

Les psychothérapies de relaxation ou est-ce que la relaxation a sa place en psychothérapie?

Psychotherapy of relaxation or does relaxation have its place in psychotherapy?

Réjean L. Messier

Volume 3, numéro 2, novembre 1978

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030042ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030042ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Messier, R. L. (1978). Les psychothérapies de relaxation ou est-ce que la relaxation a sa place en psychothérapie? *Santé mentale au Québec*, 3(2), 86–110. <https://doi.org/10.7202/030042ar>

Résumé de l'article

Après un bref survol des méthodes de relaxation de Freud à Ajuriaguerra, l'auteur tente de définir la relaxation. Il décrit les principales méthodes de relaxation selon trois approches neurophysiologiques qui inclut la relaxation progressive de Jacobson ; l'hypnotique dans laquelle il classe la training autogène de Schultz ; et la psychodynamique avec la rééducation psychiatrique d'Ajuriaguerra et Cohen. L'auteur se centre ensuite sur les différents indicateurs thérapeutiques somatiques, psychiatriques et prophylactiques. En conclusion l'auteur souligne les points communs de ces méthodes comme la détente, la phase régressive, l'emploi de la suggestion ; mentionne que toutes les méthodes mènent à un état semblable, quelque soit le nom donné, et que ces méthodes peuvent être placées sur un continuum progressif.

Les psychothérapies de relaxation ou est-ce que la relaxation a sa place en psychothérapie ?

Réjean L. Messier

Depuis les débuts de l'histoire de l'homme, on retrouve toujours cette même préoccupation qu'est la recherche d'une vie équilibrée, l'établissement d'un rythme harmonieux entre les phases d'activité et de repos, entre l'effort dirigé vers un but extérieur au sujet et l'effort en vue de se reconstituer lui-même. Observant le parallèle existant avec les grands rythmes de la nature, la philosophie en a fait une forme de sagesse. Mais ces considérations fondamentales rejoignent une optique cosmologique beaucoup plus large qui, à la limite, se confond avec le mysticisme. On lira dans la Genèse :

"Dieu conclut au septième jour l'ouvrage qu'il avait fait et il se reposa, et il bénit le septième jour et il le sanctifia".

Dans cette perspective, la plus ancienne expérience psychophysiologique d'unification et de recherche d'équilibre qui nous soit parvenue est assurément le yoga. L'étymologie signifie que le yogi est joint, d'abord en lui-même, dans sa totalité. Il se libère de l'"extérieur", se concentrant tout entier à sa tâche d'auto-réalisation, à ce conditionnement corporel de la vie de l'esprit, pour en arriver à l'union en lui-même, à la réintégration dans la conscience et le vouloir de ses propres rythmes fondamentaux. Le but ultime est l'harmonisation de son être global avec les rythmes et l'énergie cosmique. Sa perception du monde et le pouvoir qu'il exerce sur celui-ci s'étendent alors indéfiniment de même que l'univers cosmique retentit en lui dans une sorte de fusion réciproque. Cette

L'auteur est médecin et résident du département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Cet article, discuté avec le Dr Léon Maurice Larouche, psychiatre au Pavillon Albert-Prévost, a été présenté le 11 avril 1978 à l'institut Albert-Prévost.

ubiquité, cette omniprésence, difficile de compréhension et d'obtention, certains l'interpréteront dans une perspective régressive comme se situant aux frontières du sentiment océanique, de l'univers prégénital, indifférencié et anobjectal.

Puis, l'histoire poursuivant son cours, le long règne de Descartes dans nos contrées occidentales imposa son dualisme et sa distinction absolue entre corps et esprit, paralysant tout développement scientifique dans le domaine psychologique. La conception cartésienne niant ou écartelant l'aspect psychophysiologique du problème humain rendait rigoureusement impossible une compréhension psychosomatique de la médecine. Mais déjà, à l'aube de notre ère scientifique, une quantité croissante d'individus et de groupes humains ressentent une contrainte, un malaise renfermé aux aspects négatifs de la civilisation du progrès en voie d'élaboration et dont ils tentent de se libérer physiquement certes mais aussi moralement, intellectuellement et affectivement.

