afin de pouvoir prétendre auxdits services. Les critères diagnostiques de l'autisme vont être modifiés dans le DSM-5; de ce fait, les malades et leurs familles ont manifesté leur inquiétude (avec force virulence) de voir ces critères devenir plus restrictifs – ce qui priverait certaines personnes de leur statut.

Enfin, je pense qu'il existe une autre raison : au fur et à mesure que notre rythme de vie se fait plus effréné et que nos charges de travail s'alourdissent toujours un peu plus, le diagnostic donne un nom à la souffrance que nous éprouvons; l'affubler d'une étiquette nous donne l'espoir d'en être un jour débarrassés. Face aux pépins et aux coups durs, l'espoir est essentiel. Mais je doute fort que le fait de coller l'étiquette de la maladie mentale sur le front de la moitié de la population soit la meilleure façon de lui redonner de l'espoir (un espoir réaliste, j'entends). Souffrir d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué est presque devenu une nouvelle forme de «normalité». Nous avons aujourd'hui l'occasion, en tant que société, de réfléchir au sens que nous voulons donner aux concepts de santé mentale et de trouble psychologique. Cette tâche ne devrait pas revenir aux seuls auteurs du DSM.

Article original:

[http://www.slate.com/articles/health\\_and\\_science/medical\\_examiner/2013/04/diagnostic\\_and\\_statistical\\_manual\\_fifth\\_edition\\_why\\_will\\_half\\_the\\_us\\_population.html](http://www.slate.com/articles/health_and_science/medical_examiner/2013/04/diagnostic_and_statistical_manual_fifth_edition_why_will_half_the_us_population.html)

---