

**APPLICATION DE LA RELAXATION  
DANS LE CADRE DE LA PSYCHOTHERAPIE  
Module II**

**Formation des Associations Romandes  
des Psychologues / FARP**

**lic. phil. Claude Haldimann  
Psychothérapeute FSP  
& Formateur SSTCC  
[www.claude-haldimann.ch](http://www.claude-haldimann.ch)**

**Lausanne, le 28 et 29 avril 2017**

- Date : du vendredi 28 au samedi 29 avril 2017  
de 9h00 à 17h00 (16 périodes de 45')
- Lieu : Localités FARP, chemin de Mornex 3, 2003 Lausanne
- Formateur: lic. phil. I. Claude Haldimann, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP et formateur SSTCC. Formé dans l'approche cognitivo-comportementale. Pratique privé dans un cabinet de groupe à Berne.
- Descriptif du séminaire: Module théorético-clinique sur l'utilisation de méthodes de relaxation (Respiration, Schulz, Jacobson en principale) dans le cadre de la psychothérapie dans des différentes situations et patients. Combinaisons avec des méthodes cognitivo-comportementales (méthodes couvertes).
- Littérature : Chaque participant recevra un script sur les exercices et la théorie développée au cours de l'unité d'enseignement.
- Remarques : Nous conseillons d'apporter au séminaire une natte de gymnastique ou une couverture de laine, ainsi qu'éventuellement un oreiller (traversin) et de s'habiller chaudement et confortablement avec des vêtements qui ne serrent pas. En outre, l'expérience a montré la grande utilité de chaussettes épaisses ainsi que d'une couverture de laine pour se couvrir durant les exercices, (le confort est très important !)

## PROGRAMME

### Vendredi matin, 28 avril 2017

- Accueil, expériences entre temps, souhaits, organisation du déroulement du séminaire (p.ex. combien d'unités de supervision, répétition de techniques etc) .
- Répétition de techniques instruites (respiration et relaxation breve allongée) dans le module A et élaboration des PRINCIPES D' ENSEIGNEMENT DES EXERCICES DE RELAXATION
- Pause
- Exercices en petits groupes
- Discussions et questions
- RELAXATION BREVE EN POSITION ASSISE
- Exercices en petits groupes

### Vendredi après-midi, 28 avril 2017

- Discussions et questions
- Méthodes de relaxation pour se centrer (état de peur, panique ou dissocié)
- Jeu de rôles en petits groupes
- Pause
- Discussions et questions
- PSYCHOPHYSIOLOGIE DE LA RELAXATION
- INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES EXERCICES DE RELAXATION

### Samedi matin, 29 avril 2017

- DESENSIBILISATION (NON) SYSTEMATIQUES
- Exercices en petits groupes
- Discussions et questions
- Pause

- STOP DE LA PENSÉE
- Exercices en petits groupes
- Discussions et questions

**Samedi après-midi, 29 avril 2017**

- INOCULATION DE STRESS (utilisée dans le traitement de l'angoisse ou de la douleur)
  - Exercices en petits groupes
  - Discussions et questions
- Pause
- Exercices en petits groupes (et/ou temps de réserve)
  - Questions, discussion et conclusion

## PRINCIPES DE TRAVAIL POUR LE GUIDE D'UNE SEANCE DE RELAXATION

1. La voix: voix si possible calme et sonore; mais aussi, adaptez la voix à ce que vous dites (donner de la chaleur à la voix pour les exercices d'échauffement, de la tension pour les exercices de relaxation musculaire progressive à la phase de tension, etc.); attention, en tant que débutant on a souvent tendance à parler trop lentement!
2. Le rythme: maintenir un rythme régulier de la voix; ne pas passer trop rapidement d'une sensation à une autre, donner du temps au patient sans pour autant être trop lent et faire de trop grandes pauses pour que le patient ne perde pas le fil (s'endorme ou vaque à d'autres pensées).
3. Parler des positions du corps:  
indiquer et parler des sensations résultant des positions du corps (par ex. en position allongée: prise de conscience de la structure du sol; en position debout: poids du corps sur les pieds).
4. Parler des phénomènes vécus et des sensations corporelles:  
parler des sensations particulières résultant de la relaxation (par ex. rythme respiratoire, pesanteur).
5. Répétitions: répétez plusieurs fois les sensations particulières, un peu comme un mantra (avec les mêmes paroles / par ex.: les jambes sont agréablement souples, relâchées et détendues...).
6. Images : revêtir d'images les sensations abordées (les jambes sont agréablement chaudes, comme si elles se trouvaient devant un feu de cheminée crépitant, etc...).
7. Intégration de l'entourage du moment, de ce qui a précédé, de ce qui suit :  
par ex.: ce dont nous avons discuté passe à l'arrière-plan; vous entendez de loin les bruits de la rue, la nuit prochaine, vous dormirez profondément d'un sommeil réparateur et vous ferez de beaux rêves.
8. Discuter de la sortie de la relaxation:  
lors d'une première relaxation, il est important que le patient soit informé avant de "la sortie de la relaxation" pour qu'il puisse en revenir de manière autonome et sans troubles s'il a des sensations désagréables durant l'exercice

## RELAXATION EN POSITION ASSISE

Asseyez-vous confortablement, de manière à bien sentir le dos de la chaise. Fermez les yeux. Les jambes sont légèrement écartées, les genoux à angle droit, les pieds bien à plat sur le sol, les mains reposant sur les cuisses. Cherchez et essayez la position qui vous convient le mieux.

