

L'ENCÉPHALE

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.em-consulte.com/produit/ENCEP

THÉRAPEUTIQUE

Protocole de relaxation intégrative et transdiagnostique pour patients anxieux. Résultats d'une étude pilote

An integrative and transdiagnostic relaxation protocol for anxious patients. Results of a pilot study

D. Servant^{a,*}, A. Germe^{a,b}, M. Autuori^{a,b}, F. De Almeida^{a,b},
M. Hay^a, C. Douilliez^b, G. Vaiva^a

^a Consultation spécialisée sur le stress et l'anxiété, service universitaire de psychiatrie adulte, hôpital Fontan, CHRU, rue Verhaeghe, 59037 Lille cedex, France

^b Unité de formation et recherche en psychologie, laboratoire Psitec, EA 4072, université Lille-3, 59650 Villeneuve-d'Ascq, France

Reçu le 22 juillet 2013 ; accepté le 30 janvier 2014

MOTS CLÉS

Relaxation ;
Troubles anxieux ;
Pleine conscience ;
Trouble anxieux
généralisé ;
Trouble panique

Résumé Les données de la littérature montrent que la pratique de la relaxation est efficace pour réduire les symptômes d'anxiété. Différentes techniques comme la relaxation musculaire progressive, le training autogène, la relaxation appliquée et la méditation ont été évaluées indépendamment dans les troubles anxieux. La question qui se pose est de savoir si l'association de différentes techniques peut être intéressante pour une prise en charge transdiagnostique des troubles anxieux. L'étude présentée évalue l'efficacité à court terme d'un programme de relaxation intégrative et transdiagnostique pour troubles anxieux. Les diagnostics étaient recherchés par la passation du MINI complété d'une évaluation des symptômes anxieux et dépressifs au moyen de l'inventaire d'anxiété-trait-état de Spielberger (STAI-Y, -S et -T), du questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS) et de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II). Quatre techniques sont intégrées dans le protocole structuré : le contrôle respiratoire, la relaxation musculaire, la pleine conscience et la visualisation mentale. Vingt-huit patients répondant au diagnostic selon le DSM-IV de trouble anxieux généralisé ou de trouble panique ont été inclus et évalués avant et après le traitement. Les résultats de cette étude ouverte montrent une diminution significative du niveau d'anxiété-trait, de dépression et des soucis après l'intervention. Le programme de relaxation intégrative et transdiagnostique pourrait représenter un traitement accessible et efficace pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs dans différents troubles anxieux. Les recherches futures devraient s'orienter vers

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique.servant@chru-lille.fr (D. Servant).

le développement d'essais contrôlés, l'évaluation de différentes dimensions anxieuses et des effets dans le temps de ce protocole.

© L'Encéphale, Paris, 2014.

KEYWORDS

Relaxation;
Anxiety disorders;
Mindfulness;
Generalized anxiety disorder;
Panic disorder

Summary

Introduction. – The literature data show that relaxation practice is effective in reducing anxiety symptoms. Different techniques such as progressive muscular relaxation, autogenic training, applied relaxation and meditation have been evaluated independently for anxiety disorders. The question is to know whether the combination of various techniques may be of interest in the transdiagnostic treatment of anxiety disorders.

Aim of the study. – The present study assessed the short-term efficacy of a 10-week integrative and transdiagnostic relaxation program for anxiety disorders in outpatients of an anxiety disorders unit.

Methods. – The diagnoses were made according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998) and completed with an assessment of anxiety and depressive symptoms using: the State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y, -S and -T), the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and the Beck Depression Inventory (BDI-II). Four techniques were integrated into the structured 10-week protocol: breathing control, muscular relaxation, meditation and mental visualization.

Results. – Twenty-eight patients (12 men and 16 women), mean age (S.D.) = 38.82 years (11.57), were included in the study. All the included patients fulfilled the DSM-IV criteria for a current diagnosis of Generalized Anxiety Disorder ($n=13$) or Panic Disorder ($n=15$) with or without agoraphobia. At the end of the 10 sessions, we found a significant reduction in mean scores (S.D.) on the STAI-T from 53.179 (6.037) to 49.821 (8.028) ($P<0.02$), the BDI-II 20.964 (13.167) to 15.429 (11.341) ($d=0.6543$) and the QIPS 55.071 (10.677) to 49.679 (11.7) ($d=0.5938$). The observed reduction in the STAI-S ($d=0.2776$) was not significant.

