

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

LORRAINE

CHAMPAGNE-ARDENNE



États modifiés de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie

Mémoire d'initiation à la recherche

Sébastien HARTMANN

Juin 2018

"Une conscience trop fine est plutôt un mal qu'un bien et nuit à la santé de l'âme."

De Euripide/Hippolyte, 428 av. J.-C

Remerciements

Sous la direction de Muriel Launois, ergothérapeute au centre psychothérapique de Nancy, maître de mémoire.

Je tiens à remercier :

- Madame Launois, pour sa compréhension, sa patience et pour m'avoir initié aux concepts tenant de l'ergothérapie en santé mentale.
- Les formateurs de l'institut de formation en ergothérapie de Lorraine et Champagne-Ardenne pour leur écoute et leur disponibilité.
- Madame Vanel, pour m'avoir mis en relation avec les bonnes personnes dans la réalisation de ce travail, ainsi que pour ces encouragements.
- Monsieur Romain Guillot, psychologue au centre psychothérapique de Nancy pour m'avoir éclairé sur certains concepts tenant de son coeur de métier.
- Le docteur Pauline Kieffer pour m'avoir écouté et orienté dans mes recherches.
- L'ensemble des personnes ayant accepté le travail de relecture.
- Mes parents, ma soeur et ma tante pour m'avoir inconditionnellement soutenu tout au long de mes études et de l'écriture de ce mémoire.
- Laurie pour m'avoir supporté tout au long de la rédaction de cet ouvrage.

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	2
A - Histoire d'un handicap psychique	2
1 : L'ergothérapie en santé mentale	2
1.1 Histoire de l'ergothérapie en santé mentale	2
1.2 Les objectifs de l'ergothérapeute en santé mentale	6
1.3 Le diagnostic ergothérapeutique en santé mentale	7
1.4 Les moyens de l'ergothérapeute	8
2 : La dépression	10
2.1 Histoire de la dépression	10
2.2 Critères diagnostiques et recommandations	12
2.3 Objectifs ergothérapeutiques	13
B - Quelques éléments concernant les états de la conscience	15
1 : Définir le conscient et l'inconscient	15
2 : Les différents états modifiés de conscience	19
2.1 Le flow	21
2.2 Le lâcher prise	22
2.3 L'état de transe	23
3 : Les outils de la modification de l'état de conscience.....	24
3.1 L'activité.....	24
3.2 La relaxation	25
3.3 La méditation pleine conscience	27
3.4 L'hypnose	28
C - Qu'est-ce que le bien-être	31
1 : Distinction entre l'objectif et le subjectif.....	31
2 : Les conceptions actuelles	32
3 : L'approche ergothérapeutique	33
Élaboration de la problématique	34

Partie exploratoire	34
A - Méthodologie du recueil des données	34
1 : Objectif de l'exploration & choix de la population	34
2 : Contexte de l'exploration : L'atelier relaxation en groupe	35
3 : Méthode de recherche	36
3.1 - Le Personal Well-being Index	36
3.2 - Les observations	37
B - Analyse des données	37
1 : Analyse longitudinale	37
1.1 - Patient n°1	37
1.2 - Patient n°2	38
1.3 - Patient n°3	40
1.4 - Patient n°4	41
1.5 - Patient n°5	43
1.6 - Patient n°6	44
2 : Analyse transversale	45
C - Vérification des hypothèses et de la problématique	46
D - Discussion	46
1 : Retour sur le résultat des analyses	46
2 : Limites de la recherche et axes d'amélioration	49
3 : Ouvertures	49
Conclusion	50
Bibliographie	51
Annexes	54

Introduction

La littérature éclaire certains concepts, l'expérience personnelle questionne la pratique. Le fonctionnement des choses, objets, outils, nous intrigue depuis l'enfance à comprendre comment faire pour s'approprier un ensemble de capacités. Parfois ces capacités deviennent inadaptées ou sont bouleversées, le besoin de thérapie en est le constat.

C'est un fonctionnement suffisant qui définit l'indépendance. L'autonomie, définie par une fonctionnalité décisionnelle suffisante, induit responsabilités et libertés.

Lors d'une formation en ergothérapie, des questionnements se sont élaborés : les modalités du fonctionnement de l'être humain et son rapport à l'activité. De l'étude des médiations proposées au cours du cursus d'ergothérapie, découle le questionnement suivant :

L'activité thérapeutique de relaxation, permet-elle de favoriser le bien-être des patients présentant une pathologie dépressive ?

Dans cette étude, nous aborderons l'approche de santé mentale en ergothérapie, le cas de la dépression et quelques détails quant à nos différentes possibilités fonctionnelles.

Afin de s'adapter aux modalités de réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche, nous avons : réalisé une analyse bibliographique décrivant le contexte de la recherche (la santé mentale), ainsi que les concepts de modification de l'état de conscience et de bien-être.

Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons choisi d'observer les patients en séances, ainsi que de leur transmettre, à deux reprises, un auto-questionnaire sur le bien-être. Enfin nous avons discuté des résultats et suggéré une ouverture.

I - Partie théorique

A - Histoire d'un handicap psychique

1- L'ergothérapie en santé mentale

1.1 Histoire de l'ergothérapie en santé mentale

Avant même de rappeler le parcours de l'ergothérapie en santé mentale, nous reprenons quelques éléments du passé au sujet de la prise en soin de la pathologie mentale.

La pathologie mentale n'est pas nouvelle, le contexte de santé mentale est très ancien, d'après les auteurs : « *L'Antiquité a toujours soigné ses fous même, lorsque que, dans les temps archaïques, il ne s'agissait que de les mener dans un temple*¹. »

En plus de souligner la présence de ces pathologies mentales au sein de l'humanité, cette citation de Claude Quételet met également l'accent sur le fait qu'à défaut de pouvoir résoudre ces problématiques, la réponse aux troubles mentaux tendait dès l'antiquité à mettre à l'écart les individus.

L'histoire ne s'arrête pas là, le Moyen-Âge voit grandir les cités, les premiers hôpitaux, la réponse, elle, globalement ne change pas. Les moyens de prise en soin convergent toujours vers l'isolement, celui-ci est familial en milieu rural ou sociétal à l'hôpital.

Les hôpitaux psychiatriques remplacent les asiles au XIX^{ème} siècle et la prise en charge se développe en faveur des droits des personnes hospitalisées pour raison de troubles mentaux, leurs conditions d'hospitalisation sont réétudiées.

Pour en revenir à notre époque, parmi les problématiques actuelles, on retrouve les modalités du soin sans consentement et la notion du consentement lui-même; ses concepts se développent autour du concept d'adhésion au soin comme nous l'explique Lamour Elsa².

¹ QUÉTELET, Claude, 2009, Histoire de la folie : de l'antiquité à nos jours, Paris : éditions Taillandier, p. 43

² LAMOUR, Elsa, 2015, Ergothérapie en psychiatrie : L'adhésion aux soins des personnes hospitalisées sans consentement.

L'ergothérapie naissant de l'évolution de la thérapie par le travail, voit sa pratique fortement influencée par l'institutionnalisation de la psychiatrie. Au XIX^{ème} siècle Philippe Pinel démontre l'intérêt de la dimension morale liée à la notion de travail et les bienfaits d'un travail de responsabilisation chez les personnes présentant des troubles mentaux.

Dans les années 1900, l'évolution de la psychiatrie fait fleurir la thérapie occupationnelle, dans le but de contre-carrer des problématiques liées à l'institutionnalisation elle-même. La position³ du patient à l'hôpital, favorisant l'immobilisme ; n'entraînant aucune responsabilisation chez celui-ci, entérinera l'essor d'une réponse occupationnelle.

À la fin du siècle dernier, apparaît la notion de créativité dans les pratiques thérapeutiques, le professionnel aura désormais la possibilité de mettre en place une approche médiatisée et donc ouverte à la dimension projective du patient.

Aujourd'hui, de par l'émergence du modèle cognitivo-comportemental, appuyé sur des notions scientifiques et proposant des outils très concrets (tels que la remédiation cognitive) proches des intentions de ré-éducation, les pratiques institutionnelles se modifient.

Le modèle inter-disciplinaire psycho-dynamique, appuyé sur les références psychanalytiques n'est donc plus le seul modèle. Cependant, la nécessité d'un travail en profondeur, donc plus long, le rend de moins en moins adapté aux exigences de rapidité et d'efficacité visible demandées actuellement.

D'autre part, l'émergence des modèles conceptuels en ergothérapie, modèles centrés sur l'activité, enrichissent et transforment les pratiques. Les questionnements identitaires des ergothérapeutes, le souci d'une reconnaissance accrue de nos capacités et de notre efficacité, conduisent à des écrits, personnels ou de groupe, qui commencent à poser les jalons d'une pratique qui s'affirme et se conceptualise.

³ « Position » au sens de la position relationnelle, c'est à dire au rôle attribué.

Ce questionnement est interrogé, par exemple, dans un article⁴ co-écrit par plusieurs ergothérapeutes du Centre Psychothérapique de Nancy. Dans cet article, les auteurs évoquent les difficultés identitaires des ergothérapeutes face aux infirmiers qui, eux aussi, proposent des activités thérapeutiques, dans des compétences dites « transversales ».

Interrogeant l'évolution actuelle de l'ergothérapie qui tente de se créer ses propres modèles conceptuels, ils soulignent aussi l'émergence de la notion **d'empowerment**. Ce concept américain est arrivé en France depuis les années 2000. Il s'agit de favoriser l'auto-détermination des patients, grâce à des processus individuels mais aussi collectifs.

Un livre blanc⁵ réalisé par le G.R.E.S.M⁶ de septembre 2016 et publié par l'A.N.F.E⁷ nous présente différents constats sur les grandes orientations des champs de la psychiatrie devenant la **santé mentale**, ainsi que sur la place de l'ergothérapeute dans ce domaine. L'émergence d'un tel groupe de réflexion conduit à un écrit qui vise de meilleures préconisations dans notre pratique et souligne bien le souci de professionnalisation que traverse notre métier.

L'évolution actuelle du champs de la santé mentale semble s'expliquer par une volonté clairement identifiée, de plus en plus développée, de réhabiliter les patients au sein de la société ; ainsi que le constat d'une pression, exercée par un contexte politico-économique actuel aboutissant à toujours plus de restrictions budgétaires en institution.

À travers ce livre blanc, il nous est possible d'identifier trois, des réorientations majeures, existantes dans le champ de la santé mentale :

⁴ BAZIN, Hugues, 2015, Revue trimestrielle VST, Numéro 128, Le travail qui soigne ?

⁵ RIGUET, Karine, 2016, L'ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. LE MANS, p4.

⁶ G.R.E.S.M : Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale.

⁷ A.N.F.E : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.



Premièrement, le patient prend de plus en plus **la place d'acteur** au sein de la thérapie. La redéfinition en 2005 d'une « bonne santé mentale » par l'O.M.S, stipule dorénavant que la personne en bonne santé est capable d'évaluer la concordance entre son environnement et ses compétences en vue d'agir et s'adapter.



Deuxièmement, la modernisation de notre système de santé en vue du développement du principe de « démocratie sanitaire » et d'une plus grande solidarité entre usagers, met en lumière **la notion de patients ressources**. Ainsi, l'expérience pathologique est envisagée comme une potentielle ressource pour le patient dans le cadre d'un partage d'expériences avec d'autres patients.



Troisièmement est soulignée la priorité d'**une continuité dans le parcours de soin**, soit une concertation majorée entre les structures qui doit permettre à la personne de s'approprier son parcours et donc inéluctablement de s'impliquer toujours davantage.

Cet ouvrage nous rappelle également, que l'intervention de l'ergothérapeute n'est pas encore suffisamment identifiée. Cela aboutissant à une stagnation, voire à une diminution du nombre de postes d'ergothérapeutes dans les structures sanitaires de santé mentale alors que les besoins augmentent.

Expert dans l'analyse et l'accompagnement de l'activité humaine, proposant des prises en charges visant l'équilibre fonctionnel des capacités du patient, l'ergothérapeute favorise l'indépendance et l'autonomie du patient. Ces deux facteurs sont essentiels à **l'empowerment** par le patient de sa capacité à maîtriser sa santé, lui-seul pouvant s'intégrer dans la société et réduire sa dépendance au système de soin.

La réhabilitation psychosociale, au coeur des problématiques actuelles, est possible par un accompagnement personnalisé permettant à la personne d'être en capacité de gérer ses besoins et son projet de vie de manière autonome. Notre brève mise en contexte au sujet de l'histoire et la place de l'ergothérapie en santé mentale, se termine ici.

1.2 Les objectifs de l'ergothérapeute en santé mentale

L'auteur Sylvie Meyer, à travers l'ouvrage collectif « De l'activité à la participation⁸ », recense et explicite les concepts sur lesquels se fonde aujourd'hui la pratique ergothérapique en santé mentale selon l'E.N.O.T.H.E⁹. Dans cet ouvrage, les auteurs font une revue de littérature approfondie des termes anglais et français utilisés en ergothérapie, explicitant que la barrière de la langue aura pu freiner le développement de l'ergothérapie en Europe.

L'E.N.O.T.H.E tente également de définir un modèle conceptuel, le C.C.T.E, ce cadre conceptuel remet en lumière **la notion du faire** et il propose trois niveaux de lecture : la distinction entre le monde interne au faire (dispositions personnelles et énergie), l'interface du faire (frontières, actions, formes et structures) et le monde externe au faire, lui représenté par le lieu et le contrat social.

Lors des cours proposés à l'IFE-LCA Nancy par Mme Launois, il a été mis en évidence que **trois niveaux d'objectifs** sont à prendre en compte, ce sont les objectifs de l'institution, les objectifs du patient et ceux de l'ergothérapeute. L'essentiel de ces objectifs est centré sur le projet de vie de l'utilisateur, l'approche peut se décrire comme patient-centrée, chacun de ces objectifs est négocié avec le patient. La constitution du projet d'intervention se fonde sur les **deux principales orientations** que sont le soin psychique et la réhabilitation personnelle et sociale. Selon Mme Launois :

- **En termes de soins psychiques**, il est possible d'avoir une orientation plus comportementale, avec une intention de normaliser le patient pour l'aider à retrouver des comportements plus adaptés à la société. Il est également possible d'avoir une orientation plus en profondeur, proposant un travail d'expression de soi pour aller vers une modification intra-psychique qui accompagne le travail en psychothérapie. Ce travail du soin psychique, qu'il propose un changement de comportement ou d'être, se centre sur la notion d'individu, singulier, ou adapté.

⁸ MEYER S., « De l'activité à la participation » 2013, p42

⁹ European Network of Occupational Therapy in Higher Education = Réseau européen des écoles d'ergothérapies.

- **En termes de ré-habilitation**, il est possible de voir les choses sous l'angle de l'autonomie et de l'indépendance, dans la vie quotidienne, d'une manière individuelle pour la personne. À ce niveau de travail, nous retrouvons nos domaines d'intervention principaux qui sont les soins personnels, les activités de productivité et de loisirs. Il est également possible de proposer un travail autour de la dimension des habiletés sociales, intégrant ainsi la personne dans l'environnement social pour lui permettre de retrouver un statut de citoyen.

1.3 Le diagnostic de l'ergothérapeute en santé mentale

Pour co-définir nos objectifs avec le patient, après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, nous devons commencer par **définir notre diagnostic ergothérapeutique**.

Le diagnostic ergothérapeutique, selon un ouvrage¹⁰ coordonné par Bénédicte Dubois, nous apparaît comme : la description fonctionnelle des problèmes rencontrés par l'individu. Ces problèmes étant les conséquences actuelles ou prévisibles d'une maladie, d'un traumatisme, d'un trouble du développement, etc.

La dimension occupationnelle du diagnostic de l'ergothérapeute, est également décrite dans cet ouvrage, correspondant cette fois-ci à **l'expertise du rôle occupationnel** du patient. Par un décorticage des éléments internes et externes responsables de l'état occupationnel actuel du patient, l'ergothérapeute pourra mettre en lumière les ressources sur lesquelles appuyer l'intervention.

L'un des outils primordiaux de l'ergothérapeute, afin de viser un diagnostic pertinent et d'être en mesure de le réajuster, consiste en **une observation** la plus complète possible. Une mise en lien avec ce que le patient exprime constitue la base du diagnostic, les questions posées en entretien, ainsi que des bilans, seront un moyen de le construire.

¹⁰ DUBOIS, Bénédicte, 2017, Guide du diagnostic en ergothérapie. édition De Boek Supérieur, Paris

Dans le secteur de la santé mentale, en pratique, **l'usage d'auto-bilans** comme par exemple l'outil ELADEB¹¹ ou l'outil AERES¹², est apprécié par les professionnels et semble efficace. De plus l'ergothérapeute pourra compléter son diagnostic par des évaluations dites « écologiques ».