Essayez de prendre conscience de quelle manière la part la plus importante de votre poids repose sur le fessier et les cuisses; prenez conscience de la structure de votre siège et de la pression qui s'y exerce.

Accordez toute votre attention à la longueur de vos jambes, allez jusqu'à vos pieds et sentez comment ils reposent complètement sur le sol; prenez conscience de la structure du sol et de la pression qui s'y exerce.

Revenez au fessier et accordez toute votre attention à la forme de votre dos, comment il s'appuie sur la chaise. Quelles sont les parties de votre dos que vous sentez le plus peser contre le siège?

Poursuivez jusqu'à vos épaules et sentez de quelle manière le poids des bras les attire vers le sol et comment elles se laissent aller. Les avant-bras et les mains reposent sur les cuisses; vous prenez conscience du poids de vos bras sur les jambes et de la pression qui s'exerce sur vos avant-bras et sur vos mains.

Accordez maintenant votre attention à votre tête et à votre visage. Votre tête repose, droite, sur la colonne vertébrale. Dans votre nez, vous pouvez sentir votre respiration. Chaque fois que vous expirez, vous entendez un chuintement dans les cavités nasales. Lorsque vous inspirez, vous sentez un petit courant froid dans vos narines. Restez concentré sur ces deux sensations et vivez votre rythme respiratoire dans l'alternance de ces deux événements.

Outre le petit chuintement qui se produit en expirant, vous remarquerez de quelle manière une sensation de laisser aller, de lâcher prise traverse votre corps à chaque expiration, et comment la pression augmente entre votre fessier et votre siège.

Concentrez-vous quelques instants sur toutes ces sensations et savourez cet état de relaxation.

Préparez-vous maintenant lentement à sortir de cette relaxation. Inspirez et expirez deux ou trois fois profondément, remettez chacun de vos membres lentement en mouvement, étirez-vous et ouvrez ensuite les yeux.

## PSYCHOPHYSIOLOGIE DE LA RELAXATION (REACTIONS A LA RELAXATION)

1. Caractéristiques psychologiques d'une réaction à la relaxation:
  - a) Indifférence affective, c'est-à-dire que les affects et les émotions ne peuvent quasiment plus être provoquées.
  - b) Esprit alerte : une sensation de bien-être et de repos corporelle et psychique apparaît après les exercices.
  - c) Augmentation des limites de la perception: au cours des exercices, les stimuli extérieurs (bruits, changements de lumière, stimuli tactiles) perdent de plus en plus leur capacité à provoquer des réactions; la plupart du temps ils ne sont pas même perçus par le patient.
  
2. Caractéristiques physiologiques d'une réaction à la relaxation:
  - a) Modifications neuromusculaires:
    - Diminution du tonus musculaire
    - Modification des réflexes
  - b) Modifications cardio-vasculaires:
    - Vasodilatation périphérique
    - Diminution mineure du rythme du pouls
    - Diminution de la pression artérielle
  - c) Modifications respiratoires:
    - Ralentissement de la fréquence respiratoire
    - Cycles respiratoires réguliers
    - Diminution du besoin d'oxygène
  - d) Modification électro-cutanée:
    - Diminution de la capacité conductrice de la peau
  - e) Modification du système nerveux central:
    - Modification de l'activité électro-cérébrale dans l'EEG

L'objectif d'un entraînement aux méthodes de relaxation est, grâce à l'apprentissage des réactions à la relaxation et à l'expérience qu'on peut en faire, de les provoquer avec leurs caractéristiques ou leurs effets (décrits ci-dessus), de manière à mieux gérer les symptômes ou les troubles ou à faire en sorte que ceux-ci apparaissent moins fortement.

Mais les aspects cognitifs (par ex. les attributions) semblent aussi être déterminants, car ils représentent un élément de soutien au développement de l'auto-contrôle.