Les origines des études proprement scientifiques concrétisant cette tendance remontent à l'époque de la découverte de l'hypnose. Après la brève vogue des théories de Mesmer, on réfuta sans peine ses assertions équivoques sur le magnétisme animal pour approfondir les différentes formes d'hypnose. Cependant des inconvénients étaient rattachés à cette technique tels le comportement passif du malade suggestible et sa dépendance étroite à l'égard du médecin. Ces malades, se retrouvant dans un état de régression infantile dont la nature surprenait alors (la notion psychanalytique du transfert n'avait pas encore été découverte), suscitèrent les recherches de Janet sur l'inconscient et de Breuer sur une première méthode cathartique.

Sigmund Freud, parmi les premiers, a pressenti au début de ce siècle la nécessité d'une certaine libération et il eut l'idée, pour permettre au patient d'exprimer ce que des années de conditionnement socio-familial avaient refoulé, de l'allonger sur un divan. Bien sûr d'autres motivations techniques expliquent cette position particulière mais la détente demeure un facteur non négligeable. Avant d'utiliser la méthode des associations libres qui ouvrit la voie à la psychanalyse, Freud essaie en 1892 une technique de concentration mentale chez des patients rebelles à l'hypnose.

Peu après, Oscar Vogt entre 1893 et 1900 souligne la possibilité pour des patients cultivés d'obtenir, par une action volontaire et personnelle, une véritable auto-hypnose, état particulier qui ouvre des possibilités remarquables d'auto-observation et qui s'accompagne de bénéfices d'ordre général. Je cite :

"Dans cet état volontairement provoqué, il devenait possible en période de crise physique ou psychique d'induire un état de calme et de détente empêchant ainsi les mouvements émotionnels de devenir pathogènes".

L'auto-hypnose rendait ainsi possible ce qu'Oscar Vogt appelait "le repos prophylactique".

Mais c'est au professeur Schultz en 1908 que revient l'idée de faire de la détente un moyen thérapeutique alors que lui-même se compte au nombre des élèves de Freud. C'est dans l'étude des règles du yoga et des résultats obtenus par ses adeptes qu'il y puisa un fond de techniques et de méthodes de concentration qui s'harmonisaient avec les préoccupations qui l'animaient en tant que psychanalyste. C'est ainsi que vit le jour le concept de relaxation. Cependant, la technique psychanalytique et la méthode de Schultz se trouvèrent rapidement pourvues de règles propres et de projets apparemment opposés, ce qui fit que ces deux techniques virent leur développement se poursuivre de façon parfaitement indépendante.

Depuis une vingtaine d'années, on a assisté à une diffusion et à une multiplication rapide des méthodes de relaxation si bien que la trop grande variété des méthodes n'a pas permis au public de comprendre exactement la nature médicale de cette notion. La popularisation et, face à une demande croissante, la commercialisation de ce concept attrayant lui fit prendre la fortune et l'imprécision qu'on lui connaît maintenant.

Le terme relaxation est de compréhension tellement simple, évidente pour beaucoup, que chacun croit pouvoir y parvenir seul et sans difficulté s'il le désire. Dans la réalité cependant, ne relaxe pas qui veut. Mais, au fait qu'est-ce que la relaxation ? Quelle est cette détente que visent comme premier but toutes ces techniques ? On s'accordera pour parler d'une diminution de tension. Mais, là encore, qu'est-ce que cela signifie ? Pour Ajuriaguerra, la tension est un état psychophysiologique que le clinicien tend à apaiser par des techniques agissant sur le corps et modifiant l'activité tonique musculaire générale et viscérale. Durand de Bousingen précisera que les méthodes de relaxation sont des procédés thérapeutiques bien définis visant à obtenir chez l'individu une décontraction musculaire et psychique à l'aide d'exercices appropriés. Cette décontraction aboutit à un tonus de repos qui est à la base d'une détente physique et psychique. La relaxation se veut donc la recherche d'un repos, le plus efficace possible, économisant ainsi les forces nerveuses mises en jeu dans l'activité générale du sujet par la diminution d'une dépense énergétique superflue.

Mais, cet apaisement du corps, des sens et de l'esprit ne signifie pas nécessairement passivité ou vide absolu. Ce n'est pas un "laisser-aller" mais plutôt un "être à l'aise" dans son corps et dans ses relations. L'accent portera donc sur l'aspect plus actif du contrôle des différentes tensions. On sait qu'une contraction modérée mais permanente est énergiquement plus néfaste que de fortes tensions suivies d'une détente. Un

parallèle intéressant se retrouve avec la médication en psychiatrie. En effet, les tranquillisants mineurs et majeurs comme les neuroleptiques ne procurent-ils pas une détente par leur action hypo ou hypertonisante ? Ainsi, aussi bien la rigidification que la détente semblent agir dans le sens d'une diminution de la résonance des affects.