Le diagnostic de l'ergothérapeute tient compte des informations recueillis par les autres professionnels au sein du dossier médical, cependant il est impératif de considérer le patient pour ce qu'il est à **l'instant T** lors du diagnostic et non d'avoir un regard centré uniquement sur l'anamnèse de celui-ci. Enfin l'ergothérapeute partageant son diagnostic avec l'équipe, pourra ancrer ses objectifs dans un parcours pluridisciplinaire.

1.4 Les moyens

Après la formulation des objectifs avec le patient, l'ergothérapeute déploie ses moyens thérapeutiques. Par un séquençage en étapes des objectifs décidés, le choix d'une activité et bien-sûr l'adaptation de ces différentes étapes, de l'environnement et du matériel, l'ergothérapeute se doit, de favoriser l'engagement de la personne de la thérapie.

Utilisant des techniques qui peuvent **s'inspirer des modèles conceptuels** psychodynamiques (médiations expressives), comportementaux (activités de remédiation cognitive ou d'apprentissage techniques) et humanistes (accompagnement, relation d'aide et empathie), le thérapeute permet au patient d'entrer en action.

Les activités expressives, de vie quotidienne, ludiques ou artisanales proposées au patient permettent également de favoriser le développement de **la relation thérapeutique**. De cette relation thérapeutique découle, en partie, l'adhésion au soin.

¹¹ ELADEB = Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins, V. Pomini, C. Reymond, P. Golay, S. Fernandez, F. Grasset (version révisée 2011)

¹² AERES = Auto-Évaluation des RESsources, T. Bellier-Teichmann et V. Pomini (2014)

En pratique, différentes modalités sont possibles pour les séances, le patient peut être reçu en séance individuelle, avec ou sans entretien préalable, ou bien en groupe ouvert, semi-ouvert ou fermé. La fréquence et la durée des séances sont également modulables. Le lieu d'intervention peut être l'atelier d'ergothérapie ou bien en dehors des murs de l'institution, dans la cité ou au domicile.

Le cadre de la séance se doit d'être contenant, pour permettre au patient d'exercer sa propre fonction contenant, confidentiel favorisant une atmosphère sécurisée et donc permettre l'expression, ainsi que structuré. La dimension structurante du cadre est primordiale pour favoriser l'intégration d'expériences signifiantes par le patient, tout en inscrivant la pratique dans un cadre référé à une loi extérieure et organisatrice.

À l'issue de la présentation de cet ensemble global, d'objectifs et de moyens, émanant chez les ergothérapeutes, de l'évolution du champ de la santé mentale, notre transition s'articule autour d'un article d'Alain Ehrenberg :

« Un nouveau « jardin des espèces »¹³ a été planté au cours des trente dernières années dans les sociétés libérales : dépression, stress posttraumatismes, abus sexuels, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaques de panique, consommations massives de médicaments psychotropes et de drogues multiples [..], addictions [..], anxiété généralisée [..], impulsions suicidaires et violentes [..], syndromes de fatigue chronique, « pathologies de l'exclusion », souffrances « psychosociales », conduites à risques, psychopathies, etc. »¹⁴

La recrudescence d'un certain nombre de troubles immanents à la santé mentale, nous poussera à investiguer davantage l'un d'eux au sein de cette étude, de par ses conséquences importantes sur la sphère occupationnelle de l'individu : la dépression.

¹³ Selon la célèbre expression de Michel Foucault à propos de la folie à l'Âge classique : « jardin des espèces »

¹⁴ EHRENBURG Alain, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, p. 77-88. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-77.htm>

2 - La dépression

2.1 Définition de la dépression

Notre voyage aux origines de ce que l'on appelle aujourd'hui la dépression, commence au V^{ème} siècle avant J-C. En cette époque, la conception hippocratique de l'être humain considérait l'une des quatre humeurs fondamentales, la bile noire, comme entraînant la tristesse et la peur; l'excès de cette bile noire sera dénommée **Melancholia**.

Le dégoût de la vie, la paresse, des termes fleurissent au fil des époques. Les représentations sociales de cette pathologie sont parfois très péjoratives. Elle fût même considérée comme péché capital par l'Église.

Aux alentours du XX^{ème} siècle, progressivement la mélancolie se retrouve comme conséquence résultante de l'amour contrarié, au sens plus large de l'ambition contrariée, donc une réaction à la frustration. On retrouve dans un article¹⁵ de Joël Bernat les prémisses de cette conception : « *Constantin l'Africain avance une autre cause à la mélancolie : l'étude assidue et le surmenage intellectuel (surtout chez les philosophes), ainsi que la passion amoureuse.* »

Ensuite du stade de péché capital elle deviendra plus précisément un **péché envers soi**, encore une fois dans son article, Joël Bernat reprend une première définition de la mélancolie par Pétrarque (1302 - 1374), la décrivant comme l'homme qui se sent entouré : « *de toutes les misères de la condition humaine, à savoir la mémoire des tourments passés et de la peur des tourments à venir.* »

Au XIX^{ème}, l'époque du romantisme voit fleurir avec Chateaubriand une nouvelle définition du phénomène : « *... état de l'âme (...) qui précède le développement des grandes passions lorsque toutes les facultés, jeunes, actives, entières mais renfermées, ne se sont exercées que sur elles-mêmes et sans objet.* ».

¹⁵ BERNAT Joël : « L'invention de la dépression » [en ligne] URL : <http://www.dundivanlautre.fr/questions-cliniques/joel-bernat-linvention-de-la-depression/2> (consulté le samedi 31 mars 2018)

Le progressif détachement des croyances religieuses ainsi que le développement de l'ennui engendré par le modèle bourgeois de société sont à cette époque de nouvelles causes de mélancolie.

Toujours selon les recherches de Joël Bernat nous découvrons une fois encore les propos d'un personnage historique, Alfred de Musset : « ... *l'on ne sait, à chaque pas que l'on fait, si l'on marche sur une semence ou un débris.* » cela pour expliquer l'émergence d'un ressenti, contrasté entre les infinies possibilités de notre subjectivité et les moindres possibilités de les réaliser.

La psychiatrie naissant, la terminologie évolua. Esquirol au début du XIX^{ème} siècle introduit la notion de délire, la mélancolie elle se dirigea du côté des psychoses. Mais il faudra attendre, les travaux d'Emile-Kraepelin au début du XX^{ème} siècle pour une appréciation de la mélancolie comme une phase du délire psychotique et la fin des années 1960 pour voir arriver en France la notion **d'état dépressif** avec Henri Ey.

Les travaux de Freud remettent en mouvement la conception de l'état dépressif, celui-ci n'étant pas exclusivement une phase du délire psychotique, il peut également se présenter dans un syndrome névrotique.

Dans le domaine de la psychiatrie, la conception clinique de la dépression va s'inscrire dans la notion de **troubles de l'humeur** et englobera les différentes étiologies afin de mieux les distinguer en aval, selon deux catégories différentes.

Tout d'abord le **trouble bipolaire**, anciennement décrit par le terme de psychose mania-co-dépressive, il se présente aujourd'hui selon trois grandes catégories, les types I, II et III.



Le premier type, forme la plus courante de ce trouble, consiste en une alternance de phases maniaques et de phases dépressives, avec un court épisode intermédiaire sans manies ni dépressions.

Le deuxième type se présente également sous une forme d'alternance de la thymie, cette fois-ci les phases sont moins prononcées, on parle alors d'hypomanies. Cette alternance de symptômes cliniques est également entrecoupée d'une phase dite « normale ».

Enfin le troisième type correspond à un mécanisme plus paradoxal, car il est possible de rencontrer des épisodes maniaques durant les phases dépressives et inversement. La forte variation thymique est toujours présente, mais des épisodes maniaques peuvent être générés par la prise d'antidépresseurs sans stabilisateur d'humeur.

Ensuite, la deuxième catégorie des troubles de l'humeur, **le syndrome dépressif**, un ensemble de quatre grands types de symptômes : Une altération dépressive de l'humeur et des représentations négatives, un ralentissement psycho-moteur, un désir de mort et la présence d'idées suicidaires, de symptômes somatiques. Notre étude se centrant sur cette catégorie, nous abordons les recommandations de l'H.A.S à ce sujet.

2.2 Critères diagnostics et recommandations

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé, à travers un texte¹⁶ de recommandations, guide la pratique quant au diagnostic et à la prise en soin de l'épisode dépressif. Définit comme caractérisé, quand présent pendant au moins deux semaines, il induit un changement significatif par rapport au fonctionnement antérieur et une détresse significative.

L'HAS nous propose, dans son **guide de recommandation**, un tableau comparatif du protocole de caractérisation de l'épisode dépressif majeur, selon deux classifications : la CIM-10¹⁷ et le DSM-5¹⁸(ce tableau est disponible en annexe¹⁹).

¹⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE : « RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours : Méthode Recommandations pour la pratique clinique. » Octobre 2017 - [en ligne].

¹⁷ CIM 10 = 10e révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

¹⁸ DSM-5 = 5ème révision du : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »

¹⁹ Annexe n°1 : Tableau comparatif du protocole de caractérisation de l'EDM.

L'HAS à travers ses recommandations diagnostiques, précise qu'un état dépressif dont l'origine est la conséquence d'un deuil, est un processus "normal" d'adaptation à une perte significative et que cela ne rentre pas dans le cadre de ce diagnostic. Il est également précisé que la manifestation de ces symptômes peut prendre une forme somatique et/ou fonctionnelle différente selon les cultures et les croyances.

Dans un deuxième temps, l'HAS à travers ces recommandations de prise en soin désigne **la construction d'une alliance thérapeutique** avec la personne comme premier objectif, dont découlera une prise en soin décomposée en deux phases : la phase aiguë dont l'objectif est la rémission complète des symptômes et la phase de consolidation dont l'objectif est de prévenir la rechute de l'épisode.

Une fois le diagnostic de l'épisode réalisé, une recherche, **des ressources et potentialités de la personne**, est effectuée au long cours. Le protocole de suivi se doit d'être une fois encore écrit et décrit. Le devoir d'information s'applique également au sujet des associations de patients et d'usagers, de groupe d'entraide etc.

2.3 Objectifs ergothérapeutiques

L'ergothérapeute par l'usage de médiations dispose d'outils en vue de prendre en soin la pathologie dépressive, c'est ce que l'on appelle **la thérapie médiatisée**.

Cette thérapie, s'articule autour de trois processus thérapeutiques : **être, faire et (se) transformer**. Dans le cas des personnes dépressives, les processus pathologiques principaux sur lesquels nous pourrions proposer un travail en ergothérapie sont : le sentiment de dévalorisation, l'apragmatisme et l'expression de la plainte dépressive.

Autour du processus de l'être, il est à remarquer principalement, le sentiment de dévalorisation de ces patients. Pour lutter contre le sentiment de dévalorisation, l'ergothérapeute ouvre la voie à la valorisation du patient, à travers un échange nécessairement authentique, et proposant la mise en évidence des compétences et des capacités (par la validation).

La valorisation s'appuie sur un mécanisme de défense intra-psychique qui est la sublimation, utilisée dans le but d'inscrire l'énergie de la personne dans des activités socialement acceptables, valorisantes et valorisées.

Pour retrouver un sentiment de valeur personnelle, l'ergothérapeute cherchera à permettre à la personne d'intégrer (réintégrer) en elle ses dimensions positives; d'utiliser ses mécanismes de défenses comme la sublimation et l'humour. Cette démarche profonde est en parallèle accompagnée d'une démarche d'incitation, afin d'apprendre à la personne à prendre davantage soin d'elle dans le but de redécouvrir la notion de plaisir dans l'activité.

Enfin l'usage du groupe comme mise en situation permettra à la personne d'expérimenter sa dimension sociale au sein d'un cadre sécurisé favorisant le narcissisme groupal, cela permettant au thérapeute d'observer les axes d'améliorations et les stratégies à développer chez la personne pour favoriser la participation sociale.

Autour du processus du faire, il est recommandé de ne pas vouloir lutter contre l'apragmatisme de manière directe, mais plutôt de respecter dans un premier temps le non-faire, sans incitations excessives. L'inertie de ces patients vient souvent témoigner de la pulsion de destruction qui les habite, et s'inscrit parfois même dans des pulsions auto-destructrices. En effet, comment avoir envie de faire quelque chose, quand la personne a le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?

La personne pourra à travers ses actions retrouver un sentiment d'existence, le thérapeute interrogera l'origine de l'action : Faire pour faire ou faire pour être ? Le fruit des apprentissages ainsi que l'activation des potentialités du patient permet dans l'action de retrouver la notion de plaisir, par le constat d'une possibilité d'agir sur le réel.

Le troisième processus concerne **la notion de changement**. Il est tout à fait possible, pour certaines personnes, dont la plainte dépressive cède facilement, de se contenter d'un changement de comportement, au sens d'avoir pu retrouver un sentiment de valeur ou de pouvoir être à nouveau acteur de sa vie. Mais pour d'autres patients, demeurant dans une plainte dépressive répétitive, un changement de type psychothérapique sera nécessaire. Dans ce cas, l'ergothérapeute doit

donc **favoriser l'expression** de la personne de toutes les façons possibles : soit inciter à l'énonciation du ressenti, ou favoriser la mise en représentation concrète (graphique, plastique) ou encore proposer de découvrir la notion des associations d'idées. C'est la capacité d'introspection de la personne qui sera le mécanisme à solliciter, pour lui permettre l'élaboration de ses conflits internes.

Le conflit est abordé en psychanalyse comme une notion apparaissant lorsque, dans le sujet, s'opposent des exigences contraires. Il peut être manifeste dans les cas d'opposition entre un désir et une exigence morale, par exemple, ou encore entre deux sentiments contradictoires. Ou latent, ce dernier pouvant tout de même s'exprimer de façon déformée et se traduire par la formation de symptômes, de troubles de la conduite, de troubles du caractère, etc. Nous tâcherons dans la partie suivante d'approcher ces mécanismes.

B - Quelques éléments concernant les états de la conscience

1 - Définir la conscience et l'inconscient

Commencer par définir la conscience et l'inconscient semble être une démarche essentielle à notre réflexion. Plusieurs disciplines abordent ces phénomènes, la philosophie, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la neurologie, la psychanalyse etc. Nous prenons ici, le temps d'extraire quelques informations utiles, à notre définition, présentées par différents observateurs.

L'approche neurologique, aborde une définition de la conscience qui pourrait ressembler à celle-ci : « *Elle est définie comme la connaissance de soi et de l'environnement. Une conscience normale est permise par la normalité de la vigilance associée à l'intégrité des fonctions mentales.* »²⁰

²⁰ Ressources numériques de la Faculté de médecine de la Sorbonne : URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.5.5.html>, [en ligne] consulté le 15 janvier 2018.

Un lien étroit, entre la notion de conscience et la notion de perception (permise par nos facultés mentales, dont la vigilance), nous est proposé ici. Plus proche d'un regard scientifique pur, celui-ci semble centré sur la mise en lumière d'un fonctionnement normal ou d'éventuelles incapacités. Il semble pourtant que certaines situations échappent à la logique de cette définition.

Prenons l'exemple de la vision aveugle, cette vision intuitive, parfois surnommée inconsciente, qui permet, dans certains cas, à une personne ayant subie une lésion cérébrale et ayant perdue la fonctionnalité de la vue, de ressentir de façon intuitive des formes, des couleurs et d'éviter certains obstacles lorsqu'elle se déplace.

Cet exemple nous suggère-t-il qu'un défaut de perception visuelle n'empêcherait pas d'utiliser des informations de l'environnement, perçues habituellement de manière consciente ? Par quel moyen cela est-il rendu possible ? Une piste résiderait-elle dans le fonctionnement des structures régulant davantage les processus réflexes ?

Nous explorons d'autres regards au sujet de ce concept de conscience pour approfondir notre étude. **D'après les dictionnaires de philosophie**, la conscience se définit comme suit : « *Appréhension par un sujet de ce qui se passe à l'intérieur et hors de lui-même.* »²¹ . L'on apprend ici que la conscience est à la fois une vigilance vers l'extérieur mais aussi vers l'intérieur de nous-même.

L'approche psychologique est la suivante : « *Fonction de synthèse qui permet à un sujet d'analyser son expérience actuelle en fonction de la structure de sa personnalité et de se projeter dans l'avenir.* »²² Dans cette approche, la notion de référentiel apparaît, le mécanisme (de synthèse) se précise et ses implications quant à la question identitaire passée et future, se ressentent également.