## INDICATIONS ET DOMAINES D'APPLICATION DES EXERCICES DE RELAXATION

D'une manière générale, les indications pour un entraînement aux méthodes de relaxation peuvent être de deux ordres:

1. Le trouble ou le symptôme. Nous constatons aujourd'hui des résultats positifs des traitements avec des exercices de relaxation dans les programmes thérapeutiques concernant les troubles suivants:

- Les angoisses
- Les troubles du sommeil
- La douleur
- Les problèmes de douleurs chez les enfants
- Les maladies cardio-vasculaires
- L'asthme
- Les troubles gastro-intestinaux
- Les maladie rhumatismales
- L'accouchement
- Les troubles gynécologiques
- Les troubles dentaires
- La prévention et la réhabilitation

On constate également des résultats positifs dans les traitements du diabète, du cancer, des troubles sexuels. La relaxation est aussi utile à l'augmentation des performances sportives.

2. L'apprentissage et le transfert des réactions à la relaxation dans la vie quotidienne:

- Résonance tempérée des affects
- Diminution de la tension musculaire

On constate toutefois clairement que l'application des méthodes de relaxation doit toujours avoir lieu dans un cadre thérapeutique global si on espère un succès durable du traitement. L'application n'en sera justifiée que si les patients peuvent faire l'expérience au quotidien qu'ils sont en mesure d'intégrer leurs réactions à la relaxation et diminuer ou mieux gérer leur symptomatique.

A ce jour, on ne connaît que peu de contre-indications à la relaxation. On sera toutefois prudent chez les patients touchés par une dérégulation physiologique et/ou psychique (forts battements de coeur, tremblements, accès de transpiration, évanouissements, troubles cérébraux durant une période infectieuse, symptomatiques parasympathiques, psychoses endogènes aiguës, etc.). La contre-indication aux exercices de relaxation dépend en définitive toujours du degré de gravité du trouble et de l'expérience du thérapeute.

On retiendra également que pour les patients ayant un fort besoin d'auto-contrôle et ceux ayant de fortes tendances symbiotiques, il vaudra mieux appliquer des méthodes actives (relaxation musculaire progressive) que passives.

## DESENSIBILISATION (NON) SYSTEMATIQUE

La désensibilisation systématique est une procédure thérapeutique utilisée pour apprendre à faire face à des angoisses concrètes, bien définies, resp. des phobies. L'approche d'une situation ou d'un objet d'angoisse déterminé se fait selon une hiérarchie qui va progressivement de l'angoisse minimale à la plus élevée. (p.ex. peur de l'ascenseur): 1. Observer l'entrée de l'ascenseur depuis une distance de 20 m; 2. Observer l'entrée de l'ascenseur depuis 5 m; 3. Regarder l'ascenseur depuis l'extérieur à travers la porte ouverte; 4. Entrer dans l'ascenseur, laisser la porte ouverte; 5. Entrer dans l'ascenseur, fermer la porte jusqu'à la largeur d'une main; 6. Fermer complètement les portes de l'ascenseur brièvement; 7. Tenir 15 sec.; 8. Tenir 30 sec. 9. Monter d'un étage, etc.). Cette hiérarchie est établie et discutée avec le client.

Le client passe d'abord un certain temps à s'exercer à une méthode de relaxation, ensuite le thérapeute lui présente la première et la plus facile des situations en imagination (in sensu); si le client signale la peur (avec un signe de la main), le thérapeute induit de nouveau la détente (incompatible avec la peur). Il est possible de combiner avec des imaginations agréables, avec le stop de la pensée angoissante et des phrases de maîtrise réalistes positives. Quand le client se sent de nouveau détendu et tranquille, la première situation angoissante lui est de nouveau présentée. Cette procédure est répétée jusqu'à ce que le client puisse la vivre sans peur (ou presque). Ensuite, on passe à la situation suivante à un degré supérieur d'angoisse jusqu'à ce qu'il puisse la vivre également sans peur. Ainsi, et normalement au travers de plusieurs séances, on passe toutes les étapes de la hiérarchie. Le client est encouragé à faire de l'auto-entraînement de manière à ce que ces méthodes de maîtrise deviennent une procédure d'autocontrôle.

Différentes études confirment que c'est une méthode qui permet d'associer dans un certain sens l'ancienne situation angoissante à la détente (= état dénué de peur) qui se fait alors aussi plus facilement en réalité.

Il n'est pas toujours évident d'établir la hiérarchie des situations angoissantes, surtout s'il s'agit de peurs multiples (p.ex. peurs sociales). Dans ces cas-là, la désensibilisation non systématique s'est avérée tout aussi efficace. Cette méthode présente pas à pas différentes situations d'angoisses mélangées. Si une situation est vécue sans anxiété, on passe à la suivante, etc.

Les deux procédures peuvent s'appliquer aussi par l'immersion du client dans la réalité (in vivo). Le thérapeute incite alors le client à se détendre par les stratégies apprises. La ressemblance avec l'inoculation de stress est évidente.