Discussion. – The results of this open study showed that this program significantly decreases the level of trait anxiety, depression and worry. The integrative and transdiagnostic relaxation program could represent an accessible and effective treatment to reduce anxious and depressive symptoms in various anxiety disorders. Future research should address the development of controlled trials assessing the impact of the different dimensions of anxiety and the long-term effects of this protocol.

© L'Encéphale, Paris, 2014.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) apparaissent comme le traitement psychothérapeutique le plus étudié et le plus efficace dans le traitement du trouble anxieux généralisé (TAG) et du trouble panique (TP) avec ou sans agoraphobie [1]. Elles associent différentes techniques dont les principales sont la thérapie cognitive du souci (restructuration cognitive, évitement par le souci, intolérance à l'incertitude) pour le TAG, la thérapie cognitive centrée sur l'interprétation erronée des sensations corporelles et l'exposition aux sensations pour le TP et enfin l'exposition aux situations phobogènes pour l'agoraphobie. À côté des TCC, la relaxation a été proposée depuis très longtemps dans la réduction des symptômes anxieux isolés ou associés à d'autres problèmes médicaux. Globalement on constate une diminution du niveau d'anxiété pour l'ensemble des techniques chez des témoins et chez des patients présentant des pathologies organiques ou psychiatriques. Une méta-analyse retrouve une taille d'effet pour la réduction de l'anxiété par la relaxation de niveau moyen selon les critères de Cohen (d de Cohen = 0,57) [2].

Bien que la relaxation soit parfois intégrée à la TCC, certaines techniques plus récentes de relaxation ont fait l'objet d'évaluations standardisées isolées dans le TAG et le TP [3].

Le contrôle respiratoire qui consiste à informer le sujet sur l'interprétation erronée qu'il fait de ses propres sensations physiques et à faire un exercice d'hyperventilation suivie de contrôle respiratoire est depuis près de 30 ans un des éléments clés du traitement du trouble panique [4]. Plus qu'une technique de relaxation proprement dite il s'agit d'une technique cognitive avec exposition intéroceptive aux sensations aujourd'hui intégrée à la majorité des programmes structurés du trouble panique [5].

La technique de relaxation qui apparaît la plus efficace de façon isolée à la fois dans le trouble panique et le trouble anxieux généralisé est la relaxation appliquée (RA) développée par Öst et al. [6]. La RA propose un protocole structuré selon différentes phases : tension-relâchement des différents groupes musculaires, relâchement seul, relaxation par indice, relaxation différentielle, relaxation rapide et application. Une information sur le trouble, des exercices et des tâches assignées sont proposées entre les séances qui correspondent à un véritable mode de *coping* pour faire face aux paniques, aux soucis et au stress selon les troubles. Dans le TAG la RA s'est montrée aussi efficace que les TCC basées sur le modèle classique de la restructuration cognitive [7], sur le modèle de l'évitement par le souci [8] ou de l'intolérance à l'incertitude [9].

La visualisation utilisée habituellement dans la relaxation profonde de type hypnotique a été également proposée dans les TCC des troubles phobiques au cours de la désensibilisation systématique et de l'exposition « en imagination ». Ces techniques de visualisation restent cependant actuellement sous-utilisées bien que leur intérêt pour favoriser le processus d'habituation dans l'exposition à des situations anxiogènes soit reconnu depuis longtemps [5].

Une technique proche de la relaxation, la méditation de pleine conscience ou *mindfulness*, a récemment été également proposée. L'objectif principal n'est pas la recherche d'une réponse de relaxation mais le maintien du niveau de conscience dans l'instant présent permettant une position d'observation métacognitive des sensations et des pensées. Une méta-analyse montre un effet important dans la réduction de la symptomatologie anxieuse (d de Cohen = 0,85) [2]. Le protocole de Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), en français réduction du stress par la pleine conscience, développé par Kabat-Zinn et al., a montré une efficacité chez des patients présentant différents troubles anxieux dont le TAG et le TP [10].

Ces données de la littérature montrent que les techniques respiratoires (observation, contrôle, activation...), la relaxation musculaire progressive et appliquée, la visualisation et la pleine conscience paraissent toutes utiles et complémentaires dans une approche de TCC des troubles anxieux. L'association de ces différentes techniques pourrait améliorer l'efficacité et apporter une véritable méthode de réduction de l'anxiété dans une approche transdiagnostique de l'anxiété. L'approche transdiagnostique rend compte de la comorbidité élevée des troubles anxieux entre eux et avec la dépression [11] et de l'intérêt de protocoles de TCC agissant de façon conjointe sur les différentes dimensions anxieuses [12].