²¹ DICOPHILO : « Conscience » : URL : <https://dicophilo.fr/definition/conscience/>, [en ligne]

²² LAROUSSE : « Conscience - psychologie » : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conscience/18331> , [en ligne]

Par la sociologie, nous abordons le fait, qu'il semble intéressant de souligner la connotation importante du mot *conscience* dans notre société. Le lien avec la notion de *morale*, est profondément ancré dans l'élaboration sociétale du concept de conscience. Selon Durkheim et ses disciples, la conscience collective serait un ensemble de croyances et sentiments partagés par la moyenne des membres d'une collectivité.

Le partage de sentiment, de croyances est dépendant de la possibilité pour un groupe d'individus d'arborer **un ensemble de représentations**, d'objets symboliques communs. Ce support à la communication qu'est le monde des symboles, semble donc être au cœur-même du fonctionnement de notre conscience.

La conscience, semble être le moteur, via le symbolique, de **la construction de notre être**, de l'élaboration de nos actions, de notre capacité à changer, nous transformer ou bien même perpétuer les traditions.

Dans la littérature française d'**anthropologie**, un auteur²³ relayant l'ouvrage²⁴ d'un jeune neurologue de la Salpêtrière, souligne que : « Freud a mis au jour un rouage essentiel de notre conscience : précisément ce besoin vital d'interpréter, de donner du sens, d'inventer à travers des constructions imaginaires ».

Afin de poursuivre notre travail, voici quelques pistes de définition autour de l'inconscient : **Au sens psychanalytique**, celui-ci répond à deux critères essentiels : il est dynamique et se situe à la frontière du somatique et du psychique. Précisons, que selon Freud, ce dynamisme de l'inconscient se nourrit du refoulement.

À contrario, l'approche de l'inconscient développée **du côté des neuro-sciences**, semble se détacher des mécanismes traitant de la symbolique, pour s'intéresser davantage à l'étude fonctionnelle du cerveau. Quelles aires cérébrales sont activées, quels mé-

²³ Jacques Galinier, « Lionel Naccache, Le Nouvel Inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences », L'Homme [En ligne], 187-188 | 2008, mis en ligne le 16 décembre 2008, consulté le 08 janvier 2017.
URL : <http://lhomme.revues.org/20782>

²⁴ Lionel Naccache, Le Nouvel Inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences. Paris, Odile Jacob, 2006, 465 p., bibl., ill.

canismes sont mis en jeu lors l'utilisation des mécanismes subliminaux, qu'est-ce qui rend possible l'apprentissage implicite ou d'autres façons de percevoir la réalité (comme la vision aveugle) ?

Selon les disciplines abordant ces concepts de conscient et d'inconscient, nous pouvons appréhender différentes visions se complétant mais parfois aussi en contradiction. L'ouvrage de Lionel Naccache, présente d'ailleurs des éléments argumentant l'incompatibilité entre la conception freudienne de l'inconscient ***l'Unbewusst*** et la conception davantage "cognitive" de l'inconscient élaborée du côté des neuro-sciences.

Cependant une troisième approche attirera notre attention et servira ici de définition, celle de **Milton Erickson**. L'auteur Thierry Servillat, président de l'Institut Milton Erickson de Rezé, nous propose dans son ouvrage, une définition simple de l'inconscient, décrite comme étant celle qu'utilisait habituellement Milton Erickson : « *Je vous propose de définir l'inconscient par son contenu : est inconscient tout ce qui n'est pas conscient* »²⁵.

La pratique de l'hypnose ericksonienne peut prendre diverse formes, de l'hypnose conversationnelle et suggestive, à l'hypnose profonde voire cathartique. La personne peut de part la modification de son état de conscience, aborder d'une manière différente les éléments prêtés à sa conscience. L'expérimentation de sa capacité à agir sur ses représentations internes, sera étayée par le thérapeute dans un but de permettre le changement.

Certains mécanismes similaires s'observent entre les pratiques, pour Freud et Erickson : l'inconscient est situé comme présent au sein du corps. Celui-ci est une surface de projection toute entière pour l'inconscient.

Selon la pratique psychanalytique de l'entretien sur le divan, la personne est allongée, invitée à l'exercice des associations libres. Cette configuration favorise le relâchement, le prisme des perceptions est modifié, de nouvelles approches émergent. On retrouve ce mécanisme de modification de l'état de conscience dans l'état de transe hypnotique.

SERVILLAT Thierry : « Découvrir l'autohypnose » : Intervision »

Cependant, Freud et Erickson se séparent au sujet de la qualité des contenus de l'inconscient : « poubelle » du refoulement chez Freud, pour qui l'inconscient est une partie du fonctionnement psychique permettant de protéger la conscience des contenus non acceptables. Alors que pour Erickson, celui-ci est régi par une dimension à la fois positive, protectrice et bienveillante, il est comparable à un réservoir de ressources.

Les définitions de la conscience et de l'inconscient nous conduisent alors à interroger les différents états de la conscience et leurs modifications.

2 - Les différents états de consciences

L'être humain explore différents états de conscience **chaque jour**, chacun aura nécessairement déjà expérimenté le sommeil, celui-ci permettant de se rendre compte que le corps peut adopter, à minima, deux fonctionnements complètement différents voire opposés : l'éveil et le sommeil, chacun répondant à divers besoins physiologiques de l'organisme.

Les états de conscience semblent être liés **au degré de stimulation des sens**. Lorsque nous entrons dans le sommeil, l'état de conscience est modifié, et cela est permis par une détente musculaire complète de la personne ; favorisée par la position allongée du corps ainsi que le calme environnant (lumière, bruit, etc). Ainsi que bien évidemment la fatigue, perturbant les perceptions sensorielles, agit en faveur de l'endormissement.

Notre degré de conscience semble être lié **au degré d'utilisation de nos sens**, il semblerait que le fonctionnement du cerveau s'adapte au stimulus que celui-ci perçoit. Il est possible en pratique d'objectiver la modification des états de conscience par l'EEG grâce aux travaux de Hans Berger. Pour cela nous abordons ici, différentes mesures d'ondes cérébrales et leurs signification via un article²⁶ publié au sein de l'université Paris Descartes.

²⁶ PECH Alexandra : « Ondes cérébrales et états de conscience » : consulté en ligne : URL : <http://www.parisdescartes.fr/content/view/print/19173>

Tout d'abord **les ondes gamma** (65Hz à 25Hz) correspondent à une activité mentale très intense. Cet état sera comparable à celui décrit plus en aval par l'état de flow, le cerveau est en état de grande vigilance, ce sont en général des états permis par une forme de conditionnement.

Nous retrouvons ensuite **les ondes bêta** (25Hz à 13Hz) qui correspondent à un état de plein éveil, retrouvées au quotidien ces ondes cérébrales sont produites lors d'actions, d'apprentissages, de réflexions.

Ensuite se trouvent **les ondes alpha** (13Hz à 8Hz), celles-ci représentent un état de relaxation légère, d'éveil calme. Cet état correspond à un bas niveau d'agitation psychologique, de stress, c'est lorsque nous nous relâchons. Cet état semble propice à une harmonisation du rythme des deux hémisphères, qui habituellement fonctionnent en dominance l'un sur l'autre.

Ces états bêta et alpha, sont rencontrés chaque jour par l'individu. Une analogie pourrait consister à imaginer que lorsque l'on exécute une tâche, durant l'effort, la fréquence des ondes cérébrales est davantage de type beta, mais lorsque l'on a fini et que l'on s'assoit confortablement pour savourer le plaisir d'avoir fini, celui-ci fonctionne sur un mode davantage alpha.

Enfin arrivent **les ondes thêta** (8Hz à 4Hz), correspondant à la relaxation profonde, la méditation profonde, la notion de transe, de sommeil hypnotique; ici la notion du temps est court-circuitée. Les enfants privilégient ce fonctionnement cérébral, il semble qu'il soit celui menant à nos représentations internes, à ce qui est ancré au plus profond de nous et qui régit inconsciemment notre vie au quotidien.

Il est à noter qu'un dernier niveau d'ondes cérébrales existe, celui-ci correspond au niveau delta (0,5Hz à 4Hz) résultant de la mesure à l'E.E.G d'un sujet en sommeil profond, ne rêvant pas.

2.1 - Le flow

Selon S.Kotler et J.Wheal , fondateurs du Flow Genome Project, nous comprenons un lien entre le concept d'état modifié de conscience et le biochimisme de l'individu. Ils sont à l'origine de l'acronyme S.T.E.R²⁷ reprenant des éléments cliniques objectivant selon eux, l'état de conscience modifié qu'est le flow. Ils soulignent également la correspondance entre états modifiés de conscience et ondes cérébrales.

Dans leur ouvrage²⁸ ils mettent en lumière l'intérêt porté aux états modifiés de conscience dans des domaines pouvant parfois surprendre, ils retraduisent que la capacité à modifier son état de conscience est une caractéristique recherchée et cela dans des domaines comme les commandos américains les **S.E.A.L.s**.

À travers leur description de cet état de flow, l'on constate que l'être humain serait capable de traiter une quantité variable d'informations de manière consciente ou inconsciente. Dans cet exemple des commandos, l'objectif consisterait à traiter un maximum d'informations de manière inconsciente, de façon à permettre de percevoir plus finement une catégorie précise d'informations.

Csikszentmihalyi (prononcé : « Chic-Sainte-Miha »), un psychologue hongrois, établissant aux alentours des années 70, la théorie selon laquelle l'on peut améliorer sa qualité de vie, en s'engageant dans des activités qui ont une grande importance pour nous ; définit le sentiment en découlant comme « ***l'expérience optimale*** » ou le « Flow ».

Son postulat se fonde sur le fait qu'il n'y ait selon lui que deux possibilités pour optimiser sa qualité de vie : améliorer les conditions extérieures et donc notre environnement, ou modifier la perception que nous en avons.

²⁷ Selflessness Timelessness Effortlessness Richness : Abolition de l'égo, abolition de la notion du temps, abolition de la notion d'effort, richesse de la pensée.

²⁸ STEVEN Kotler, JAMIE Wheal : « Stealing Fire »

Il démontre le lien entre **engagement dans les activités** et la qualité de vie subjective des personnes. L'amélioration de la qualité de vie pourrait selon lui s'expliquer par la pratique de l'expérience optimale. Le ressenti de l'expérience optimale, serait possible lors d'un engagement total dans une activité tout en respectant certains critères.

Pour Csikszentmihalyi, par définition **l'état naturel de l'esprit est le chaos** (désordre psychique) et c'est au travers de l'engagement dans l'action que le fonctionnement du cerveau sera amélioré et plus ordonné. L'investissement d'énergie psychique dans une activité adaptée apportera une sensation de « Flow ». Il est ici possible d'effectuer ici un parallèle avec la notion de conditionnement.

Ce conditionnement, pour obtenir un contrôle de notre attention, illustré par Francesco Cirrilo à la fin des années 80. C'est par exemple, la technique de Pomodoro (voulant dire "tomate" en italien), qui se fonde sur un séquençage du temps consacré à la tâche, en phase d'action et de repos. L'effort est planifié de sorte à permettre à l'individu de ne répondre à aucune distraction et de conserver un niveau optimal d'attention.

2.2 - Le lâcher prise

Selon les bouddhistes le lâcher-prise s'apparente au renoncement et cela dans une quête de la paix intérieure. Globalement, cela peut se traduire par une certaine flexibilité mentale, une faculté à garder ou prendre la maîtrise d'une situation en ne lui opposant pas de résistance mais en oeuvrant avec ce qui est. L'on peut faire ici une analogie avec le célèbre proverbe chinois : « *Dans un bateau qui navigue à contre-courant, qui n'avance pas recule* ».

Lâcher prise nécessite que la personne ait un **sentiment de sécurité** suffisamment efficace, pour pouvoir faire confiance et se faire confiance. Dans les séances de relaxation, cette dimension du lâcher prise est souvent recherchée par les thérapeutes et attendue par les patients. Mais le lâcher prise n'est pas si facile que cela à mettre en oeuvre et à éprouver.

En effet, le fait de ne rien faire n'est pas toujours valorisé par la société. Le lâcher prise est parfois associé au « laisser aller » et, dans ce cas, il peut être difficile pour certaines personnes d'apprécier ce temps. L'apragmatisme des patients dépressifs les conduit à associer « ne rien faire » et dépression. Leurs entourages les stimulent aussi fréquemment, leur suggérant de « se bouger », « ne pas se laisser aller », « faire des efforts ».

Le lâcher prise correspond davantage à un équilibre dans le fonctionnement dynamique de notre psyché qu'à un état de conscience en lui-même : « *Le lâcher prise s'apprend et s'entretient. Chaque jour est nouveau et nous devons recommencer à exercer notre attention. Lorsqu'une pensée pénible tente de nous accaparer, dépistons là avant qu'elle ne prenne trop de place. En cas, d'échec, retrouvons le calme intérieur en respirant profondément jusqu'à sentir notre présence.* »²⁹

L'on comprend au travers de cette citation, que le lâcher prise est un mécanisme à entretenir quotidiennement. Une fois maîtrisée, cette faculté à lâcher prise permet d'accéder à un niveau de conscience plus apaisé au quotidien, une relaxation légère, la détente.

L'étude d'un autre fonctionnement, plus ancien, se trouvant encore plus proche de ce qui est ancré profondément en nous, s'éloignant toujours un peu plus des stimulations extérieures pour se concentrer sur nos perceptions intérieures, sera ce qu'on appelle classiquement "l'état de transe".

2.3 - L'état de transe

D'après le dictionnaire de la Psychiatrie³⁰, l'état de transe correspond à une : « *Altération transitoire de la conscience de soi, avec baisse de la sensibilité aux stimulus, voire transport du sujet en dehors de lui-même et du monde réel, comportements automatiques et exaltation fréquente.* »

²⁹ VAN HER Frédérique, « Lâcher prise pour trouver son équilibre », éditions ESI, mai 2011, Paris.

³⁰ « Dictionnaire de la Psychiatrie » : Rédigé sous la direction du Professeur Pierre Juillet avec le concours de 30 collaborateurs, et coordonné par le Professeur Jean-Charles Sournia - éditions du CILF, Paris, 2000

Il est important de préciser que l'on retrouve l'expression d'état de transe dans la **symp-tomatologie des troubles dissociatifs** (de conversion). Ces problématiques fonctionnelles s'apparentent d'après la littérature³¹, à des lésions "dynamiques" de certaines structures néo-corticales, dont celles impliquées dans les représentations de soi mais aussi limbiques comme l'amygdale.

Ces phénomènes de dissociation, sont d'ailleurs mis en parallèle avec la **notion de conversion freudienne** correspondant à la transformation d'un conflit psychique dans le soma, le corps devient l'expression du conflit. Nous retrouverons, plus en aval, dans la partie consacrée à l'hypnose (qui n'est qu'une méthode d'induction à l'état de transe), les indications et contre-indications à l'utilisation de ce passage à l'état de transe en thérapie.

La notion de transe engendrée par l'hypnose sera donc progressivement décrite comme **une moindre sensibilité aux perceptions environnementale et une augmentation de la suggestibilité**. Schultz précise, « *l'hypnose n'est pas un phénomène purement psychologique et n'équivaut pas à la simple suggestion. C'est plutôt un véritable changement d'attitude de tout l'organisme.* »³²

Dans l'hypnose, pour parler de l'état de transe, un mot est souvent employé aussi, c'est celui de dissociation. Il convient aussi, de ne pas oublier que ce terme se réfère, en psychiatrie à la notion pathologique de dissociation psychique dans la psychose, afin de ne pas entrer dans une confusion.

3 - Les outils pour modifier l'état de conscience

3.1 - L'activité

Plus en amont nous décrivions le flow, cet état d'hyper-concentration retrouvé dans les activités où le challenge est calibré au sujet, ce phénomène illustre les possibilités thérapeutiques de l'activité, ainsi que le lien entre le faire et l'être.

³¹ Berney Alexandre, Aybek Selma, « Troubles dissociatifs (de conversion) : les intuitions freudiennes revisitées par la neuro-imagerie », *Psychothérapies*, 2015/1 (Vol. 35), p. 53-58. DOI : 10.3917/psys.151.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2015-1-page-53.htm>

³² <https://therapeutesmagazine.com/training-autogene-de-schultz/> [en ligne] consulté le 30 avrils 2018

L'élaboration contextuelle de l'activité, comme retrouvée dans les situations de la vie courante, dans les parcours de soins ou bien même encore plus largement dans le monde du travail, entraîne l'individu à développer une palette d'état de consciences permettant de passer d'un état de concentration intense à un état relationnel nécessitant une ouverture aux autres et inversement.