### Exemple de cas

Femme handicapée de 18 ans avec peurs d'examens (examen écrit de mathématiques)

### **«Hiérarchie» des peurs**

1. Parler de l'examen avec des collègues dans les jours précédant l'examen.
2. Compter les semaines / jours jusqu'à l'examen.
3. La veille de l'examen, se coucher.
4. Le réveil le jour de l'examen.
5. Le petit-déjeuner; les autres abordent le sujet de l'examen.
6. Entrer dans la salle d'examen le matin de l'examen.
7. La distribution et la lecture de la feuille d'examen.
8. Etre confrontée à un devoir difficile et ne pas voir comment procéder pour trouver la solution.
9. Se rendre compte que le temps passe.
10. Décision de rendre le travail.
11. Discussion du résultat avec les experts.

### **Stratégie de maîtrise**

Stop de la pensée par la phrase de maîtrise et relaxation de la respiration en expirant sur «un»:  
«Stop! – je me suis bien préparée à cet examen. Je sais résoudre ces problèmes!»  
Ensuite penser «un» à chaque expiration et laisser aller le corps.

### **Procédure**

- 1<sup>ère</sup> phase: - Entraînement à la relaxation & enregistrement d'une cassette d'exercices.  
- Elaboration de la hiérarchie avec la cliente.  
- Développer la stratégie optimale de maîtrise et la mettre à l'épreuve dans une situation concrète.
- 2<sup>ème</sup> phase: L'imagination et toute la maîtrise sont prescrites par le thérapeute.
- 3<sup>ème</sup> phase: - Imagination prescrite; stop de la pensée et phrase de maîtrise par le client; relaxation prescrite.
- 4<sup>ème</sup> phase: - Imagination prescrite; Stop de la pensée, phrase de maîtrise et détente par le client.
- 5<sup>ème</sup> phase: - Le client s'exerce seul à la maison.

### **Exemple d'une hiérarchie d'angoisses pour la désensibilisation de la peur d'examens écrits**

1. Il reste une semaine avant l'examen dans la matière la plus désagréable. Dans la rue, vous rencontrez un camarade de classe qui commence à parler de l'examen.
2. La veille de l'examen. Vous êtes au lit et vous essayez de vous endormir.
3. Le matin du jour de l'examen. Vous vous préparez à quitter la maison.
4. Sur le chemin vers le lieu des examens. Vous rencontrez les premiers camarades de classe qui discutent de manière excitée quels seront les problèmes soumis à l'examen.
5. Vous entrez dans la salle d'examen. Les personnes de surveillance sont déjà là. Quelques camarades de classe sont assis à leurs places, se cachent les oreilles et apprennent. L'atmosphère est chargée.

6. Vous êtes assis à la place qui vous a été attribuée et vous attendez. Le temps passe très lentement. Maintenant, il y a les instructions juridiques (Copier, exclusion de l'examen).
7. Les devoirs sont distribués.
8. Vous parcourez les devoirs; vous remarquez que vous ne connaissez pas toutes les solutions.
9. Vous commencez par le problème le plus facile. Tout à coup, vous avez l'impression que vous avez commis une erreur quelque part.
10. Vous travaillez un problème, mais vous n'êtes pas sûr de la solution; la personne de garde se tient à côté de vous.
11. Un autre problème qui vous déconcerte. De plus, vous avez l'impression que les autres travaillent plus vite.
12. Il est temps de rendre le travail. Probablement vous avez échoué.
13. Vous avez raté l'examen. Vous racontez cela à la personne de votre entourage familial ou amical qui vous porte le plus d'attentes.

Les différentes parties de la hiérarchie sont présentées de la manière suivante :

Imaginez qu'il reste une semaine avant l'examen dans la matière la plus désagréable. Dans la rue, vous rencontrez un camarade de classe (clarifier avant de qui il s'agit exactement) qui commence à parler de l'examen.... Imaginez maintenant que vous vous détendez dans cette situation et que par là, vous arrivez à surmonter votre nervosité.... Et que vous vous donnez l'instruction d'écouter tranquillement. (La suggestion à la fin varie selon la situation donnée, p.ex. ... se concentrer entièrement sur le problème; réfléchir calmement sur les démarches à faire pour maîtriser le nouveau problème.)

## STOP DE LA PENSEE ET PROCEDURE DE RELAXATION

La technique du stop de la pensée s'utilise avant tout chez des patient(e)s qui ont de la peine à contrôler des pensées répétitives, des pensées obsessionnelles ou des idées noires. De plus, cette méthode s'utilise pour contrôler des pensées en relation avec des phobies ou un comportement obsessionnel. Une procédure analogue peut s'avérer utile pour contrôler des émotions ou des comportements répétitifs.

Les procédures du stop de la pensée sont faciles à l'utilisation et se combinent aisément avec d'autres méthodes de thérapie telles que l'entraînement à l'affirmation de soi, la désensibilisation cachée, la relaxation et des procédés cognitifs (tels que p.ex. la restructuration cognitive). En pratique, les procédures du stop de la pensée s'utilisent rarement seules.