Le but de ce travail a été d'évaluer la faisabilité et l'efficacité à court terme d'un protocole de relaxation intégrative chez des patients présentant un TAG ou un TP avec ou sans agoraphobie.

Méthodes

Il s'agit d'une étude « pilote » non randomisée et non contrôlée réalisée chez des patients consultant dans une unité spécialisée pour les troubles anxieux. L'évaluation diagnostique structurée, la passation d'un nombre minimum d'échelles d'évaluation de l'anxiété et de l'humeur avant et immédiatement après le programme de soin proposé au patient est considérée dans notre unité spécialisée comme un contexte de soin habituel et c'est la raison pour laquelle aucune demande n'a été faite au CPP pour cette première étude pilote.

Sujets

Tous les patients inclus présentaient une anxiété cliniquement handicapante qui correspondait au diagnostic de TAG ou de TP, sélectionnés à la suite de 2 ou 3 consultations d'évaluation par un psychiatre de l'unité. Ils étaient invités à participer à un groupe thérapeutique de gestion de l'anxiété par la relaxation. Aucun patient ne devait avoir suivi un protocole de TCC ou de relaxation structuré au

préalable. Durant le programme structuré de relaxation en groupe, le suivi de soin habituel était poursuivi mais aucun autre traitement structuré psychothérapeutique n'était proposé dans notre unité.

Trente-quatre patients ont accepté de participer à l'une des 4 sessions successives de la thérapie de groupe entre janvier 2011 et janvier 2013.

Vingt-huit patients (12 hommes et 16 femmes ; moyenne d'âge = 38,82 ; écart-type = 11,57) ont finalement été inclus dans l'étude. Les 6 patients qui n'ont pas été pris en compte n'ont pas rempli les évaluations pré- et post-test ou ont interrompu le protocole avant la fin des 10 séances. Tous les patients inclus répondaient à un diagnostic actuel de TAG ($n=13$) ou de TP ($n=15$) avec ou sans agoraphobie selon le DSM-IV suite à la passation du MINI ou Mini-International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998 ; traduction française par Lecrubier et al., 1998). Les antécédents de trouble obsessionnel compulsif (TOC), de phobie sociale étaient recherchés lors de l'évaluation. Parmi les 28 patients, 20 présentaient une comorbidité sur la vie avec un autre trouble anxieux (Tableau 1).

Dix patients répondaient au diagnostic d'épisode dépressif majeur (EDM) selon le DSM-IV d'intensité moyenne, aucun patient n'était hospitalisé ni ne présentait des éléments psychotiques ou des idées suicidaires. Treize patients recevaient une prescription d'antidépresseurs initiée avant la première consultation. Cinq patients étaient déjà suivis en individuel par un psychiatre ou un psychologue (Tableau 1).

Évaluations

Différents outils psychométriques spécifiques ont été utilisés :

- l'inventaire d'anxiété de Spielberger : State Trait Anxiety Inventory – forme Y, STAI-Y, STAI-S (état) et STAI-T (trait) (Spielberger et al., 1983 ; adaptation française par Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993) est un auto-questionnaire de 20 items coté sur 4 niveaux de « pas du tout » coté 1 à « beaucoup » coté 4 (score total de 20 à 80). Il mesure plus une intensité de l'anxiété et n'est pas lié à un trouble anxieux ;
- le questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS) : Penn State Worry Questionnaire (PSWQ ; Meyer et al., 1990 ; traduction française par Gosselin et al., 2001) est un questionnaire d'auto-évaluation, composé de 16 items, mesurant la tendance générale à s'inquiéter. Les réponses se font selon une échelle de Likert en cinq points allant de « pas du tout caractéristique » coté 1 à « extrêmement caractéristique » coté 5 (score de 16 à 80) ;
- l'inventaire de dépression de Beck : Beck Depressive Inventory-II (BDI-II ; Beck et al., 1996 ; adaptation française par Pichot et al., 1998) est un questionnaire d'auto-évaluation mesurant la sévérité de la dépression composé de 21 items cotés de 0 à 3 (score total de 0 à 63).

La passation des questionnaires était renouvelée dans la semaine suivant la fin du protocole après 10 semaines.

Tableau 1 Répartition des diagnostics actuels d'agoraphobie et d'épisode dépression majeur et des diagnostics sur la vie d'autres troubles anxieux selon le DSM-IV retrouvés chez les 28 patients à partir du MINI.