Pour entrer en relation avec les autres de manière optimale comme cela est souvent requis dans les pratiques professionnelles, passe par une écoute de l'autre, une vigilance centrée sur l'extérieur.

L'accueil d'un client dans un grand magasin, d'un patient en institut, de collègues pour une réunion, nécessite une ouverture aux autres. Un minimum de lâcher prise est nécessaire quant à ses propres pensées et sensations corporelles lors de l'interaction. Naturellement, l'on déplace la source du sentiment de sécurité, de la présence au corps à la présence à la situation.

Toutes les activités peuvent permettre d'entrer dans cet état de conscience modifié qu'est le Flow. Nous ne développerons pas ici, cette dimension de l'activité au sens très large. Nous allons en effet, nous centrer sur les techniques permettant de modifier sa propre vigilance, comme la relaxation, la méditation et l'hypnose.

3.2 - La relaxation : Techniques psycho-corporelles

Nous entamerons notre propos au sujet de la relaxation par la mise en lumière d'un principe cher à Wilhelm Reich psychiatre et psychanalyste autrichien. Selon lui nos souvenirs douloureux sont refoulés dans l'inconscient et enregistrés dans le corps, formant une véritable cuirasse de tension musculaire.

En accord avec ce principe, nous retrouvons à partir du XX^{ème} siècle que J.H.Schulz psychothérapeute avisé sur les états de conscience, maître en hypnose, élaborait une méthode de relaxation systématisée ayant pour but de favoriser la détente de la sphère mentale,

grâce un travail visant à supprimer les tensions musculaires qu'il nomma : Training Auto-gène dont il publia les premiers rapports en 1926.

D'après un ouvrage³³ l'on en apprend davantage sur la portée de ce "training" : « *Il ne s'agit pas d'une simple technique de relaxation, mais d'une thérapeutique visant à assurer la maîtrise du corps par la concentration psychique sur les fonctions végétatives..* »

Il est important de préciser ici, qu'en parallèle E.Jacobson dans une démarche similaire de recherche d'un état de détente de la sphère mentale, développa une technique se basant sur le maintien volontaire d'une tension musculaire ciblée pour ensuite obtenir un relâchement plus intense, plusieurs méthodes voient le jour: dont la technique de Jacobson, la relaxation Martenot et toutes les autres formes de relaxation active ou gym douce.

Pour en revenir à J.H.Schulz, le training autogène se fonde autour du postulat suivant : le sujet réalise lui-même sa décontraction sans l'aide de personne. Cependant la technique requiert également de la part du sujet qui souhaite l'employer des capacités fonctionnelles de concentration.

Schultz à travers sa technique nous propose une série d'exercice visant différents systèmes. Afin d'être certain de se faire comprendre, Schultz souligna dans son manuel explicatif destiné aux médecins que ce sont les interactions psycho-physiologiques qui sont au coeur de cette technique.

Cette méthode permettrait selon la répétition d'exercices de concentration mentale, de relaxer les différents systèmes qualifiés d'expressionnels, que sont les muscles en général, les vaisseaux, le coeur, l'appareil respiratoire et les muscles liés aux organes abdominaux.

³³ Schultz Johannes Heinrich, *Le training autogène. Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013, 504 pages. ISBN : 9782130620631. DOI : 10.3917/puf.schul.2013.01. URL : <https://www.cairn.info/le-training-autogene--9782130620631.htm>

Et c'est justement la relaxation de ces systèmes expressionnels qui permettrait, toujours selon Schultz de réduire la tension affective du sujet, d'atténuer la résonance corporelle de ses émotions permettant d'entraîner un état de détente mentale.

De nombreuses méthodes en découlent, dont la sophrologie élaborée en 1960 par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo. Le but reste une modification de l'état de conscience afin d'atteindre volontairement une dominance des ondes alpha.

3.3 - La méditation pleine conscience

Nous découvrons au travers d'un article³⁴ l'origine de celle-ci : « *La méditation de pleine conscience est une approche millénaire, issue de la philosophie bouddhiste et de la tradition vipassana. Mais c'est le docteur Jon Kabat-Zinn qui, à partir des années 1970, l'a popularisée sous la forme d'un programme laïque intitulé MBSR : meditation-based stress reduction program* ».

Cette discipline induit le développement d'un mécanisme de présence à l'instant consistant à favoriser notre capacité à prendre du recul, à pouvoir prendre les choses pour ce qu'elles sont et non pour ce que nous imaginons qu'elles sont. Il existe au sein de la méditation pleine conscience, trois grandes familles d'exercices :



Il y a d'abord les exercices approfondis, assez long, de l'ordre de la demi-heure, consistant à ressentir son souffle, son corps, se rendre présent au son, rentrer dans l'instant présent. Cette catégorie d'exercice serait la première à maîtriser pour poursuivre son apprentissage.



Il y a ensuite des exercices plus brefs, que l'on peut faire lors des moments d'attentes quotidiens, correspondant au fait de fermer les yeux et de se centrer sur sa respiration sans chercher à la contrôler et éventuellement si l'on dispose d'assez de temps, visualiser calmement l'ensemble des parties du corps les unes après les autres.

³⁴ Isnard Bagnis Corinne, *La méditation de pleine conscience*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2017, 128 pages. ISBN : 9782130790136. URL : <https://www.cairn.info/la-meditation-de-pleine-conscience--9782130790136.htm>



Enfin la troisième famille d'exercices concerne la pleine conscience lors des moments d'actions, c'est à dire continuer le travail de ces exercices lorsque l'on agit, c'est se centrer uniquement sur l'acte que l'on réalise, en ressentant chaque sensation que cela procure.

À la différence de la relaxation au sens traditionnel, la méditation pleine conscience ne se voit pas être perturbée par des éléments sonores imprévus, l'objectif étant de tranquillement les accueillir et de poursuivre son exercice. Dès l'intégration de ce mécanisme, le sujet aura tendance à moins se faire piéger dans un comportement de plaintes, dans le ressenti d'humeurs tristes, etc. Ces exercices auront pour but de « muscler » nos capacités d'attention et de présence à ce que nous faisons.

Selon le psychiatre C.André, l'utilisation de la méditation pleine conscience ne se fait pas dans le but de soigner quelqu'un qui va mal. Cette technique ne survient pas là où commence la prise en charge de l'épisode dépressif mais plutôt lorsque l'humeur est stabilisée dans le but d'éviter toute rechute.

3.4 - L'hypnose

Nous débutons notre étude de ce phénomène par la citation suivante : « *l'hypnose n'existe pas en tant que telle : il ne s'agit que d'un mot qui désigne notre façon occidentale et contemporaine de définir un état particulier de transe...* »³⁵

Il s'agit davantage d'un outil protocolaire visant à permettre à la personne d'entrer en état de transe. Ce protocole se compose des phases suivantes : pré-induction, induction, approfondissement de la transe et réveil.

³⁵ Bioy Antoine, « Chapitre II. Qu'est-ce que l'hypnose ? », dans *L'hypnose*. Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2017, p. 25-78. URL : <https://www.cairn.info/l-hypnose--9782130786122-page-25.htm>

Les indications comme présentées par la confédération francophone et thérapies brèves sont les suivantes : douleur aiguë et chronique, anxiété et dépression, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, phobies, addictions, troubles scolaires, préparation mentale (des sportifs par exemple), troubles fonctionnels digestifs, soins palliatifs, énurésie, acouphènes. Cependant un avis psychiatrique déterminera généralement que l'utilisation du mécanisme d'hypnose est contre-indiqué lors d'épisode maniaques.

Ces troubles comme les phobies, l'anxiété, l'angoisse, etc peuvent parfois nous sembler s'apparenter à l'expression somatique de certains conflits psychiques comme vu précédemment dans la partie consacrée à l'état de transe. Mais afin de poursuivre notre étude, nous revenons à la genèse de l'hypnose et son histoire.

Cette pratique ancienne qui a connu une baisse en vue du développement de la psychiatrie « biologique » revient cependant aujourd'hui en force. D'après une conférence présentée par le Dr Julie Bacher, nous abordons l'histoire de l'hypnose au fil du temps, l'évolution et les enjeux de cette discipline dans les pratiques de santé.

D'après un article³⁶ publié au sein de l'université Paris Descartes, nous introduisons une précision sur l'origine de cette pratique. Des écrits mésopotamiens ainsi que d'Egypte antique, suggèreraient que l'utilisation de mécanismes similaires à ceux retrouvés en hypnose étaient déjà employés à des fins thérapeutiques.

Cependant il est important de préciser qu'à travers ces époques, les thérapies faisant appel aux états modifiés de la conscience, n'étaient pas indépendantes du contexte religieux et présentaient différents rituels divers et variés. D'après un ancien ouvrage³⁷, l'on comprend l'intérêt des Hommes à prolonger l'étude de ces mécanismes :

³⁶ CANIVET Pierre-Alain, ESCLASSAN Rémi, DESTRUHAUT Florent et POMAR Philippe : « Regardez-moi dans les yeux ... ou dans les dents ! Hypnose, médecine et dentisterie, histoire d'un triangle amoureux. » Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire, 2014, 19. Université Paris Descartes.

³⁷ Lapassade Georges, « 2. *Les dispositifs inducteurs* », dans *Les États modifiés de conscience*. sous la direction de Lapassade Georges. Paris, Presses Universitaires de France, « Psychiatrie ouverte », 1987, p. 29-50. URL : <https://www.cairn.info/les-etats-modifies-de-conscience--9782130402770-page-29.htm> (extrait en ligne)

« ...l'induction hypnotique est l'aboutissement « laïcisé » des techniques d'exorcisme comportant la mise en transe des possédés avec l'intention d'expulser les démons qui les tourmentent... ».

Durant la seconde partie du XVIII^{ème} siècle, Franz-Anton Mesmer développa la théorie du magnétisme animal, selon lui un fluide universel, impossible à saisir par l'organe des sens, comparable aux interactions entre les objets aimantés, pourrait entraîner lors d'une mauvaise répartition au sein du corps, l'apparition de troubles ou de maladies.

Celui-ci développa des prises en charges, cependant, la demande dépassant sa capacité à offrir ses services en individuel, Mesmer introduit la méthode de traitement collectif dite du baquet. Lors de ces séances collectives l'on pu apercevoir des phénomènes contagieux de **crises magnétiques** où même les femmes de la meilleure société parisienne perdaient leur contrôle, éclataient d'un rire hystérique, étaient prises de convulsions.

Cela entraîna un clivage de l'opinion et une investigation de part l'Académie royale de médecine qui statua sur une réfutation de la théorie de Franz-Anton Mesmer, dont les mécanismes seraient davantage liés au contexte des séances ainsi qu'aux capacités imaginatives des sujets en séance.

Au XIX^{ème} siècle, James Braid, étudiant la différence entre la transe et le sommeil, évoque que ces états sont à différencier et que l'hypnose naît d'un état intense de focalisation, d'absorption. Rejetant les théories du magnétisme, celui-ci préconise une approche de l'hypnose à des fins anesthésiques, de sédation.

Il est important de préciser que le développement de la pratique hypnotique, fût dans un premier temps clivée par une dualité entre deux écoles : l'école de Charcot visant par l'hypnose une thérapie pour les hystériques uniquement et celle des Dr Liébault, Bernheim et Liégeois introduisant les prémisses de la théorie cathartique. Ainsi l'issue du débat entre ces deux écoles, lors du Premier congrès d'hypnose, l'on retiendra les théories de Bernheim, dont celle de la suggestion.

Au XX^{ème} siècle se développe l'approche ericksonienne de l'hypnose la notion d'inconscient ericksonien, celui-ci comme un terrain de ressources, capable d'apprendre et riche de plus de savoir, que l'on ne croit le savoir. La théorie ericksonienne suggère également que les résistances peuvent-être contournées par la collaboration.

D'après une revue³⁸ internationale, il est possible de dégager certains concepts tenant de cette approche : faire appel aux ressources et aux forces de l'être humain ainsi qu'accepter et utiliser tous les éléments amenés par la personne. Refuser de généraliser les prises en charge, faire preuve de stratégie, tourner sa recherche vers les solutions et possibilités.

Un art du changement sans avoir à rendre conscient ce qui est inconscient, ainsi qu'une volonté de se concentrer sur le présent et le futur. De plus, l'art de la relation à l'autre, d'observer et de communiquer, sont des outils essentiels à l'approche ericksonienne. Enfin la restructuration cognitive, consistant à analyser et relativiser la représentation que nous avons des choses, se trouve être le mécanisme fondamental du travail en hypnose.

Pour conclure cette partie sur l'hypnose, nous soulignerons que l'utilisation de cet outil peut s'avérer délétère, lorsque l'absence d'un cadre éthique entraîne une vulgarisation ainsi qu'une stigmatisation de la pratique (ex : hypnose de spectacle, hypnose de rue).

C - Qu'est-ce que le bien-être

1 : Distinction entre la notion de bien-être objectif et subjectif

Dans un premier temps, nous aborderons une définition globale³⁹ du bien-être partagée par le C.N.R.T.L, qui se présente sous cette forme : « *sensation agréable procurée par la satisfaction des besoins du corps et ceux de l'esprit* »⁴⁰. Cette définition met en lumière la corrélation entre la notion de bien-être et la notion de satisfaction des besoins.

³⁸ COVARRUBIAS HERNANDEZ Abraham, Hypnose & Thérapies brèves, revue n°48, Les 11 principes d'Erickson, étude synthétique, éditions SATAS, Bruxelles, Belgique,

³⁹ « Globale » dans le sens où la distinction entre objectif et subjectif n'est pas présente.

⁴⁰ E. PASQUIER, Le Monophile, 20a, cité par Vaganay dans R. Et. Rab.,t. 9, p.301.

De plus, selon l'O.M.S : «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». Ici la notion de bien-être social apparaît, nous l'expliquons comme la satisfaction du besoin d'appartenance sociale.

L'O.M.S décortique la notion de bien-être et précise que le bien-être existe au travers de deux dimensions. l'une objective et l'autre subjective. Compréhensible comme une expérience de vie individuelle mais aussi une comparaison entre les circonstances de vie de l'individu aux normes et valeurs sociales.

Le premier versant, le bien-être **objectif** est lui mesuré par des indicateurs et des outils statistiques, comme par exemple le salaire, le niveau d'éducation, le taux de mortalité (etc..) et aboutit à des données utiles à l'épidémiologie et la santé publique. Certains éléments semblent correspondre à un ensemble de conditions environnementales et sociales favorisant ou non le bien-être.

Notre recherche s'inscrit autour du second versant du bien-être, l'**expérience individuelle**, la dimension subjective, ressentie de celui-ci. Un psychologue américain, Ed Diener développe les trois composantes de celui-ci : deux composantes affectives soit le niveau d'affect négatifs et positifs constituant le bien-être émotionnel, ainsi qu'une composante cognitive : la satisfaction par rapport à sa vie.

2 : Les conceptions actuelles

Un rapport complet sur le bien-être, nous éclaire sur un point. La conception actuelle du bien être peut s'approcher comme suit : « *..quatre grands thèmes : les facteurs économiques ou financiers, physiques, psychologiques, personnels, et enfin, le contexte..* »⁴¹. L'on retrouve bien ici l'idée que le concept de bien-être est multidimensionnel et relativement personnel, car il se rapporte à l'expérience individuelle.

⁴¹ TNS Qual+, « Le bien-être » Rapport complet de 2011, demandé par la commission européenne.

Cependant un autre point de ce rapport attire notre attention : « *Certaines indications permettent de conclure que les répondants issus des catégories sociales peu élevées insistent particulièrement sur l'importance des questions d'emploi et de revenus..* ». À contrario, les répondants issus de milieux aisés ont plutôt insisté sur les associations d'ordre psychologique. La conception du bien-être semblerait tout de même relativement dépendante des conditions de vie et tendrait à évoluer selon le parcours de l'individu.

Il est à noter également que le concept de bien-être subjectif aux trois composantes (selon Ed Dinner) tend à se développer davantage aujourd'hui, complétant peu à peu l'ancienne notion de bien-être psychologique dont la référence est la pyramide de Maslow.

3 : L'approche ergothérapique

En ergothérapie, nous recherchons également le bien-être de l'individu. Celui-ci, bien mis à mal, par l'incapacité à faire, la dépendance et l'absence d'autonomie, il devient évident que notre intervention est en lien direct avec cette notion. Apporter une solution fonctionnelle suffisante à la personne, lui permet de retrouver une participation active, dans des activités considérées comme signifiantes et significatives.