### Réalisation pratique

Durant la thérapie, les pensées répétitives et les pensées automatisées qui dirigent le comportement sont analysées et identifiées avec précision; éventuellement, des possibilités de modification ou de reformulation de la perception de la situation seront développées. Le client est incité à visualiser les yeux fermés la situation qui normalement accompagne la pensée automatique et de signaler l'apparition de la pensée par un signe de la main ou à voix haute. Alors le thérapeute intervient immédiatement par un **STOP** très fort à haute voix (le client peut/doit sursauter) et enchaîne éventuellement une perception restructurée de la situation imaginée, perception convenue par avance. Le conditionnement à l'interruption de la pensée automatique est visée ainsi.

Il est avantageux de combiner cette méthode in sensu avec une relaxation. Dans un premier pas, le thérapeute amène l'exercice en entier: 1. Relaxation, 2. Imagination de la situation avec la pensée automatique, 3. Stop de la pensée combiné avec une restructuration cognitive. Ensuite et pas à pas, il se retire et laisse de plus en plus le patient diriger la procédure jusqu'à la réalisation in vivo.

### Exemple de cas

Femme de 54 ans, mariée, avec phobie du carcinome mammaire (quand elle touche ses seins, elle croit y déceler des nodules, elle panique et fait des visites chez le gynécologue parfois plusieurs fois par semaine). Dans une première phase il est convenu de faire un contrôle médical des seins une fois par semaine. Des „réflexions rationnelles“ poussent la patiente, au début de la thérapie, à donner son accord pour une telle fréquence. Au cours de la thérapie, la fréquence est réduite successivement jusqu'à un contrôle par an. Le attouchement des seins est étroitement lié à la pensée angoissante „Il y a quelque chose! J'ai un cancer comme ma mère! Je dois tout de suite faire faire un contrôle!“. Puisque l'enchaînement des pensées se fait de manière isolée sans déclencher d'autres réflexions et panique, la méthode du stop de la pensée peut être prise en considération. Dans un premier pas, la patiente est confrontée in sensu avec la situation anxiogène (attouchement des seins et pensées angoissantes); Un STOP dit par le thérapeute interrompt les pensées angoissantes, suivi par la restructuration cognitive „Mes seins sont OK – J'ai des contrôles hebdomadaires chez le médecin et c'est suffisant.“ S'ensuit encore une fois une instruction de relaxation jusqu'à ce que la peur ne soit plus sensible (indication par un signe de la main).

Dans un laps de plusieurs semaines, la patiente prend le rôle actif du thérapeute pour les étapes suivantes:

1. La patiente dit elle-même le STOP à voix haute
2. La patiente dit elle-même le STOP et la restructuration cognitive
3. STOP, restructuration cognitive et relaxation
4. Relaxation initiale, STOP, restructuration cognitive et relaxation
5. Relaxation initiale, attouchement des seins in sensu, STOP, restructuration cognitive & relaxation
6. Tout le déroulement de manière autonome in sensu en présence du thérapeute (sans prononciation à haute voix du STOP & restr. cogn.)
7. Tout le déroulement de manière autonome avec attouchement/palpement actif des seins. En parallèle, espacement entre les contrôles médicaux.
8. Tout le déroulement en position assise les yeux ouverts. En parallèle, exercices à la maison sans thérapeutes.
9. Tout le déroulement en position debout
10. Tout le déroulement au bain
11. Tout le déroulement au bain dans le cabinet, torse nu & lavage des seins (sans thérapeute!)
12. Tout le déroulement à la maison. Espacement des contrôles à une fois par an.

Au début il a fallu parfois répéter à plusieurs reprises certaines des étapes. Mais après les six premières étapes, la patiente faisait rapidement des progrès.

En parallèle, la famille (enfants adultes) et le conjoint furent intégrés puisqu'au cours des années, les peurs avaient acquis une fonction visant clairement à préserver l'attachement des autres (conditionnement opérant): de nouvelles formes de relation conjugale et le renforcement réciproque furent exercés et développés davantage à la fin de la thérapie, dans une brève thérapie de couple.

## INOCULATION DE STRESS

Selon MEICHENBAUM (1977), l'inoculation de stress est une procédure qui permet à tout le monde d'apprendre à analyser et à maîtriser de manière adéquate des situations de pression. Il ne s'agit donc pas d'un traitement d'angoisses ou de pressions spécifiques, mais de l'entraînement d'une stratégie globalement applicable. Caractéristique de cette stratégie: La capacité de reconnaître rapidement des situations problématiques et de les surmonter par des mesures de maîtrise alternatives et qui - soit par la voie cognitive (réflexions, dialogue intérieur) soit par la voie motrice (détente, attitude, respiration) - facilitent de les vaincre.