	Trouble panique (TP) n = 15	Trouble anxieux généralisé (TAG) n = 13
EDM (actuel)	n = 4	n = 6
Agoraphobie (actuel)	n = 6	—
Trouble panique (vie entière)	—	n = 2
Agoraphobie (vie entière)	—	n = 2
TAG (vie entière)	n = 1	—
Phobie sociale (vie entière)	n = 5	n = 1
TOC (vie entière)	n = 2	n = 3

Protocole

Il s'agit d'un protocole en 10 séances hebdomadaires de 2 h pratiqué en groupe d'environ 8 sujets dont le contenu de chaque séance a été décrit en détail ailleurs [5]. Les groupes sont tous animés par l'un des auteurs, médecin expérimenté intervenant dans l'animation de groupe de relaxation depuis 15 ans dans l'unité (M.H.) et par l'un des 3 autres co-auteurs stagiaires en Master de psychologie TCC de 2^e année (A.G., M.A, F.D.A.) qui procédaient également aux évaluations. Schématiquement, à chaque séance est délivrée une information concernant la réaction anxieuse au stress et les différentes formes d'anxiété, une description des techniques et leurs applications dans différentes situations anxieuses. Des exercices correspondant aux techniques proposées aux différentes séances étaient pratiqués en groupe. Un carnet de bord indiquant les différents exercices à pratiquer en dehors des séances, un agenda hebdomadaire et des grilles d'auto-évaluation des symptômes anxieux étaient remis à chaque patient lors de la première séance et revus à chaque séance. Schématiquement le programme des différentes séances est le suivant : introduction et contrôle respiratoire : séances 1 et 2 ; relaxation musculaire : séances 3 et 4 ; méditation de pleine conscience : séances 5 et 6 ; relaxation flash et utilisation : séance 7 ; visualisation : séances 8 et 9 ; techniques intégrées et bilan : séance 10.

Analyses

Les analyses statistiques étaient des *t* de Student lorsque l'hypothèse de normalité n'était pas rejetée. En tests non paramétriques pour échantillons appariés, des *T* de Wilcoxon

étaient utilisés selon l'hypothèse de symétrie et de continuité de la distribution des différences entre les variables. La taille d'effet était calculée par la formule du *d* de Cohen pour les *t* de Student. Un effet autour de 0,20 équivaut à un effet faible, autour de 0,50 à un effet modéré et 0,80 à un effet fort.

Résultats

Le score moyen au QIPS est de 55,071 (10,677) et les scores moyens au questionnaire de Spielberger sont de 47,821 (11,015) pour la STAI-S et de 53,179 (6,037) pour la STAI-T avant le protocole.

Le score moyen au BDI-II avant le protocole est de 20,964 (13,167). Si on se réfère aux seuils moyens permettant de déterminer la sévérité des symptômes dépressifs selon la répartition en 4 classes d'Osman et al. [13], on retrouve : 6 patients ayant un score compris entre 0 et 13 (état dépressif minimal) ; 9 patients ayant un score compris entre 14 et 19 (état dépressif léger) ; 7 patients ayant un score compris entre 20 et 28 (état dépressif modéré) ; 6 patients ayant un score compris entre 29 et 63 (état dépressif sévère).

On retrouve au terme de 10 séances une amélioration significative des scores moyens à la STAI-T, au BDI-II (*d* = 0,6543) et au QIPS (*d* = 0,5938). La réduction observée à la STAI-S (*d* = 0,2776) n'est pas significative (Tableau 2). Le niveau moyen à la QIPS (49,6) est bien inférieur aux limites entre 62–65 retrouvées dans l'étude de validation dans le TAG de la version française. Le score à la STAI-S (44,5) est à un niveau infraclinique mais supérieur à ce que l'on observe chez des sujets indemnes de troubles anxieux (Tableau 2).

Tableau 2 Évolution des scores moyens avant et après le protocole de 10 semaines de relaxation intégrative et transdiagnostique^a.