Dans le domaine de la santé mentale, nos objectifs, répondant à des demandes spécifiques, s'articulent autour de la mise en place d'activités de médiation. Ces dernières favorisant l'élaboration de conflits internes, l'expression, la revalorisation, le maintien ou la reprise de l'identité personnelle, visent la possibilité pour l'individu de s'accomplir.

Bien que les pratiques d'expression, de création, mais aussi de relaxation, nécessitent une formation complémentaire, celle-ci peuvent permettre au thérapeute, d'amener à la personne à prendre davantage conscience d'elle-même lors de l'activité. Favorisant ainsi le développement chez la personne, de stratégies adaptatives, permettant d'optimiser les capacités de participation.

Quant à la sensation de bien-être, ressentie lors d'épisodes de détente physique et morale, elle est la conséquence du mécanisme de lâcher prise (comme vu précédemment); celle-ci est indirectement favorisée par l'approche ergothérapique. Le travail des potentialités fonctionnelles ainsi que l'aménagement de l'environnement, favorise pour la personne, la possibilité d'**être et se sentir capable de réaliser** ses activités journalières et donc de diminuer son niveau d'anxiété quant à la réalisation de celles-ci.

II - Elaboration de la problématique

La recherche théorique nous ayant apporté différents éléments, cela nous amène à la problématique suivante : L'exploration d'une modification de l'état de conscience lors d'activités en thérapie permet-elle de favoriser le bien-être des patients déprimés ?

En réponse à cette problématique, nous avançons cette **hypothèse** :



L'exercice de la relaxation groupale par un ergothérapeute (ayant suivi une formation complémentaire), permet de favoriser le bien-être des patients présentant une pathologie dépressive.

III - Partie exploratoire

A - Méthodologie du recueil de données

1- Objectif de l'exploration & choix de la population

Mon exploration sur le terrain vise à observer et analyser les effets, des séances de relaxation, relatifs au bien-être subjectif des personnes souffrant de syndrome dépressif. L'intérêt que je porte aux séances de relaxation, est issu de mes recherches théoriques sur les enjeux des thérapies usant de la modification de l'état de conscience.

Pour le choix de la population, celle-ci s'est dessinée au sein des prises en charges d'une unité de soin libres, où, dans le cadre d'une prescription médicale, le choix d'une activité thérapeutique est proposée au patient, avec la notion d'un engagement nécessaire dans la thérapie.

Ceux s'étant dirigés vers la relaxation dans le choix de leur(s) activité(s) thérapeutique(s) ont été candidats potentiels en vue de mon étude. L'échantillon se compose de 6 personnes. Une condition nécessaire à l'entrée dans l'échantillon fût la volonté de participer à l'étude et l'approbation écrite et signée, d'un consentement éclairé, garantissant l'anonymat.

2 - Contexte de l'exploration : L'atelier relaxation en groupe

L'atelier, d'une durée de 90 minutes, animé deux fois par semaine se déroule dans une salle polyvalente de l'institution. Les séances de relaxation se composent de temps d'expression pour chacun au sein du groupe, suivi d'un apprentissage progressif d'auto-massages ritualisés, de mouvements lents en pleine conscience, de techniques de respiration, de techniques de relaxation musicales et d'exercices d'auto-hypnose.

Un livret et un CD d'apprentissage sont disponibles pour les patients afin de leur permettre d'utiliser un support pour poursuivre leur apprentissage en dehors des séances. L'objectif de l'atelier, s'articule autour de **plusieurs intentions thérapeutiques**, issues de différents modèles conceptuels inter-disciplinaires.

• La dimension psycho-affective est sollicitée par la mise en mouvement de mécanismes comme la conscience de soi, l'imaginaire et l'introspection.

• La dimension cognitive s'inscrit dans les apprentissages qui visent à modifier un comportement, dans le sens où la personne est invitée à prendre soin d'elle d'une façon plus active.

• La dimension socio-thérapeutique est sollicitée par le fait de réaliser les exercices de façons groupales, ainsi que le fait de proposer une expression collective.

3 - Méthode de recherche

3.1 - Le Personal Well-being Index

Ma méthode de collecte consiste à proposer aux patients de l'étude de commencer par remplir le questionnaire du P.W.I.-A.⁴² avant le début des séances de relaxation, ainsi que de le repasser à l'issue du programme de relaxation.

Le PWI a été élaboré par l'International Wellbeing Group, dans la littérature, on retrouve selon R.Adriana Gargiuio et Mark A.Stokes, ayant menés une recherche sur le bien-être subjectif et ayant publiés un article⁴³ dont le résultat est le suivant :

(Ceci est un traduction de l'anglais) « Par conséquent, bien que cette recherche ait confirmé la proposition selon laquelle la perte de Bien-être Subjectif indique une dépression clinique, le PWI-A n'est pas suffisamment spécifique pour le diagnostic, et on ne peut pas conclure que tous les cas de dépression soient dues à un défaut de Bien-Être Subjectif. »

Différentes sphères de la vie de la personne sont auto-évaluées, huit questions englobent un ensemble d'indicateurs permettant d'approcher la notion de bien-être subjectif. Vous trouverez un exemple de PWI en annexe⁴⁴.

La notion de bien-être subjectif, sera donc approchée via le Personal Wellbeing Index, dont les résultats seront répertoriés au sein d'une structure graphique en objectivant l'évolution.

⁴² P.W.I.-A = Personal Well-Being Index - Adult

⁴³ Gargiuolo, R. Adriana, and Mark A. Stokes. "Subjective Well-Being as an Indicator for Clinical Depression." *Social Indicators Research*, vol. 92, no. 3, 2009, pp. 517–527. JSTOR, JSTOR, www.jstor.org/stable/27734877.

⁴⁴ Annexe II : Exemple du P.W.I.-A vierge

3.2 - Les observations

Au sein des séances, un temps d'expression est proposé par le thérapeute en début et fin de celles-ci, appuyé sur le choix d'une carte symbolique, soit de façon visible et volontaire, ou alors tirée au sort. Au cours de la séance, il est possible de suivre visuellement la réalisation des exercices proposés. De plus, il est demandé à la personne d'évoquer, de décrire ce qui a été ressenti au sujet d'une éventuelle modification de son état de conscience.

Les éléments analysés seront les changements objectivables à travers : les éléments exprimés lors du temps d'expression par les patients, les façons de réaliser les exercices proposés, ainsi que les évocations concernant la modification de l'état de conscience.

B - Analyse des données

1) Analyse longitudinale

Voici le résumé des observations en séance et des résultats du P.W.I-A. :

1.1) Patient n°1

1ère séance : 27/02	<ul style="list-style-type: none">- Le patient choisit sa carte- Exprime via la carte choisie son besoin de liberté et de faire ce qu'il veut- Ne réalise pas l'ensemble des techniques proposées (gestes imprécis, s'endort)- Décrit un état de conscience qui a balancé entre flottement et sommeil- Exprime qu'il a voyagé dans des idées déliées.
2ème séance : 01/03	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via la carte choisie au hasard l'idée de bouger et de se débrouiller seul- Évoque ensuite ses douleurs arthrosiques : semble voir cela comme une fatalité- Ne réalise pas l'ensemble des techniques proposées (s'endort)- Décrit un sentiment de bien-être- Exprime via l'humour qu'il a dormi
3ème séance : 06/03	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via cette carte de manière descriptive une valeur importante pour lui, la fidélité- Évoque à nouveau ses douleurs : venu ce jour avec une ceinture lombaire- Réalise les exercices de manière pertinente- Décrit une sensation de voyage interne- Exprime avoir voyagé partout de manière très vague

Les différents changements objectivables au travers de ces trois séances sont : tout d'abord une **modification dans la sélection de la carte** à visée expressive, le patient choisit sa carte lors de la première séance mais tire au hasard lors des deux autres séances. Cela nous suggère l'apparition d'une certaine forme de lâcher-prise quant au choix de la carte chez ce patient.

Ensuite lors de la deuxième séance le patient évoque ses douleurs, sans présenter de pistes pour prendre en charge celles-ci mais lors de la troisième séance, celui-ci vient équipé d'une ceinture lombaire suggérant sa **volonté de prendre en charge sa douleur**.

De plus, un changement est objectivable quant à la manière qu'a le patient de réaliser les exercices proposés, l'intérêt du patient pour les séances semble s'amplifier après la deuxième séance où celui-ci exprime avoir ressenti un sentiment de bien-être.

Enfin, les résultats recueillis par le P.W.I., montrent une évolution favorable de la satisfaction ressentie quant **à la santé, à la sécurité personnelle, à l'appartenance sociale et à la sécurité future**. Les autres thématiques n'ayant pas évolué.

1.2) Patient n°2

<p>1ère séance : 22/02</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via la carte choisie ses scénarisations suicidaires passées - Réalise l'ensemble des techniques proposées avec précision - Décrit un soulagement, une légèreté - Exprime une baisse de ses douleurs abdominales - Évoque qu'il a déjà pratiqué la relaxation il y a 30 ans.
<p>2ème séance : 27/02</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via la carte le sentiment d'avoir besoin d'être porté - Évoque sa tendance à être dans la performance - Réalise l'ensemble des techniques proposée de manière rigoureuse - Décrit, un sentiment de détente, d'absence de gravité ainsi qu'une visualisation - Exprime qu'il a pu visualiser une scène en association avec ce qu'il aime

3ème séance : 01/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Évoque qu'il a besoin de garder le contrôle - Exprime via sa carte qu'il connaît en lui une alternance de l'humeur - Réalise l'ensemble des techniques en se focalisant sur les exercices sonores - Décrit une volonté de comprendre la musique - Exprime qu'il prend en charge ses douleurs
4ème séance : 06/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via sa carte qu'il reconnaît en lui une dualité entre apparence et profondeur - Réalise les exercices de manière rigoureuse - Décrit un sentiment de chaleur de plus en plus intense au fil des séances - Exprime un sentiment de détente et de bien-être
5ème séance : 08/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime une certaine forme d'assurance quant à sa sortie liée à son repos au centre - Évoque un ajustement de traitement diminuant son énergie - Réalise les exercices avec rigueur mais davantage par intuition

Au cours de ces cinq séances, nous analysons les changements suivants : tout d'abord les éléments exprimés par le patient ont tendance à avoir évolué de l'évocation négative, à l'introspection, pour finir par une expression positive d'assurance, en lien avec le **sentiment de sécurité**.

Ce que décrit le patient au sujet des effets liés à la modification de l'état de conscience, semble tendre vers une **augmentation du ressenti de bien-être**. De plus au fil des séances, le patient a su faire faire fit de son besoin de rigueur, dans la réalisation des exercices, pour y **laisser entrer son intuition**.

Enfin, les résultats recueillis par le PWI, montrent une évolution favorable de la satisfaction ressentie quant **à la santé, aux relations personnelles et au sentiment de sécurité**. Cependant une baisse est à noter au sujet du sentiment d'appartenance à la communauté.

1.3) Patient n°3

1ère séance : 06/03	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via la carte tirée un désir de liberté, de renouveau- Réalise les exercices mais distrait- Évoque avec humour son impression de masser une personne du sexe opposé- Décrit une grande sensation de chaleur- Exprime que son principal tourment reste la problématique administrative- Évoque qu'il se reconnaît également lorsqu'un patient parle d'une dualité entre l'apparence et la profondeur de sa personnalité
2ème séance : 27/02	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via la carte tirée un sentiment de sécurité vis-à-vis de l'institution mais des doutes quant à sa sortie- Réalise les exercices proposés de manière approfondi et se détend- Décrit avoir rencontré un état proche du sommeil
3ème séance : 20/03	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via la carte tirée un sentiment de lourdeur, d'immobilisme- Évoque un ressenti de stagnation quant à l'avancement de ses problématiques- Décrit de la lourdeur- Évoque la potentielle sensualité des séances
4ème séance : 22/03	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via sa carte son sentiment d'être envahi de pensées- Évoque que ses problèmes administratifs empêche la résolution du reste- Décrit un léger sentiment de chaleur- Exprime que ses pensées étaient focalisées sur son entretien avec l'Assistante sociale

Au travers de ces quatre séances, l'on peut observer que le patient reste principalement focalisé surtout sur ses problèmes administratifs, avec le sentiment que si cela n'est pas résolu par quelqu'un d'extérieur, il n'ira pas mieux. Il est **dans l'attente d'une aide extérieure**. De la même façon, il reste très passif durant les séances, s'appropriant peu les exercices pour les faire seul. Il attend la détente de la part de l'ergothérapeute.

Une évolution positive se dessine dans **les ressentis corporels** de détente, mais qui restent fluctuants et dépendants de facteurs extérieurs (attente de réponse de la sécurité sociale). Dans une position passive, de patient plutôt dans la plainte, que l'action.

Enfin, les résultats recueillis par le P.W.I., correspondent à l'issue des séances, à une évolution favorable de la satisfaction ressentie quant à **la vie comme un ensemble, au niveau de vie, à la sécurité personnelle ainsi qu'à la sécurité future**. Les autres thématiques n'ayant pas évolué.

1.4) Patient n°4

1ère séance : 20/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via sa carte le sentiment de liberté et légèreté de manière descriptive - Réalise les exercices correctement - Décrit une continuité de la pensée et une absence de relâchement corporel - Évoque qu'elle pratique la médiation quand l'humeur est bonne
2ème séance : 22/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via sa carte un sentiment d'inquiétude lié à la dualité être/paraître - Évoque une douleur au ventre sur laquelle elle se focalise
3ème séance : 27/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime que son choix de carte lui plaît - Décrit un sentiment de flottement et de lâcher-prise - Exprime un sentiment de détente
4ème séance : 29/03	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via la carte un sentiment que les pensées négatives débordent - Décrit une continuité de la pensée et une gêne liée aux modalités sonores
5ème séance : 03/04	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime que son choix de carte lui plaît - Évoque un sentiment de persécution lors de ces cauchemars la nuit - Décrit un sentiment de chaleur et une capacité à avoir retrouvé son lieu sûr - Exprime un sentiment de joie - Évoque avoir déjà utilisé ce lieu sûr dans la pratique de l'EMDR
6ème séance : 05/04	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime avoir des difficulté à ressentir un sentiment de sécurité - Décrit une sensation de flottement et de bien-être durant la séance
7ème séance : 10/04	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Exprime via sa carte qu'elle se questionne sur son identité et la dualité être/paraître - Réalise les exercices d'auto-massages mais ne réalise pas la relaxation profonde - Décrit une absence de relâchement
8ème séance : 12/04	<ul style="list-style-type: none"> - Choisit sa carte - Évoque une humeur "habituelle" - Exprime via sa carte une difficulté à faire du lien entre les facettes de sa personnalité - Réalise les exercices correctement - Décrit une difficulté à lâcher prise - Évoque une douleur à la tête - Exprime avoir essayée de penser à autre chose que cette douleur à la tête

Pour cette patiente, le choix de la carte ne sera pas une fois, laissé au hasard. Les éléments exprimés lors des deux premières séances suggèrent une **absence de relâchement** : « *continuité de la pensée* », « *sentiment d'inquiétude* ».

C'est lors de la troisième séance qu'opère un premier changement, durant cette séance, l'élément exprimé est positif, de plus la patiente décrit un **sentiment de flottement et de lâcher-prise**, terminant par exprimer avoir ressenti un de détente. Globalement la détente était de plus en plus sensible, avec **quelques moments de pensées parasites**.

Cependant lors de la quatrième séance, la patiente exprime un élément négatif et décrira une incapacité à lâcher-prise cette fois-là. Durant la cinquième séance, l'on retrouve également une évocation négative, cependant la patiente exprime une **certaine joie**, du fait d'avoir réussi, lors de la réalisation des exercices, à **ré-utiliser une ressource** apprise à une autre occasion.

Dans la sixième séance, la patiente exprime par un discours introspectif, ses **difficultés à ressentir un sentiment de sécurité**, non seulement en dehors des séances, mais également pendant le temps guidé. Elle décrit cependant, à l'issue de la séance, avoir ressenti un **sentiment de flottement** ainsi que de **bien-être**. Elle semble donc pouvoir ressentir du bien-être durant les séances, mais sans pouvoir relier bien-être et sentiment de sécurité.

Durant les deux dernières séances, la patiente ne parvient pas à lâcher-prise. Elle suggère se trouver dans une démarche introspective de questionnement, et rencontre donc des difficultés à maîtriser ce flow de pensée. Devant l'absence de résultat, cette patiente soumettra la décision d'interrompre les séances de relaxation.

Enfin, les résultats recueillis par le P.W.I., correspondent à l'issue des séances, à une augmentation de **la satisfaction ressentie quant aux relations personnelles, ainsi qu'à l'appartenance sociale**. Les autres thématiques n'ayant pas évolué.