Une situation de pression se divise en quatre phases consécutives :

1. Préparation à un événement qui déclenche le stress
2. Confrontation et attitude vis-à-vis de l'événement qui déclenche le stress
3. Faire face au sentiment d'être submergé par la réaction au stress
4. Comportement après la (non-)maîtrise de la situation de stress, auto-renforcement

L'entraînement à la situation de pression se divise en 3 phases consécutives:

- A. Dans la phase d'enseignement, on étudie ensemble avec le client le comportement cognitif et physiologique / moteur qu'il a eu jusqu'ici dans les situations de stress. C'est la base sur laquelle il faut construire des stratégies de maîtrise alternatives pour les trois niveaux (cognitif, physiologique et moteur).
- B. Dans la phase d'entraînement, le client s'exerce en imagination - dans la détente ou dans la réalité - à des situations de pression faciles (qui déclenchent peu de stress) à l'aide des principes nouveaux qu'il a appris et les affine.
- C. Dans la phase d'application, le client applique ses nouvelles capacités de maîtrise dans des situations de stress diverses qui augmentent de degré de stress.

Cette procédure peut être appliquée en tant que telle. Mais il est également possible de combiner l'inoculation de stress avec d'autres procédures thérapeutiques, par exemple la désensibilisation en imagination ou en réalité (confrontation au déclencheur).

### **Exemple: Stratégies de maîtrise cognitives pour angoisses (exemple d'un dialogue intérieur, auto-instruction)**

#### **Préparation à une condition de stress**

Qu'est-ce que tu dois faire?

Tu peux établir un plan pour y faire face.

Penses simplement à ce que tu peux en faire.

Cela vaut mieux que d'avoir peur.

Ne pas faire des remarques négatives vis-à-vis de soi-même. Penser de manière uniquement rationnelle.

Ne te fais pas de soucis; les soucis, cela ne te sert à rien du tout.

Peut-être que ce que tu prends pour de la peur est un désir urgent de rencontrer la condition de stress.

## **Rencontrer la condition de stress et s'en occuper**

Il faut simplement « armer son âme » - tu peux faire face au défi.  
Tu peux te convaincre toi-même de le faire. Tu peux surmonter ta peur par la raison.  
Fais un seul pas à la fois; tu peux rester maître de la situation.  
Ne pense pas à la peur, seulement à ce qu'il faut faire. Reste essentiel.  
Le médecin a dit que tu aurais exactement cette peur-là. Cela te rappelle d'appliquer les exercices pour la confrontation avec le problème.  
La tension peut être ton alliée; une indication qu'il faut se confronter au problème.  
Détends-toi, tu te contrôles. Respire profondément. Voilà qui est bien.

## **Se confronter au sentiment d'être submergé par la peur**

Fais une pause si la peur s'installe.  
Concentre-toi sur le moment actuel; qu'est-ce que tu dois faire?  
Classe ta peur sur une échelle de 0 à 10 et observe la modification.  
La peur augmente comme prévu.  
N'essaie pas de supprimer l'angoisse totalement ; seulement à un degré où tu arrives à la manier.

## **Auto-instruction avec l'objectif d'une récompense**

Ça a marché ; tu as réussi.  
Tu verras quand tu pourras en parler à ton thérapeute (ou ton groupe).  
C'était moins pire que ce que tu pensais.  
Tu as gonflé la peur plus que nécessaire.  
Tes maudites idées – voilà le problème. Si tu les contrôles, tu contrôles la peur.  
Chaque fois que tu appliques une méthode, ça s'améliore.  
Tu peux être satisfait de tes progrès.  
Tu as réussi!

Il est important de prendre en compte le vocabulaire et les formules habituelles des clients pour ces auto-indications.

## **TRAITEMENT DE LA DOULEUR (autre possibilité avec l'inoculation de stress)**

Il faut souligner que les méthodes de traitement ci-dessous relèvent de la procédure orientée sur les symptômes. Nous l'avons discuté plus haut déjà: Il est important de clarifier d'abord le cadre de la douleur et ses influences sur l'entourage du client. Ce n'est qu'à cette condition-là qu'il est possible d'évaluer le succès du traitement orienté sur les symptômes.

De manière générale, le traitement psychologique de la douleur base lui aussi sur les principes d'inoculation de stress selon MEICHENBAUM que nous avons déjà introduit ailleurs.

### **Douleur aiguë, infligée, intervention douloureuse**

Dans une première phase, la personne traitante informe de manière aussi détaillée que possible le patient sur l'intervention imminente et les douleurs auxquelles il faut se préparer (voir aussi préparation à l'opération). Il est important de donner également des indications sur la durée de l'intervention / des douleurs; des douleurs intenses sont supportées plus facilement si elles sont limitées dans le temps.

Une deuxième phase est consacrée aux expériences du patient en maîtrise de la douleur. Si la personne traitante connaît les stratégies que le patient a lui-même déjà mises à l'épreuve, elle peut le soutenir dans ces méthodes de maîtrise personnelles ou, si nécessaire, l'aider à les affiner et à les développer.

C'est seulement dans une troisième phase et sur demande du patient qu'on lui enseigne des techniques supplémentaires qu'on exerce pas à pas. Il faut prendre en compte qu'une partie de ces stratégies demandent une phase d'apprentissage et d'exercice et qu'elles ne peuvent donc pas être enseignées cinq minutes avant l'intervention.