	Score moyen avant (ET)	Score moyen après (ET)	<i>t</i> de Student ou <i>T</i> de Wilcoxon	
STAI-S (Spielberger)	47,821 (11,015)	44,5 (10,497)	<i>t</i> (27) = 1,469	<i>p</i> = 0,153
STAI-T (Spielberger)	53,179 (6,037)	49,821 (8,028)	<i>T</i> (28) = 96	<i>p</i> < 0,02
BDI-II (Beck dépression)	20,964 (13,167)	15,429 (11,341)	<i>t</i> (27) = 3,462	<i>p</i> < 0,01
QIPS (Penn State)	55,071 (10,677)	49,679 (11,7)	<i>t</i> (27) = 3,142	<i>p</i> < 0,01

^a Normes en population générale : QIPS : 21,1 (16,1), TAG : 44,3 (21,8) et sujets témoins : 21,1 (16,1 ; Ladouceur et al., 1999) ; BDI-II : 0–13 (pas de dépression), 14–19 (état dépressif léger), 20–28 (état dépressif modéré), > 29 et 63 (état dépressif sévère ; Beck, 1994 traduction, édition du Centre de psychologie appliquée, 1996). STAI-S et STAI-T pas de lien avec les troubles anxieux mais limite habituelle dans les études comprise généralement entre 45 et 50.

Discussion

Les résultats de cette première étude pilote montrent une diminution significative des scores moyens d'anxiété-trait, de dépression et de soucis après 10 semaines d'un protocole de groupe de relaxation intégrative et transdiagnostique. Plusieurs remarques peuvent être formulées et les résultats doivent être interprétés avec réserve.

Une première limite de l'étude est liée au fait que dans notre travail les évaluateurs étaient également les thérapeutes ce qui a pu influencer les réponses des patients, notamment dans un sens favorable. Il existe aussi un biais de sélection par l'inclusion de patients recevant des traitements antidépresseurs ou suivis par un(e) psychiatre ou un(e) psychologue en dehors du soin standardisé proposé dans notre unité.

Nous ne retrouvons pas de diminution significative à l'échelle d'anxiété-état comme dans la méta-analyse de Manzoni et al. qui prend en compte l'effet de la relaxation sur l'anxiété dimensionnelle dans des contextes très divers [2]. Ce résultat n'est pas surprenant car l'anxiété-état correspond à des modifications transitoires très fluctuantes alors que la version trait est considérée dans les troubles anxieux comme le véritable point de départ de l'évaluation thérapeutique. Toutes les études actuellement sur le TAG utilisent l'échelle anxiété-trait. Nos résultats sont conformes aux données concernant la réduction des soucis, avec une taille d'effet modérée, qui dans l'échelle du QIPS sont applicables à la fois aux dimensions anxieuse et dépressive. Des échelles distinguant les différents types de pensées répétitives négatives pourraient s'avérer utiles pour mieux appréhender les mécanismes d'action du traitement.

Cette étude ouverte et non contrôlée en condition de soins habituels a inclus des patients plus sévères que ceux habituellement sélectionnés dans les essais contrôlés qui excluent la comorbidité dépressive. Dans notre étude la moyenne au BDI-II est de 20 alors qu'elle est en moyenne autour de 15 dans les essais sur le TAG [9]. L'amélioration significative au BDI à un niveau d'intensité légère, avec une taille d'effet modérée, est conforme aux travaux qui montrent une amélioration de l'humeur associée à la diminution de l'anxiété [7–9]. On peut se demander si l'amélioration thymique participe à la réduction de l'anxiété et des inquiétudes. Des études portant sur la comparaison d'un groupe anxieux « pur » avec un groupe comorbide trouble anxieux et dépression ou EDM avec symptômes anxieux pourraient éclairer cette question.

D'autres mesures mériteraient d'être proposées particulièrement l'évaluation des paroxysmes anxieux (attaques de panique) qui n'apparaît pas dans les échelles générales d'anxiété, de l'évitement phobique mais aussi du fonctionnement global et de la qualité de la vie. Des instruments d'hétéro-évaluation pourraient être associés aux échelles d'auto-évaluation utilisées dans notre étude.

Dans le cadre de cette étude, le protocole s'inscrit plus comme un soin complémentaire aux soins habituels que comme un traitement principal, l'objectif étant une réduction de la symptomatologie anxieuse. Un meilleur contrôle de la population et du protocole serait nécessaire afin de mieux apprécier les effets sur les différentes dimensions des troubles anxieux.

L'adhésion au protocole a été bonne, les patients ont apprécié la diversité et la faisabilité des exercices courts, les informations et les supports proposés.

Le temps recommandé d'exercice quotidien était de 20 minutes, plus facilement réalisable que les protocoles très intensifs comme le module MBSR qui recommande 45 minutes à plus d'une heure de pratique chaque jour. Notre programme est proposé en pratique de groupe comme le MBSR alors que le protocole de Ôst de relaxation appliquée est individuel. Il apparaît aux vues des résultats de la littérature que l'efficacité des protocoles de groupe et individuel est équivalente [3]. Il n'y avait pas de supports audio distribués et on peut penser qu'à l'avenir cela pourrait augmenter l'observance et faciliter l'entraînement des patients et l'apprentissage des techniques.