1.5) Patient n°5

1ère séance : 27/03	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Evoque que cela lui rappelle des souvenirs familiaux- Réalise l'ensemble des exercices proposés- Décrit un sentiment de détente- Exprime avoir retrouvé un souvenir agréable de son enfance
2ème séance : 03/04	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Exprime via sa carte l'idée de laisser derrière lui des choses pesantes- Réalise l'ensemble des exercices proposés- Décrit le sentiment d'avoir été à l'écoute de ses tensions- Évoque avoir découvert certaines tensions
3ème séance : 05/04	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- N'exprime via sa carte qu'une description de celle-ci- Réalise l'ensemble des techniques proposées- Décrit une sensation de flottement et de bien-être- Exprime un ressenti de bien-être
4ème séance : 10/04	<ul style="list-style-type: none">- Tire une carte au hasard- Évoque qu'il apprécie les séances- Exprime via sa carte l'idée de porter de lourdes choses et la volonté de les alléger- Réalise l'ensemble des techniques proposées dont une visualisation- Exprime une volonté de changer, d'évoluer suite à sa visualisation- Évoque l'idée de reprendre le sport et de continuer la relaxation en dehors

Au travers de ces observations, l'on constate chez le patient, qu'il **commence à écouter ses tensions**, en découvre de nouvelles et finit par exprimer une **volonté de continuer la relaxation et de reprendre le sport à sa sortie**. Cela suggère le développement d'une volonté chez le patient d'agir sur ses tensions et donc de **prendre soin de lui**.

De plus, d'un ressenti de détente à la première séance, évoluant à un ressenti de bien-être à partir de la troisième séance le patient accède à **la visualisation** lors de la quatrième séance, ce qui suggère évolution dans les capacités à utiliser les exercices de relaxation.

Enfin, les résultats recueillis par le P.W.I., à l'issue des séances, correspondent à une **évolution favorable de la satisfaction, au sujet de l'ensemble des items proposées**.

1.6) Patient n°6

1ère séance : 22/03	<ul style="list-style-type: none">- Choisit sa carte- Évoque qu'il a déjà pratiqué la médiation, qu'il a beaucoup lu sur la relaxation- Exprime via sa carte un sentiment d'être en recherche de lui-même- Réalise l'ensemble des techniques proposées- Décrit un sentiment de chaleur, de détente- Exprime un sentiment de voyage dans de bons souvenirs lointains
2ème séance : 29/03	<ul style="list-style-type: none">- Choisit sa carte- Exprime via sa carte des éléments introspectifs sur son fonctionnement- Réalise l'ensemble des techniques proposées- Décrit un sentiment de flottement agréable- Exprime une continuité de la pensée
3ème séance : 03/04	<ul style="list-style-type: none">- Choisit sa carte- Exprime via sa carte l'idée de voyages, de vacances- Évoque qu'il recherche le sens symbolique de sa carte- Réalise l'ensemble des techniques proposées de manière lente et dans l'écoute- Décrit un sentiment de flottement agréable, de chaleur- Exprime avoir visualisé l'image de sa carte de départ en restant en lien avec ses sensations corporelles

Pour ce patient, nous pouvons constater une évolution dans la réalisation des exercices devient plus intuitive « Réalise l'ensemble des techniques proposées de manière lente et dans l'écoute »; à la dernière séance, la pensée laisse place à l'approfondissement du ressenti des **sensations corporelles**, une **visualisation** est possible.

Ce patient avait d'emblée des **capacités à ressentir du bien être**. Il est dans une **recherche de plaisir**, ce qui peut sembler surprenant pour un patient dépressif, mais il est à noter qu'il est venu vers la **fin de son séjour**.

Enfin, les résultats recueillis par le P.W.I., correspondent à l'issue des séances, à une évolution favorable de la satisfaction ressentie quant **à la santé, à la sécurité personnelle, à l'appartenance sociale et à la sécurité future**. Les autres thématiques n'ayant pas évoluées.

2) Analyse transversale

Voici le tableau répertoriant les résultats recueillis avec le P.W.I, rappelons que ces résultats sont à considérer comme le reflet d'un travail pluri-disciplinaire, réalisé au sein d'une institution. Ce tableau est à appréhender de la façon suivante :

La première donnée numérique correspond, au résultat de la cotation réalisée par l'utilisateur **à l'entrée** en séance de relaxation.

La flèche indique, l'**évolution** entre les deux cotations réalisées par l'utilisateur.

La deuxième donnée numérique, correspond au résultat de la cotation réalisée par l'utilisateur **à l'issue** des séances de relaxation.

	Patient n°1	Patient n°2	Patient n°3	Patient n°4	Patient n°5	Patient n°6
Vie comme un ensemble	8 ➡ 8	7 ➡ 7	2 ➡ 3	2 ➡ 2	5 ➡ 7	6 ➡ 8
Niveau de vie	8 ➡ 8	8 ➡ 8	2 ➡ 3	4 ➡ 4	5 ➡ 7	6 ➡ 8
Santé	5 ➡ 6	3 ➡ 5	7 ➡ 7	4 ➡ 4	4 ➡ 7	6 ➡ 8
Accomplissements	10 ➡ 10	7 ➡ 7	3 ➡ 4	2 ➡ 2	5 ➡ 7	6 ➡ 6
Relations personnelles	5 ➡ 8	5 ➡ 6	9 ➡ 9	4 ➡ 5	5 ➡ 8	4 ➡ 5
Sentiment de sécurité	6 ➡ 7	6 ➡ 8	3 ➡ 5	4 ➡ 5	5 ➡ 8	6 ➡ 8
Sentiment d'appartenance à la communauté	6 ➡ 9	8 ➡ 7	5 ➡ 5	6 ➡ 7	6 ➡ 8	4 ➡ 4
Sécurité future	3 ➡ 4	10 ➡ 10	3 ➡ 5	2 ➡ 2	5 ➡ 7	7 ➡ 7

Au sujet des items présentés dans le P.W.I :

- Au sujet du niveau de la **satisfaction ressentie quant à sa vie considérée comme un ensemble** : 3 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.
- Au sujet de la **satisfaction ressentie quant à son niveau de vie** : 3 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.
- Au sujet de la **satisfaction ressentie quant à sa santé** : 4 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.

- Au sujet de la satisfaction ressentie quant à **ses accomplissements** dans la vie : 2 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.

- Au sujet de la satisfaction ressentie quant à **ses relations personnelles** : 5 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.

- Au sujet de la satisfaction ressentie quant à **son sentiment de sécurité** : Les 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.

- Au sujet de la satisfaction ressentie quant à **son sentiment d'appartenance à la communauté** : 3 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item, l'un des patients ayant exprimé une évolution défavorable.

- Au sujet de la satisfaction ressentie quant à **sa sécurité future** : 3 des 6 patients de cette étude ont exprimé une évolution favorable au sujet de cet item.

C - Vérification de l'hypothèse

Nous constatons donc que des améliorations ont été visibles dans tous les items proposées. La technique corporelle décrite ci-dessus, alliant relaxation et auto-hypnose, semble donc répondre à son objectif d'améliorer le bien-être des personnes prises en charge.

D - Discussion

1 : Retour sur le résultat des analyses & préconisation

Les items **les moins modifiées** sont ceux des **accomplissements** dans la vie (2 sur 6), ceux concernant le sentiment d'**appartenance à la communauté**, autour de la **sécurité future** et du sentiment de satisfaction par rapport à sa **vie comme un ensemble** et de son **niveau de vie** (3 sur 6).

Il est à noter que ces items sont assez peu pertinents pour la relaxation qui est un chemin plus personnel que collectif, favorisant peu l'intégration sociale. De plus, **un nombre réduit de séance** ne permet pas d'influencer un sentiment de sécurité concernant le futur, ainsi que le sentiment de s'accomplir dans sa vie ou encore le sentiment de satisfaction globale de sa vie ou de son niveau de vie. Ses items, **très généraux**, sont difficilement attei-

gnables au travers de quelques séances de relaxation.

L'item de la satisfaction ressentie quant à **sa santé** (4 sur 6) est **améliorée**, plus significativement, ce qui est important dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. De façon plus **étonnante l'item des relations personnelles** est augmenté (5 sur 6) ce qui est un effet indirect des séances, car les techniques ne visent pas directement à un travail sur les inter-relations.

Nous constatons que, **le sentiment de sécurité est le seul item ayant évolué favorablement pour chacun des participants**. Il semblerait donc que le sentiment de sécurité personnelle soit l'item favorisant le plus le bien-être durant les séances de relaxation.

A partir de ce constat, nous allons développer davantage cette notion, ainsi que les observations recueillies en séances autour de celle-ci.

Au sujet du sentiment de sécurité :

Dans cette étude, le sentiment de sécurité est approché au sein de chacune des parties théoriques, de manière plus ou moins indirecte. De plus, il est également l'élément ressortant de l'analyse longitudinale des résultats de l'étude menée sur le terrain. Ceci est la raison pour laquelle nous développons davantage cette notion ici. Reprenons les données :

En santé mentale, le sentiment de sécurité est un élément majeur de la prise en charge, l'institution par exemple, recherche activement à maintenir ou recréer ce sentiment chez les patients, c'est par exemple la notion de **cadre sécurisant et sécurisé**.

Au sujet des problématiques dépressives, nous avons pu observer, par exemple, avec la définition de la mélancolie, par Pétrarque, celui-ci la décrivant comme l'homme qui se sent entouré : « *de toutes les misères de la condition humaine, à savoir la mémoire des tourments passés et de la peur des tourments à venir.* » , que le sentiment de sécurité

vient à manquer dans les problématiques dépressives. Le besoin de sécurité n'est pas assouvi, cela entraîne un excès d'incertitude et l'inertie.

En ce qui concerne la modification des états de conscience, c'est **la notion de lâcher prise** qui traduit aisément que le sentiment de sécurité est en lien direct, avec l'actuelle capacité ou non de la personne, à modifier son état de conscience : dans le sens de la détente, la relaxation profonde, le sommeil. Lorsque la personne, est **en capacité et se sent en capable**, de réaliser l'ensemble de ses activités quotidiennes, les tensions psychologiques n'ont plus lieu d'être.

Dans le cas contraire, le niveau d'anxiété augmente. De plus la **résistance à l'adaptation** (lorsque les habitudes de vie sont bouleversées, ou lorsque sa zone de confort diminue progressivement, dans le cas des problématiques dépressives), est un **frein au mécanisme de lâcher prise et au ressenti de la sensation de bien-être**.

Pour chaque patient, la notion de lâcher prise a été mise en jeu au cours des séances de relaxation. Bien qu'une progression, dans la réalisation des exercices de relaxation profonde a pu s'observer chez certains patients, d'autres ont davantage oscillé entre détente et incapacité à lâcher-prise.

Les différents patients, dont les histoires de vie sont parfois radicalement différentes, nous ont permis de confirmer, la complexité de la notion de bien-être subjectif. Cependant il semble que l'exercice de la relaxation ait permis, pour chacun d'entre eux, de ressentir une forme de bien-être, durant la séance : détente, sentiment de flottement agréable, de chaleur, etc.

Le sentiment de sécurité, abordé sous différents angles lors de la partie théorique semble être mis en évidence dans la partie exploratoire comme étant l'item du P.W.I, le plus valorisé à l'issue du parcours de relaxation.

2 : Limites de la recherche et axes d'amélioration

Les limites de cette exploration sont : d'un côté, le **nombre restreint de séances** qu'ont effectué les participants de cette étude, parfois seulement trois séances, alors qu'en moyenne le parcours en compte 6 à 8.

D'un autre côté le P.W.I, approchant la notion de bien-être subjectif à l'instant T, aura parfois été vécu comme une évaluation chez certains participants. De plus les résultats recueillis étant à appréhender comme le **fruit d'un travail global et pluri-disciplinaire**, ne permettent pas d'isoler réellement l'impact du parcours de relaxation.

En temps qu'axe d'amélioration, il semblerait préférable pour approcher l'impact sur le bien-être d'un parcours de relaxation, d'utiliser une méthode comme la **Méthode de Reconstruction de la Journée**⁴⁵, présentée par Csikszentmihalyi. Permettant de placer le recueil des ressentis, dans une structure où la comparaison devenait possible, cette méthode aurait pu permettre d'analyser et comparer les ressentis entre chaque séances, mais aussi d'analyser l'évolution du ressenti de la personne au sein de ses activités journalières.

3 : Ouverture

Les exercices de relaxation et les pratiques méditatives sont actuellement un sujet important dans le monde de la recherche. D'après un communiqué de l'Inserm : « [...] **le stress et une mauvaise qualité du sommeil. Ces deux derniers paramètres sont considérés comme des facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer** »⁴⁶.

La littérature comme la pratique, nous suggère que la maîtrise, de ses propres capacités à modifier son état de conscience permettent d'agir sur son bien-être et sa santé. Ces différentes facultés sont naturellement quotidiennement exercées par l'individu, mais cela proportionnellement à l'ensemble des activités de sa journée.

⁴⁵ Zeidan Jinan, « Les différentes mesures du bien-être subjectif », *Revue française d'économie*, 2012/3 (Volume XXVII), p. 35-70. DOI : 10.3917/rfe.123.0035. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2012-3-page-35.htm>, [en ligne]

⁴⁶ CHETELAT Gaël, « Et si la méditation permettait de mieux vieillir ? », COMMUNIQUÉ | 07 DÉC. 2017 - 11H00 | PAR INSERM (SALLE DE PRESSE), [en ligne]

L'ouverture de cette étude, consiste, d'après les différents éléments relatés et mis en lien, à réfléchir à une méthodologie pratique et adaptée afin d'inclure une approche de ces concepts, au sein de prises en charge en E.H.P.A.D. Ces personnes dont la sphère occupationnelle se voit pour un ensemble de raisons, être toujours plus réduite, sont la population que je désire investiguer par cette approche, à la suite de cette recherche.

Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons pu aborder quelques éléments identitaires relatifs à la pratique de l'ergothérapie en santé mentale, voyager au coeur de l'émergence du concept de dépression, mis en lumière quelques fonctionnements de l'être humain et répondu à notre problématique.

L'étude réalisée sur le terrain suggère effectivement une évolution favorable du ressenti de bien-être, au cours de l'hospitalisation, au cours des séances de relaxation. Cependant ne pouvant isoler l'impact des séances de relaxation du reste de la prise en soin, il semble intéressant d'interroger davantage cette problématique dans une prochaine étude.

Nous avons pu voir que le sentiment de sécurité est la notion principalement mis en mouvement par l'activité thérapeutique de relaxation et que celui-ci y évolue favorablement.

Afin de conclure cette étude, nous soulignons les perspectives présumées à la maîtrise de la modification de son état de conscience, autrement dit de son rapport au monde et à soi-même. Cette dimension de la conscience de soi ; ce fonctionnement à travers l'activité, que la thérapie recherche par sa caractéristique holistique est une notion complexe.

Selon moi, l'ergothérapeute ayant régulièrement à accompagner le deuil d'une vie antérieure chez ses patients, s'inscrivant dans une prise en soin pluri-disciplinaire, devrait savoir tirer parti de ces mécanismes si essentiels, au fonctionnement satisfaisant de l'individu.

Bibliographie

A) Ouvrages et articles :

QUÉTEL, Claude, 2009, Histoire de la folie : de l'antiquité à nos jours, Paris : éditions Taillandier, p. 43

LAMOUR, Elsa, 2015, Ergothérapie en psychiatrie : L'adhésion aux soins des personnes hospitalisées sans consentement.

BAZIN, Hugues, 2015, Revue trimestrielle VST, Numéro 128, *Le travail qui soigne ?*

RIGUET, Karine, 2016, L'ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. LE MANS, p4.

MEYER, Sylvie, 2013, De l'activité à la participation, p42, éditions deboeck supérieur.

DUBOIS, Bénédicte, 2017, Guide du diagnostic en ergothérapie. édition De Boek Supérieur, Paris

GALINIER, Jacques, Lionel Naccache, le Nouvel Inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences , *L'Homme* [En ligne], 187-188 | 2008, mis en ligne le 16 décembre 2008, consulté le 08 janvier 2017. URL : <http://lhomme.revues.org/20782>

NACCACHE, Lionel, Le Nouvel Inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences. Paris, Odile Jacob, 2006, 465 p., bibl., ill.

SERVILLAT, Thierry, 2017, Découvrir l'autohypnose, InterEditions, Paris.

STEVEN, Kotler, JAMIE, Wheal, 2017, Stealing Fire.

VAN HER, Frédérique, 2011, Lâcher prise pour trouver son équilibre, éditions ESI, Paris.