D'un autre point de vue, nous savons que le nouveau-né vit dans un cercle tonique qui se caractérise par un fond d'hypertonie s'accompagnant de périodes de décharge suivies de phases d'apaisement. C'est par ce langage tonique qu'il manifesterà ses besoins, ses émotions. Et, bien qu'en grandissant, il apprendra à le contrôler et à s'en servir de façon plus adéquate, les décharges émotionnelles de l'adulte s'accompagneront toujours d'un état de tension musculaire. Qu'est-ce qu'un orgasme sinon, pour une bonne part, le paroxysme d'une tension qui trouve sa voie d'apaisement ?

La fonction tonique se situe donc au carrefour psychosomatique où s'intègrent les diverses données psycho-émotionnelles et physiologiques, conditionnées et complexes, qui peuvent éventuellement devenir pathologiques, les facteurs agissant les uns sur les autres et pouvant aboutir à de véritables cercles vicieux morbides.

Wilhelm Reich, psychanalyste contesté, fut un défenseur acharné de la théorie selon laquelle, dans le déroulement d'un conflit entre le besoin libidinal et la peur du châtiement, le moi prend une forme définie, une certaine rigidité, un mode chronique et automatique de réaction qu'on appelle le caractère. Il y a, d'après lui, identité entre l'armature du caractère et l'hypertonie musculaire, représentant un mode d'inhibition, une force déployée pour s'opposer à la pulsion. Otto Fenichel, beaucoup plus conservateur, écrira de même à ce sujet :

"Le spasme musculaire se révèle un moyen de garder le matériel refoulé dans le refoulement, la pression musculaire externe faisant contrepoids à la pression interne des impulsions refoulées cherchant une issue motrice".

Le fait de considérer la tension musculaire comme un moyen de défense découle de racines archaïques. Tout être animal dispose d'un système de mise en tension qui favorise une meilleure protection en cas d'attaque. Mais l'homme moderne continue à le mettre en branle alors qu'il ne vit plus comme son ancêtre. Cette défense devient inefficace, voire nuisible, car le danger aujourd'hui n'est plus extérieur mais intérieur. Il ne renoncera à cette contraction défensive que lorsqu'il saura identifier et réaménager l'angoisse profonde qui le tenaille.

En somme, les techniques de relaxation ont comme but apparent de desserrer l'étreinte des tensions musculaires et d'économiser ainsi une énergie dépensée inutilement. Mais la vie tonique étant étroitement liée

à la vie émotionnelle, la perte de cette hypertonie défensive contribue également à la diminution de la résonance des affects. Ainsi, moins perturbés par nos émotions, serions-nous mieux placés pour évaluer objectivement notre réalité et y apporter les correctifs nécessaires ? Cet état optimal d'actualisation et d'introspection favoriserait-il le "working through" des diverses psychothérapies ? En ce sens, doit-on considérer la relaxation comme un instrument, un adjuvant utile à une psychothérapie ou constitue-t-elle, en soi, une entité psychothérapeutique ?

Avant de tenter de répondre à ces interrogations et après avoir essayé de définir la relaxation et de la situer dans sa perspective historique, nous allons maintenant nous attarder sur l'étude des principales thérapies de relaxation. Le but de ce travail va cependant au-delà de la technique en tant que telle. Il se veut plutôt un ensemble de réflexions tant sur l'utilité et la portée thérapeutique du phénomène de la relaxation que sur son intégration dans une perspective clinique plus globale en psychiatrie.

LES PRINCIPALES METHODES

La plupart des méthodes de relaxation actuellement utilisées se réfèrent implicitement ou explicitement aux techniques de Schultz et de Jacobson, ou encore s'inspirent de quelques-uns des éléments que les auteurs jugent les plus efficaces dans leur perspective.

Précisons d'abord qu'on utilise ici le terme de méthode plutôt que celui de technique parce qu'en réalité, ce qui différencie les méthodes décrites par les différents auteurs, c'est avant tout leurs techniques. La méthode est, en effet, un concept beaucoup plus vaste qui implique un chemin à suivre en utilisant des techniques. Elle suppose également la notion d'un apport créateur et original. Par exemple, on peut dire que Jacobson a découvert une méthode à visée thérapeutique pour laquelle il a été amené à élaborer une technique particulière.