Les méthodes suivantes sont connues et ont fait leurs preuves pour combattre la douleur aiguë :

- gémir, pleurer (le patient peut même être incité à le faire).
- Diversion, c'est-à-dire se concentrer sur les locaux, les décrire en pensée ou à haute voix.
- La diversion par la concentration sur l'événement, c'est-à-dire l'observation exacte et consciente et la description à haute voix de l'intervention.
- La concentration consciente sur la sensation de douleur.
- La concentration sur des pensées et des images incompatibles avec la douleur, souvent combinée avec la relaxation (p.ex. calculer, souvenirs de vacances).
- La diversion par la concentration sur des processus intérieurs au corps (surtout la respiration, la relaxation).
- Induction de froid, rendre insensible la région du corps à traiter.

## **Induction de froid**

La personne traitante met le patient en état de relaxation qu'elle termine par la visualisation d'un paysage avec un ruisseau de montagne, un lac de montagne, de la neige, une plage au bord de la mer, etc. Le patient est incité à imaginer qu'il plonge la main, respectivement la partie du corps à traiter dans l'eau froide, resp. qu'il puise de l'eau froide et la verse sur cette partie du corps (év. faire faire d'abord en réalité afin de faciliter la visualisation). Ensuite, le patient doit être amené à ressentir le l'eau comme de plus en plus glaciale, à sentir le froid pénétrer lentement cette partie du corps et la rendre insensible, presque comme sous l'effet de stupéfiants. On peut éventuellement fixer le temps de la durée de l'insensibilité (suggestion dite post-hypnotique).

Après une phase d'entraînement en accompagnement thérapeutique, le patient est incité à exercer cette méthode seul, afin qu'elle lui soit librement disponible comme procédé d'auto-contrôle.

## **Douleur chronique, douleur post-opératoire ou plaie douloureuse (après opérations)**

Les dits syndromes de douleur (douleur fantôme, causalgies, névralgies) comptent parmi les douleurs chroniques. C'est notamment par rapport à ces formes de douleur qu'il faut faire tout particulièrement attention au rôle de la douleur dans la vie du patient.

Les stratégies décrites ci-dessus peuvent être partiellement prises en compte comme méthodes de maîtrise (notamment pour les douleurs post-opératoires et les plaies douloureuses). Si, par contre, il s'agit principalement d'une douleur constante, insistante, vrillante et diffuse, les méthodes d'activation de la zone de douleur s'avèrent plus efficaces. Ces méthodes se basent sur la supposition que la douleur persiste avant tout parce que le traitement nerveux central de la stimulation est perturbé, c'est-à-dire que, pour des raisons physiques et / ou psychiques (voir schéma de MELZACK), les voies neurologiques n'arrivent plus qu'à interpréter, resp. à transmettre des stimulations de douleur. Par l'activation, on incite les voies neurologiques à percevoir de nouveau d'autres sensations, resp. à y réagir. Cette activation peut se faire par médication (injection dans les zones de douleur, souvent du tissu cicatriciel), acupuncture, physiothérapie et, psychologiquement, par la représentation de l'organe et l'induction de chaleur. Cette méthode psychologique a aussi fait ses preuves pour la maîtrise de douleurs vulnérables et post-opératoires.

## **Induction de chaleur**

La personne traitante met le patient en état de relaxation et l'incite à visualiser la partie douloureuse du corps (év. aussi la structure intérieure de cette partie du corps). Il est important que cette partie du corps soit vécue comme faisant partie de l'ensemble du corps. Parallèlement, on transmet l'imagination de chaleur (soleil, feu, sable chaud, eau chaude combiné avec le paysage correspondant selon le patient) pour et dans cette partie du corps.

Après une phase d'entraînement accompagné (év. bande magnétique), le patient est incité à s'exercer le plus possible jusqu'à ce qu'il arrive à vivre cette partie du corps de manière consciente et chaude aussi en état éveillé. Idéalement, la douleur est remplacée par cette chaleur.

Il a été démontré que cette méthode peut aider de manière importante à la guérison de maladies, de blessures et de cicatrices post-opératoires. Le corps disposerait d'une réaction automatique qui fait que la circulation sanguine se réduit dans une partie du corps blessée ou malade, resp. que l'individu concerné supprime cet endroit de l'autoreprésentation de son corps. C'est utile lors de blessures aiguës puisque cette réaction réduit la perte de sang. Cependant, pour la guérison, il vaut mieux que la circulation fonctionne correctement dans la partie du corps blessée ou l'organe malade. C'est le résultat qu'on recherche par la visualisation de l'organe et l'induction de chaleur (dilatation de vaisseaux sanguins).