JUILLET Pierre, SOURNIA, Jean-Charles, 2000, Dictionnaire de la Psychiatrie, éditions du CILF, Paris.

SCHULTZ Johannes Heinrich, 1958, Le training autogène. Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. *Essai pratique et clinique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », édition 2013, 504 pages. [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/le-training-autogene--9782130620631.htm>

ISNARD BAGNIS Corinne, 2017, La méditation de pleine conscience. Presses Universitaires de France, *Que sais-je ?*, 128 pages. [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/la-meditation-de-pleine-conscience--9782130790136.htm>

BIOY Antoine, 2017, « Chapitre II. Qu'est-ce que l'hypnose ?, *Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France, Paris, p. 25-78. [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/l-hypnose--9782130786122-page-25.htm>

LAPASSADE, Georges, 1987, Les États modifiés de conscience. Paris, Presses Universitaires de France, *Psychiatrie ouverte*, p. 29-50. [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/les-etats-modifies-de-conscience--9782130402770-page-29.htm>

COVARRUBIAS HERNANDEZ, Abraham, 2018, Les 11 principes d'Erickson, étude synthétique, *Hypnose & Thérapies brèves, revue n°48*, éditions SATAS, Bruxelles, Belgique.

E. PASQUIER, 1555, Le Monophile, 20a, cité par Vaganay dans R. Et. Rab., t. 9, p.301.

GARGIULO, R. Adriana, and Mark A. Stokes, 2009, Subjective Well-Being as an Indicator for Clinical Depression, *Social Indicators Research*, vol. 92, no. 3, pp. 517–527. [consulté en ligne], URL : www.jstor.org/stable/27734877

ZEIDAN, Jinan, 2012/13, Les différentes mesures du bien-être subjectif, *Revue française d'économie*, (Volume XXVII), p. 35-70. [consulté en ligne] : URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2012-3-page-35.htm>

B) Sitographie :

BERNAT Joël : « L'invention de la dépression » [en ligne] URL : <http://www.dundivanlautre.fr/questions-cliniques/joel-bernat-linvention-de-la-depression/2> (consulté le samedi 31 mars 2018)

HAUTE AUTORITE DE SANTE : « RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours : Méthode Recommandations pour la pratique clinique. » Octobre 2017 - [en ligne].

EHRENBERG Alain, Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue , *Revue française des affaires sociales*, p. 77-88. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-77.htm>

Ressources numériques de la Faculté de médecine de la Sorbonne : URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.5.5.html>, [en ligne] consulté le 15 janvier 2018.

DICOPHILO : « Conscience » : URL : <https://dicophilo.fr/definition/conscience/>, [en ligne]

LAROUSSE : « Conscience - psychologie » : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conscience/18331> , [en ligne]

PECH Alexandra : « Ondes cérébrales et états de conscience » : consulté en ligne : URL : <http://www.parisdescartes.fr/content/view/print/19173>

Berney Alexandre, Aybek Selma, « Troubles dissociatifs (de conversion) : les intuitions freudiennes revisitées par la neuro-imagerie », *Psychothérapies*, 2015/1 (Vol. 35), p. 53-58. DOI : 10.3917/psys.151.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2015-1-page-53.htm>

<https://therapeutesmagazine.com/training-autogene-de-schultz/> [en ligne] consulté le 30 avrils 2018

CANIVET Pierre-Alain, ESCLASSAN Rémi , DESTRUHAUT Florent et POMAR Philippe, 2014, Regardez-moi dans les yeux ... ou dans les dents ! Hypnose, médecine et dentisterie, histoire d'un triangle amoureux, Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire. Université Paris Descartes. [consulté en ligne], URL : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/vol19/2014_13.pdf

COMMISSION EUROPEENNE, 2011, TNS Qual+, Le bien-être, Rapport complet. [consulté en ligne], URL : http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/quali/well-being_final_fr.pdf

CHETELAT Gaël, Et si la méditation permettait de mieux vieillir ?, COMMUNIQUÉ | 07 DÉC. 2017 - 11H00 | PAR INSERM (SALLE DE PRESSE), [consulté en ligne], URL : <https://presse.inserm.fr/et-si-la-meditation-permettait-de-mieux-vieillir/30155/>

Annexes

- Annexe I : Tableau comparatif du protocole de caractérisation de l'EDM.
- Annexe II : Exemple de P.W.I.-A vierge.
- Annexe III : Exemple de formulaire de consentement libre, éclairé et exprès.
- Annexe IV : Observations relatives au patient n°1.
- Annexe V : Observations relatives au patient n°2.
- Annexe VI : Observations relatives au patient n°3.
- Annexe VII : Observations relatives au patient n°4.
- Annexe VIII : Observations relatives au patient n°5.
- Annexe IX : Observations relatives au patient n°6.
- Annexe X : Résumé de l'étude en allemand.
- Annexe XI : Résumé de l'étude en espagnol.
- Annexe XII : Résumé de l'étude en italien.
- Annexe XIII : Résumé de l'étude en russe.

Annexe I : Tableau comparatif du protocole de caractérisation de l'Episode Dépressif Majeur

D'après la classification CIM-10	D'après la classification DSM
Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir de la CIM-10 nécessitent :	Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir du DSM nécessitent la présence d'au moins cinq des symptômes suivants :
La présence d'au moins deux de ces trois symptômes clefs : <ul style="list-style-type: none"> • humeur dépressive ; • diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ; • réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. 	Au moins l'un des symptômes clés qui est : <ul style="list-style-type: none"> • soit une humeur dépressive ; • soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
La présence d'au moins un des sept symptômes suivants :	Et parmi les autres symptômes suivants :
	Fatigue ou perte d'énergie
Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée	Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive
Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type	Pensées de mort, idées suicidaires
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	Difficultés de l'aptitude à penser, de concentration, ou indécision
Modification de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement)	Agitation ou ralentissement psychomoteur
Perturbation du sommeil de n'importe quel type	Insomnie ou hypersomnie
Modification de l'appétit ou du poids (diminution ou augmentation) avec variation pondérale	Diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids

Annexe II : Exemplaire du P.W.I.-A vierge

Index Personnel de Bien-être

1. Consignes pour remplir le questionnaire :

Les questions suivantes interrogent la satisfaction que vous ressentez, sur une échelle de zéro à 10. Zéro signifie que vous ne ressentez aucune satisfaction du tout et 10 signifie que vous vous sentez complètement satisfait.

2. Les items de l'index

Partie 1 : [optionnel]

1. "En considérant votre vie et vos circonstances personnelles, quel est votre niveau de satisfaction en considérant votre vie comme un ensemble ?"

Pas satisfait du tout												Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>												

Partie 2 :

1. "Combien êtes-vous satisfait de votre niveau de vie?"

Pas satisfait du tout												Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>												

2. "Combien êtes-vous satisfait de votre santé ?"

Pas satisfait du tout												Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>												

3. "Combien êtes-vous satisfait de vos accomplissements dans la vie ?"

Pas satisfait du tout											Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

4. "Combien êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?"

Pas satisfait du tout											Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

5. "Combien êtes-vous satisfait de votre sentiment de sécurité ?"

Pas satisfait du tout											Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

6. "Combien êtes-vous satisfait de votre sentiment d'appartenance à la communauté ?"

Pas satisfait du tout											Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

7. "Combien êtes-vous satisfait au sujet de votre sécurité future ?"

Pas satisfait du tout											Complètement satisfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Annexe III : Exemple du formulaire de consentement libre, éclairé et exprès

Formulaire de Consentement libre, éclairé et exprès

Questionnaire en secteur santé mentale

Unité 06 « Unité de soins libres »
Centre psychothérapeutique de Nancy
1 rue du Dr Archambault, 54520 Laxou

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude universitaire sur les états modifiés de conscience et le bien-être. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment auprès de cette base de donnée.

Date :

Nom du volontaire :

Signature du volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom de l'expérimentateur:

Signature de l'expérimentateur :

Nom de l'expérience :

Annexe IV : Observations relatives au patient n°1

27/02

Séance de thérapie psycho-corporelle, avec Sébastien H, stagiaire ergo

Mr G choisi une carte qui lui évoque son besoin de liberté et de faire ce qu'il en veut.

Il ne réalise pas tous les mouvements proposés dès que nous sommes au sol. Il reste dans une démarche plutôt régressive, avec quelques points d'humour autour du fait qu'il s'endort assez rapidement. Il dit en fin de séance qu'il a alterné des moments de sommeil et des moments de flottement, avec des idées déliées.

01/03

Technique psycho-corporelle, avec Sébastien, stagiaire ergo

Mr G choisi une carte au hasard et évoque autour de cette image, l'idée de bouger et de se débrouiller seul. Il évoque ses problèmes de douleurs arthrosique et quand je lui demande ce qu'il fait pour cela, il présente les choses comme une fatalité, et demeure dans une posture plutôt passive. Durant la séance il s'endort et quand j'évoque le fait qu'il pourrait rester semi-assis pour demeurer en conscience de lui-même, si cela le dérange de dormir, il choisit l'option...; de dormir.

06/03

groupe de thérapie psycho-corporelle avec Sébastien, stagiaire ergo

Mr G tire une carte au sort, porteuse d'un chat et il est donc très satisfait du hasard. Il en parle de façon descriptive (douceur, fidélité etc). Il raconte une anecdote de sa vie. Il peut donc parler de lui. Il réalise les exercices de façon pertinente. Il est venu ce jour avec une ceinture lombaire et parle de ses douleurs.

Il vient clairement dans une intention régressive. Il dit en fin de séance, qu'il a "voyagé partout", sans vraiment d'idées ou d'images. Je pense que c'était plutôt un voyage dans le sommeil....

Annexe V : Observations relatives au patient n°2

22/02 : Mr C intègre le groupe ce jour. Il choisit une carte de façon volontaire et visible, un livre, car il apprécie la lecture. Il est très étonné tout à coup de voir que sur l'image, de l'encre coule du livre, encire dans laquelle il projette une tache de sang. Cette associations d'idées lui permet de parler de ses ex-vélités suicidaires, scénarisées (défenestrations, pendaison) , mais dont il dit que c'est apaisé depuis un an. Il dit qu'à présent, il tente plutôt une sorte de suicide lent, avec la nourriture...

Durant la séance de relaxation il réaliser auto-massages et mouvements avec application. En fin de séance, il constate qu'il utilise déjà spontanément certains exercices d'auto-massages. Il a déjà pratiqué de la relaxation il y a 30 ans et il en a gardé le réflexe d'écouter sa respiration lorsqu'il se sent angoissé. Après la séance il souligne qu'il a moins mal au ventre, évoquant ses intestins sensibles au stress et au dos. Il parle d'une sorte de ceinture de douleur ventre/bas du dos.

Il apprécie d'être soulagé.

27/02 - Mr C choisi une carte de façon volontaire et évoque le fait qu'il a le sentiment d'avoir besoin d'être porté. Il apprécie la séance qu'il réalise de façon rigoureuse. Comme il a évoqué son côté performance, je propose plutôt des éléments d'écoute intuitive de soi qui ne semblent pas le déranger. Il se détend, et explique qu'il a le sentiment d'être dans l'espace (2001 odyssée de l'espace) avec des mouvements lents, des visualisations d'étoiles. Discours riche et associatif.

01/03 - Mr C choisi une carte de façon volontaire, car dit-il il a besoin de garder le contrôle. cette carte lui permet d'évoquer des ressentis de facettes opposées de lui-même (entre moments positifs ou négatifs). Il a une bonne conscience de lui et des capacités introspectives. Durant la séance, il est cette fois ci plus sensible à la musique, dont il "tente de comprendre le message", ce qui reste tout de même, un peu encore dans le contrôle. Souriant, attentif aux autres et empathique. Il évoque également ce qu'il fait pour prendre soin de lui et notamment de ses douleurs abdominales et lombaires.

06/03 - Mr C choisi une carte lui permettant d'évoquer une distinction importante pour lui entre la jolie façade souriante et le cri en profondeur (carte de poupées russes) Il reste dans le contrôle, organisant sa parole en fonction des questions que j'ai pu poser avant à d'autres personnes. Il évoque un sentiment de chaleur de plus en plus intense, du bien être et de la détente.

08/03 - Au sein du groupe de relaxation, le patient nous dit en début de séance qu'il a un nouveau traitement auquel il s'adapte mais cela est un peu fatiguant. Il parle ensuite d'un défaut d'énergie lors de ses périodes relativement dépressives, lui empêchant d'avoir l'envie de réaliser le moindre projet. Mais lui ne s'inquiète pas du parcours post-CPN, car si à travers son séjour, il peut "recharger ses batteries" suffisamment la suite est considérée comme supportable.

Il semble se détendre davantage lors des exercices de relaxation, même s'il éprouve toujours le besoin de choisir sa carte au dixit, il n'est plus en fin de séance dans la reproduction exacte des gestes de la thérapeute et fait davantage comme il le sent, tout en gardant le rythme.

Annexe VI : Observations relatives au patient n°3

06/03 : Mr M choisi une carte au hasard dès la première séance. Et il évoque un désir de liberté, d'aller ailleurs, de prendre de large et de recommencer ailleurs.

Il évoque le sentiment, durant les auto-massages, de masser une femme. Je souligne +++ durant la séance qu'il s'agit de s'occuper de soi et de chercher les zones qui sont en difficultés.

durant la séance de relaxation il ressent une grande sensation de chaleur.

Il reste dans une position plutôt passive, évoquant qu'il s'agit plutôt, dans sa thérapie, de résoudre des problèmes administratifs et extérieurs.

Toutefois, il réagit au discours d'un patient évoquant la différence entre façade de soi-même (sourire et faire semblant) et profondeur de soi-même (choses qui ne peuvent pas se dire en groupe).

08/03 : Durant le groupe de relaxation, le patient exprime qu'il ressent un sentiment de sécurité au sein de l'institution, mais qu'il a des doutes au sujet de comment se passera l'après et redoute que sa tendance à faire des "conneries", au sens idées noires, lui revienne une fois à l'extérieur.

Durant la séance le patient baille à de nombreuses reprises et semble se détendre.
Après la séance, il explique avoir rencontré un état proche du sommeil

20/03 : Quand je lui demande comme première question "qu'est ce qui a changé", il dit "rien"...Il semble attendre beaucoup de choses de l'extérieur. Il évoque un RV avec l'assistante sociale, jeudi matin et je lui demande s'il avait pensé à lui signaler qu'il était en thérapie ce moment là...Il évoque qu'il s'agit pour lui d'une priorité, car il a le sentiment que tout dépend du travail avec Vanessa.

Il choisi une carte au hasard et cela lui permet de parler d'un sentiment d'être figé et lourd, tout comme le personnage de la carte Il ressent plutôt la lourdeur durant la relaxation et je lui fais constater, à ce propos, que la lourdeur a pu être là, plutôt positive pour l'aider à ne pas rester dans un sorte de clivage bon/ mauvais.

Durant la séance et en fin de séance, Mr M fait des allusions autour du contact et de la sensualité potentielle des séances.

22/03 : Une carte tirée au hasard lui permet d'évoquer l'impression d'être envahi de pensées. il recommence à parler du fait qu'il lui faut résoudre des problèmes administratifs pour que tout aille mieux. Je souligne l'importance d'une thérapie pour l'aider à changer son regard sur les choses plutôt que d'attendre un changement uniquement venu de solutions extérieures.

Il a du mal à se détendre, parlant quand même de chaleur corporelle, signe de détente, mais il dit que ses pensées étaient ailleurs, centrées sur le RV avec Mme Juppon.

Annexe VII : Observations relatives au patient n°4

20/03 : Choix d'une carte en visible évoquant liberté et légèreté, et quand je lui demande dans quel oiseau elle s'imaginerait sur cette carte, elle dit qu'elle ne se sent pas oiseau du tout. Durant le temps de relaxation profonde elle a des pensées et ne sent pas de relâchement corporel. Elle reste plutôt répondante aux questions et développe assez peu.

Quand je lui demande si elle a pratiqué des exercices depuis sa sortie, elle parle de faire de la méditation mais constate que c'est quand elle se sent plutôt bien qu'elle peut faire cela. Je souligne qu'effectivement, méditer est compliqué quand les pensées sont ressenties comme négatives. Je rappelle que le travail d'auto-massages et de mouvements lents, sert justement à entrer dans une démarche de ressenti corporel et pas de pensées.

22/03 : Mme E choisit une carte présentant un personnage qui se reflète dans une rivière et qui n'a pas le même reflet. Elle parle d'un reflet étrange et inquiétant. Je propose des questionnements autour de l'être et du paraître sur lesquels elle rebondit un peu.