La question qui se pose est de savoir si l'association de plusieurs techniques est comparable ou plus efficace qu'une technique seule. Une méta-analyse incluant un nombre limité et anciens de travaux semble indiquer qu'il n'y a pas d'intérêt à combiner plusieurs techniques [3]. Cependant les protocoles les plus récents comme la relaxation appliquée (respiration, relaxation musculaire...), la MBSR (yoga, visualisation) ou ciblée sur la phobie du sang associent plusieurs techniques [6,10,14]. On peut penser également que l'utilisation de plusieurs techniques peut s'avérer utile dans une approche transdiagnostique en ciblant différents symptômes anxieux. Les techniques de relaxation proposées apportent des éléments concrets sur différentes dimensions de l'anxiété du TAG et du TP (paroxysmes anxieux, pensées automatiques, émotions). Elles permettent également, par l'apport original de la visualisation, de s'exposer à des situations phobiques et des contextes de stress ou de conflit générateurs d'anxiété dans les différents troubles anxieux.

Siev et Chambless [3] dans leur méta-analyse retrouvent une efficacité de la TCC et de la relaxation équivalente pour le TAG et légèrement en faveur de la thérapie cognitive pour le TP. Les deux approches ne sont pas strictement distinctes mais partagent des éléments communs. Beaucoup des protocoles de TCC intègrent de la relaxation mais on trouve aussi dans certains protocoles structurés de relaxation et de méditation, comme dans notre programme de relaxation intégrative et transdiagnostique, une approche cognitive. L'information proposée dans les modèles explicatifs du trouble et les moyens de *coping* et de mises à distance et de restructuration des pensées automatiques sont très proches des protocoles de thérapie cognitive. Allant dans ce sens, certains auteurs suggèrent qu'un programme associant pleine conscience et thérapie cognitive (Mindfulness-Based Cognitive Therapy [MBCT]) destiné au TAG serait plus efficace que la pleine conscience seule (MBSR) [15].

Enfin, une dernière limite méthodologique est qu'un suivi à distance est nécessaire pour juger de la stabilité des acquis car beaucoup d'études montrent que les effets augmentent après la phase d'évaluation qui en fait ne représente que la phase d'apprentissage, la mise en application des techniques nécessitant plusieurs mois de pratique.

Conclusion

Les résultats encourageants obtenus avec cette étude pilote suggèrent que la relaxation intégrative pourrait compléter

l'arsenal thérapeutique de la relaxation appliquée, la pleine conscience (MBSR) chez des sujets présentant un TP et un TAG pour lesquels ces techniques TCC ne sont pas toujours accessibles ou ne correspondent pas aux attentes ou aux objectifs de gestion des symptômes observés dans les différents troubles anxieux. Des études contrôlées mériteraient d'être menées à l'avenir en utilisant des critères de sélection et d'évaluation plus précis et en mesurant le maintien des bénéfices sur le plus long terme.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:595–606.
- [2] Manzoni G, Pagnini F, Castelnovo G, et al. Relaxation training for anxiety: a ten-year systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008;8:12.
- [3] Siev J, Chambless DL. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:513–22.
- [4] Clark DM, Salkovskis PM, Chalkley AJ. Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Behav Ther Exp Psychiatry* 1985;16:23–30.
- [5] Servant D. La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
- [6] Öst LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987;25:397–409.
- [7] Öst LG, Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2000;38:777–90.
- [8] Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:611–9.
- [9] Dugas MJ, Brillon P, Savard P, et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 2010;4:46–58.
- [10] Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:936–43.
- [11] Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and. DSM-IV. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:835–84.
- [12] Norton PJ, Philipp LM. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: a quantitative review. *Psychother Theory Res Pract Train* 2008;45:214–26.
- [13] Osman A, Downs WR, Barrios FX, et al. Factor structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory – II. *J Psychopathol Behav Assess* 1997;19:359–75.
- [14] Ducasse D, Capdevielle D, Attal J, et al. La phobie du sang-injection-accident : spécificités psychophysiologiques et thérapeutiques. *Encéphale* 2013;39:326–31.
- [15] Rappagay L, Bystritsky A, Dafter RE, et al. New strategies for combining mindfulness with integrative cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder. *J Ration* 2011;29:92–119.