### **Exemple de traitement avec inoculation de stress**

Stratégies de maîtrise cognitives pour douleur (exemple d'un dialogue intérieur, autoinstruction)

#### **Préparation à une condition de stress douloureuse**

Qu'est-ce qu'il faut faire?  
Tu peux établir un plan afin d'y faire face.  
Penses simplement à ce que tu dois faire.  
Réfléchis simplement à ce que tu peux y faire.  
Ne t'énerve pas ; l'énervement ne sert à rien du tout.  
Tu disposes de beaucoup de stratégies auxquelles tu peux faire appel.

#### **Rencontrer la douleur et s'en occuper**

Tu peux faire face au défi.  
Fais un pas à la fois; tu peux maîtriser la situation.  
Limite-toi à te détendre, respire profondément et utilise l'une des stratégies.  
Ne pense pas à la douleur, seulement à ce que tu dois faire.  
La tension peut être ton allié; une incitation à s'en occuper.  
Détends-toi, tu te contrôles. Respire profondément. Ah, voilà qui est bien.  
C'est la peur dont l'entraîneur disait que tu devrais la ressentir.  
C'est bien comme ça; cela te rappelle d'utiliser tes facultés pour y faire face.

#### **Faire face aux sensations dans des moments critiques**

Quand la douleur s'installe, fais une pause, concentre-toi sur ce que tu dois faire.  
Qu'est-ce qu'il faut faire?  
N'essaie pas de supprimer la douleur totalement; essaie seulement de la contrôler.  
Essaie simplement de te souvenir qu'il existe plusieurs stratégies; elles vont t'aider à ne pas perdre le contrôle.  
Si la douleur augmente, tu peux changer de stratégie; tu te contrôles.

## **Auto-instruction avec l'objectif d'une récompense**

C'est bien, tu as réussi.

Tu as tout à fait bien maîtrisé cela.

Tu savais que tu allais réussir.

Tu verras quand tu pourras raconter à ton entraîneur quelle est la procédure la plus réussie.

Il est important de prendre en compte le vocabulaire et les formules habituelles des clients pour ces auto-indications.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aboulker, P. Et al. (1959) La relaxation: Aspects théorique et pratique.  
Paris: Expansion scientifique française
- Baillard, Ch. (2001) La relaxation psychothérapeutique: méthodes et stratégies.  
Paris: L'Harmattan
- Beck, A.T. et al. (1985) Anxiety disorders and phobias.  
New York: Basic
- Benson, H. (1972) The Relaxation Response.  
New York.
- Bernstein, D.A. et al. (1973) Progressive Relaxation Training.  
Champaign: Research Press.
- Brenot, Ph. (2003) La relaxation.  
Collection «Que sais-je?», Paris: Presses universitaires de France
- Brunel, H. (2002) La relaxation, c'est facile!  
Collection Libro, Paris: E.J.L.
- Cady, S. (2003) La relaxation psychosomatique.  
Paris: Dunod
- Cautela, J.R. et al. (1977) The thought stopping procedure: Description, application and learning theory interpretations.  
Psychol. Rec. 2: 255-264
- Cautela, J.R. et al. (1986) The covert conditioning handbook.  
New York: Springer
- George, M. (2003) La relaxation: relâcher les tensions, vaincre le stress, libérer son esprit.  
Paris: Le Courrier du Livre
- Jacobson, E. (1938) Progressive relaxation.  
Chicago: Univ. of Chicago Press
- Kabat-Zinn, J. (1990) Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, Pain and illness.  
New York: Delacorte
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (1975) Helping people change: A textbook of methods.  
New York: Pergamon
- Lazarus, A. (1971) Behavior therapy and beyond.  
New York: McGraw-Hill

- Lazarus, A. (1977) In the mind's eye. The power of imagery therapy to give you control over your life.  
New York: Rawson Associates Publishers
- Manent, G. (2001) La relaxation au quotidien: l'art du bien-être.  
Barret-sur Méouge: Le Souffle d'or
- Meichenbaum, D (1977) Cognitive-behavioral modification.  
New York: Plenum Press
- Melzack R. et al. (1978) Neurophysiological foundations of pain. dans Sternbach, R.A.  
(1978) The psychology of pain.  
New York: Raven Press
- Schultz, J.H. (1960) Le Training Autogène.  
Paris: Presses universitaires de France
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983) Pain and behavioral medicine.  
New York: Guilford
- Wallace, R.K. (1970) Physiological effects of Transcendental Meditation.  
Science, 167, 751-754.
- Wallace, R.K. & Benson, H. (1972) The physiology of meditation.  
Scientific American, 226, 84-90.
- Wintrebert, H. (2003) La relaxation de l'enfant.  
Paris: L'Harmattan
- Wolpe, J. (1958) Psychotherapy by reciprocal Inhibition.  
Stanford: Stanford University Press
- Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966) Behavior therapy techniques: A Guide to the Treatment of neuroses.  
London: Pergamon Press

Berne, avril 2017 / Claude Haldimann