Durant la séance elle souligne qu'elle a mal au ventre et qu'elle reste fixée là-dessus. Je l'invite à entrer dans une externalisation (écriture, dessin ou autre de ce type là).

27/03 : Le cœur de la séance est qu'elle parvient au sentiment de flottement et de lâcher prise. Elle choisit une carte avec une thématique lunaire, nocturne et de voyage mais dont elle ne dit rien, juste qu'elle lui plaisait. Elle ne dira pas si elle la retrouve en visualisation.

En fin de séance elle dit avoir fait un voyage dans le flottement, et elle se sent détendue.

29/03 : Mme E choisit une carte pour son atmosphère un peu magique, avec un grimoire. Lorsque je l'invite à aller plus loin qu'une simple description, c'est difficile pour elle. Je dois accompagner chaque étape vers des associations d'idées ou une introspection, car elle ne se sent pas à l'état naturel.

Sur cette carte les associations d'idées conduisent à un livre de vie personnel, avec plus de pages noires que blanches, et l'idée de sang qui coule (induit par la carte dont l'encre du livre coule hors des pages) comme quelque chose de négatif, tellement présent que ça déborde.

Durant la séance elle souligne qu'elle est restée dans ses pensées. Le rythme de la musique l'a dérangée, un peu trop tonique.

03/04 : Mme E choisit une carte en visible, parce qu'elle lui plaît. Toujours dans l'incapacité, de façon spontanée, soit de la décrire soit d'associer dessus. Je souligne qu'il s'agit encore d'une image nocturne et elle se défend en disant qu'il y a quand même des couleurs. Elle évoque le fait qu'elle fait des cauchemars, dans lesquels elle se sent attaquée, en danger.

Durant la séance elle ressent de la chaleur et peut retrouver son lieu sûr, déjà exploré en EMDR. Elle est souriante et plutôt contente d'avoir pu utiliser cela.

05/04 : Durant cette séance, la patiente ré-exprime sa difficulté à ressentir un sentiment de sécurité. Après la séance, la patiente nous dit avoir ressenti une sensation de flottement et de bien-être durant la relaxation.

10/04 : Mme E souligne qu'elle n'a pas réussi à lâcher ce jour, elle a rapidement ouvert les yeux et elle a attendu la fin de la séance.

Le choix de sa carte lui permet de parler de son sentiment de ne pas savoir qui elle est, et de s'interroger sur la différence entre dedans et dehors, soi-même et reflet de soi-même.

Des interactions plus spontanées avec les autres.

12/04 : Mme E, lorsqu'on lui demande comment-elle va, nous répond "comme d'habitude".

La patiente tire une carte représentant un visage à demi masqué, elle exprime qu'elle ressent difficulté à concilier l'entière des facettes de sa personnalité et semble toujours être dans une quête de son identité.

La séance se passe bien, après celle-ci Mme E décrit son ressenti par l'expression d'une difficulté à lâcher prise en séance et d'une légère douleur à la tête, en expliquant que lors de la séance elle cherchait à penser à autre chose que cette douleur.

Annexe VIII : Observations relatives au patient n°5

27/03 - Mr V tire une carte au hasard, qui lui évoque l'image de sa marraine. Il a déjà fait de la médiation seul chez lui. Il entre facilement dans l'état de détente et retrouve un souvenir d'enfance, d'une balancelle chez sa marraine qui lui permettait de s'endormir et se sentir bien. Détente possible et appréciée.

03/04 - Mr V tire une carte au hasard et ses associations d'idées le conduisent à l'idée de laisser derrière lui des choses qui lui pèsent, qui sont difficiles.

Durant le temps de relaxation profonde, quand je demande dans quel genre de voyage intérieur ils étaient, il dit avoir essentiellement fait la découverte et l'inventaire de ses tensions, dont certaines qu'il ne connaissait pas. Une association entre corps et esprit, avec une bonne conscience du lien entre les deux, même si c'est encore tourné vers ce qui est douloureux.

05/04 - En début de séance le patient tire une carte au hasard qu'il décrit sans faire d'association. Le patient décrit une sensation de flottement après la séance ainsi qu'un ressenti de bien-être.

10/04 - Mr V apprécie les séances. il tire une carte au sort et associe dessus, l'idée qu'il porte des choses lourdes et qu'il pourrait tenter de s'alléger. Il utilisera d'ailleurs cela durant la relaxation profonde en s'imaginant sur un petit nuage. Il est un peu étonné d'y être à plat ventre, admirant le paysage et évoque l'idée de se remettre sur le dos pour voir au dessus. ce qui est intéressant à ce niveau là, c'est qu'il a l'intention de se changer, de faire quelque chose pour évoluer. Il a utilisé son esprit dans une intention de transformation. Il évoque aussi l'idée de refaire du sport, de continuer les auto-massages qu'il commence déjà à intégrer.

Annexe IX : Observations relatives au patient n°6

22/03 - Mr B parle très facilement. Il a déjà pratiqué de la médiation en pleine conscience et a lu beaucoup de choses autour des techniques corporelles.

Il choisit une carte de façon visible, carte qui lui évoque son amour pour le ciel étoilé des nuits chaudes d'été. Il peut aussi être sensible à une association d'idée entre l'image de l'enfant de la carte, et son sentiment d'être en recherche de lui-même.

Durant la séance de relaxation, il dit être "parti loin", parlant des bons moments passés avec sa famille, sa femme et avec lui-même. Une détente appréciée et une sensation de chaleur.

29/03 - Mr B choisit une carte représentant un escalier. Il fait des liens associatifs entre la carte et son histoire, sa façon d'être. Capacité d'introspection;

Il apprécie à nouveau la séance et parle d'un sentiment de flottement agréable, avec l'impression d'être plutôt dans des pensées, lointaines, agréables, sans préciser lesquelles.

03/04 - Mr B choisit une carte de dixit en visible et en profite pour évoquer des souvenirs de train, de voyage et de vacances. il cherche spontanément le sens symbolique que peut avoir cette carte pour lui et à donner du sens.

Durant la séance, il est concentré et se masse de façon lente et tranquille. les mouvements sont également lents et ralentis, avec une écoute intérieure possible. L'association corps et esprit est possible. Durant la relaxation profonde il ressent un état de flottement agréable. il retrouve les images induites par sa carte de départ et apprécie, tout en gardant le contact avec ses sensations corporelles, surtout la chaleur.

Annexe X : Résumé de l'étude en allemand

PROMOTION : 2015 - 2018

NOM PRENOM : Sébastien Hartmann

TITRE : États de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie

RESUME :

Par l'étude des publications scientifiques et professionnelles, nous avons constaté que la modification de l'état de conscience permet à l'utilisateur d'explorer différents fonctionnements cérébraux et d'agir en profondeur sur son système de représentations internes.

L'objectif de cette étude est de démontrer que l'usage des techniques de relaxation permet de favoriser le bien-être chez les patients dépressifs. A cet effet, nous avons observé des séances de relaxation et proposé à ces patients une auto-évaluation concernant la satisfaction qu'ils ressentent au sujet de leur vie.

Les résultats nous suggèrent que ces techniques favorisent chez les patients un sentiment de sécurité et de bien-être durant la relaxation. Cependant, il est difficile d'isoler l'impact de ces techniques, au sein d'une prise en soin multidisciplinaire.

MOTS CLEFS : État de conscience, Santé mentale, Dépression, Ergothérapie, Relaxation, Bien-être

TITEL : Bewusstseinszustand, Depression und Wohlbefinden in der Ergotherapie

ZUSAMMENFASSUNG :

Dank der Literaturrecherche haben wir bemerkt, dass die Veränderung des Bewusstseinszustandes es dem Benutzer erlaubt, verschiedene Gehirnfunktionen zu erforschen und auf seinem System der inneren Repräsentationen tief zu wirken.

Ziel dieser Studie ist es aufzuzeigen, dass die Anwendung von Entspannungstechniken die Verbesserung des Allgemeinbefindens bei depressiven Patienten ermöglicht. Für dieses Ziel, wir nahmen an Entspannungssitzungen teil und stellten diesen Patienten ein Instrument zur Selbsteinschätzung hinsichtlich der Zufriedenheit, die sie über ihr Leben empfinden, zur Verfügung.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Techniken ein Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens bei Patienten während der Entspannung fördern. Es ist jedoch schwierig, die Auswirkungen dieser Techniken in einer multidisziplinären Versorgung zu isolieren.

SCHLÜSSELWÖRTER : Bewusstseinszustand, Geistige Gesundheit, Depression, Beschäftigungstherapie, Entspannung, Wohlbefinden

MAITRE DE MEMOIRE : Sous la direction de Madame Muriel LAUNOIS.

Annexe XI : Résumé de l'étude en espagnol

PROMOTION : 2015 - 2018

NOM PRENOM : Sébastien Hartmann

TITRE : États de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie

RESUME :

Par l'étude des publications scientifiques et professionnelles, nous avons constaté que la modification de l'état de conscience permet à l'utilisateur d'explorer différents fonctionnements cérébraux et d'agir en profondeur sur son système de représentations internes.

L'objectif de cette étude est de démontrer que l'usage des techniques de relaxation permet de favoriser le bien-être chez les patients dépressifs. A cet effet, nous avons observé des séances de relaxation et proposé à ces patients une auto-évaluation concernant la satisfaction qu'ils ressentent au sujet de leur vie.

Les résultats nous suggèrent que ces techniques favorisent chez les patients un sentiment de sécurité et de bien-être durant la relaxation. Cependant, il est difficile d'isoler l'impact de ces techniques, au sein d'une prise en soin multidisciplinaire.

MOTS CLEFS : État de conscience, Santé mentale, Dépression, Ergothérapie, Relaxation, Bien-être

TÍTULO : Estado de Conciencia, Depresión y Bienestar en la Terapia Ocupacional

RESUMEN :

Gracias a la revisión de la literatura, hemos observado que la modificación del estado de conciencia permite al usuario explorar diversas funciones cerebrales y actuar en profundidad sobre su sistema de representaciones internas.

El objetivo de este estudio es demostrar que el uso de técnicas de relajación permite la mejora del estado de bienestar entre los pacientes depresivos. Para este objetivo, nosotros asistieron a sesiones de relajación y proporcionaron a estos pacientes una herramienta de autoevaluación sobre la satisfacción que sienten sobre su vida.

Los resultados sugieren que estas técnicas promueven una sensación de seguridad y bienestar en los pacientes durante la relajación. Sin embargo, es difícil aislar el impacto de estas técnicas dentro de una atención multidisciplinaria.

PALABRAS FUNDAMENTALES : Estados de conciencia, Salud mental, Depresión, Relajación, Terapia ocupacional, Bienestar

MAITRE DE MEMOIRE : Sous la direction de Madame Muriel LAUNOIS.

Annexe XII : Résumé de l'étude en italien

PROMOTION : 2015 - 2018

NOM PRENOM : Sébastien Hartmann

TITRE : États de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie

RESUME :

Par l'étude des publications scientifiques et professionnelles, nous avons constaté que la modification de l'état de conscience permet à l'utilisateur d'explorer différents fonctionnements cérébraux et d'agir en profondeur sur son système de représentations internes.

L'objectif de cette étude est de démontrer que l'usage des techniques de relaxation permet de favoriser le bien-être chez les patients dépressifs. A cet effet, nous avons observé des séances de relaxation et proposé à ces patients une auto-évaluation concernant la satisfaction qu'ils ressentent au sujet de leur vie.

Les résultats nous suggèrent que ces techniques favorisent chez les patients un sentiment de sécurité et de bien-être durant la relaxation. Cependant, il est difficile d'isoler l'impact de ces techniques, au sein d'une prise en soin multidisciplinaire.

MOTS CLEFS : État de conscience, Santé mentale, Dépression, Ergothérapie, Relaxation, Bien-être

TITOLO : Stato di coscienza, depressione e benessere nella terapia occupazionale

RIASSUNTO :

Grazie alla revisione della letteratura, abbiamo osservato che la modifica dello stato di coscienza consente all'utente di esplorare varie funzioni cerebrali e di agire in profondità sul suo sistema di rappresentazioni interne.

L'obiettivo di questo studio è dimostrare che l'uso di tecniche di rilassamento consente il miglioramento del benessere statale tra i pazienti depressivi. Per questo obiettivo, noi ha partecipato a sessioni di rilassamento e ha fornito a questi pazienti uno strumento di autovalutazione sulla soddisfazione che provano per la loro vita.

I risultati suggeriscono che queste tecniche promuovono un senso di sicurezza e benessere nei pazienti durante il rilassamento. Tuttavia, è difficile isolare l'impatto di queste tecniche nell'ambito di un'assistenza multidisciplinare.

PAROLE CHIAVE : Stati della coscienza, Salute Mentale, Depressione, Rilassamento, Ergoterapia, Benessere

MAITRE DE MEMOIRE : Sous la direction de Madame Muriel LAUNOIS.

Annexe XIII : Résumé de l'étude en russe

PROMOTION : 2015 - 2018

NOM PRENOM : Sébastien Hartmann

TITRE : États de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie.

RESUME :

Par l'étude des publications scientifiques et professionnelles, nous avons constaté que la modification de l'état de conscience permet à l'utilisateur d'explorer différents fonctionnements cérébraux et d'agir en profondeur sur son système de représentations internes.

L'objectif de cette étude est de démontrer que l'usage des techniques de relaxation permet de favoriser le bien-être chez les patients dépressifs. A cet effet, nous avons observé des séances de relaxation et proposé à ces patients une auto-évaluation concernant la satisfaction qu'ils ressentent au sujet de leur vie.

Les résultats nous suggèrent que ces techniques favorisent chez les patients un sentiment de sécurité et de bien-être durant la relaxation. Cependant, il est difficile d'isoler l'impact de ces techniques, au sein d'une prise en soin multidisciplinaire.

MOTS CLEFS : État de conscience, Santé mentale, Dépression, Ergothérapie, Relaxation, Bien-être

НАЗВАНИЕ : Состояние сознания, депрессия и благополучие в профессиональной терапии

РЕЗЮМЕ :

Благодаря обзору литературы мы заметили, что изменение состояния сознания позволяет пользователю исследовать различные функции мозга и глубже воздействовать на его систему внутренних представлений.

Цель этого исследования - продемонстрировать, что использование релаксационных методов позволяет улучшить состояние благосостояния среди депрессивных пациентов. Для этой цели мы участвовали в сеансах релаксации и предоставляли этим пациентам инструмент самооценки, касающийся удовлетворения, которое они испытывают к своей жизни.

Результаты показывают, что эти методы способствуют ощущению безопасности и благополучия у пациентов во время релаксации. Однако трудно изолировать воздействие этих методов в рамках многодисциплинарного подхода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА : Состояние сознания, Душевное здоровье, депрессия, отдых, трудотерапия, благополучие

MAITRE DE MEMOIRE : Sous la direction de Madame Muriel LAUNOIS.

PROMOTION : 2015 - 2018

NOM PRENOM : Sébastien Hartmann

TITRE : États de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie

RESUME :

Par l'étude des publications scientifiques et professionnelles, nous avons constaté que la modification de l'état de conscience permet à l'utilisateur d'explorer différents fonctionnements cérébraux et d'agir en profondeur sur son système de représentations internes.

L'objectif de cette étude est de démontrer que l'usage des techniques de relaxation permet de favoriser le bien-être chez les patients dépressifs. A cet effet, nous avons observé des séances de relaxation et proposé à ces patients une auto-évaluation concernant la satisfaction qu'ils ressentent au sujet de leur vie.

Les résultats nous suggèrent que ces techniques favorisent chez les patients un sentiment de sécurité et de bien-être durant la relaxation. Cependant, il est difficile d'isoler l'impact de ces techniques, au sein d'une prise en soin multidisciplinaire.

MOTS CLEFS : État de conscience, Santé mentale, Dépression, Ergothérapie, Relaxation, Bien-être

TITLE : State of Consciousness, Depression and Well-being in Occupational Therapy

ABSTRACT :

Thanks to literature review, we have remarked that the modification of the state of consciousness allows the user to explore various cerebral functioning and to act in depth on his system of internal representations.

The objective of this study is to demonstrate that the use of relaxation techniques allows the improvement of the state well-being among depressive patients. For this goal, we attended relaxation sessions and provided these patients a self-assessment tool concerning the satisfaction they feel about their life.

The results suggest that these techniques promote a sense of security and well-being in patients during relaxation. However, it is difficult to isolate the impact of these techniques within a multidisciplinary care.

KEY WORDS : States of Consciousness, Mental Health, Depression, Relaxation, Occupational therapy, Wellbeing

MAITRE DE MEMOIRE : Sous la direction de Madame Muriel LAUNOIS.