Ceci dit, plusieurs auteurs ont tenté de classifier les diverses méthodes de relaxation, en les rattachant à l'auteur original dont elles s'inspirent, Schultz ou Jacobson, ou encore selon le degré d'activité qu'impliquent les différentes techniques. Suivant cette dernière classification, les méthodes dites actives comprennent le yoga, la relaxation progressive de Jacobson et la relaxation sensorielle, alors que les méthodes dites passives incluent l'hypnose, le training autogène de Schultz, la méditation transcendantale et la rétroaction électromyographique (biofeedback).

Durand de Bousingen et Kammerer classifient les méthodes de relaxation suivant que l'action sur le tonus est réalisée d'un point de vue neurophysiologique, psychodynamique ou encore hypnoïde. Ces trois grands groupes de méthodes se caractérisent ainsi :

- Les méthodes neuromusculaires à point de départ physiologique, inaugurées par le physiologiste Edmund Jacobson; elles s'appuient essentiellement sur une analyse et une éducation psychosensorielle,
- les méthodes psychothérapeutiques globales issues de l'expérience du psychothérapeute Schultz; elles utilisent essentiellement des moyens auto-concentratifs et auto-hypnotiques,
- enfin, les méthodes de rééducation psychotonique abordent le tonus dans son aspect de dialectique inter-humaine, qui est à analyser et à élaborer suivant des critères d'explication psychodynamique, psychanalytique en particulier.

C'est cette dernière classification mieux élaborée et mieux structurée que nous utiliserons pour poursuivre notre travail.

L'APPROCHE NEUROPHYSIOLOGIQUE

Ces méthodes semblent se caractériser par une prise de conscience de plus en plus fine de la séquence contraction - relâchement musculaire. Elles visent à un apprentissage progressif du contrôle tonico-musculaire fin. Elles ont la prétention d'obtenir une rééducation systématique du contrôle tonique par un apprentissage principalement et exclusivement périphérique. Secondairement seulement, une modification de l'état de réceptivité central sera obtenue. Le sujet demeurera toujours conscient et l'état de calme central ne sera que le reflet passif de la normalisation tonico-musculaire périphérique.

LA RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON

Nous ne décrivons pas en détail cette méthode, dont l'intérêt est surtout historique et qui a donné lieu à des méthodes apparentées et plus employées par la suite. Jacobson prend comme point de départ de sa recherche le facteur "repos musculaire" et lui consacre une étude scientifique approfondie du point de vue physiologique, pathogénique et thérapeutique. Il tient à souligner avec insistance les différences fondamentales qui caractérisent sa méthode par rapport aux méthodes suggestives. En effet, l'auteur rejette tout caractère suggestif affirmant que des états de concentration authentique ne sont pas réalisables sans relaxation profonde, ceci ne nécessitant pas une mise en marche suggestive. La manière de penser de Jacobson s'explique sans doute par le fait qu'étant un psychologue d'obédience physiologique, il se montre hostile aux interprétations de la psychologie compréhensive.

Sa technique enseigne au patient à se détendre "systématiquement". Par une série d'exercices, il commence à faire prendre conscience aux patients d'une sensation de contraction dans un groupe musculaire donné,

pour les inciter à partir de là à observer leur relaxation. Il leur fait saisir ainsi ce qu'est le tonus musculaire et leur apprend à distinguer cette sensation d'une crispation des ligaments articulaires ou de la peau. Le patient doit ensuite passer de la tension à la relaxation. Petit à petit, le passage se fait automatiquement. L'auteur ne se penche pas beaucoup sur le problème de la "résistance", et la persévérance devient ici un facteur décisif pour l'entraînement. Le patient parcourt ainsi les six étapes de la technique. Jacobson insiste sur l'absence de matériel conscient et de représentation chez le patient en état de relaxation et il n'utilise d'aucune manière la concentration passive recommandée par exemple dans la méthode de Schultz. Il estime ainsi que l'apprentissage de plus en plus affiné de la maîtrise et du contrôle des différents muscles est suffisant pour obtenir le résultat recherché.

La méthode de Jacobson demeure cependant difficilement utilisable en pratique. Elle comporte pour le sujet une séance d'une heure chaque jour, voire même deux séances par jour selon le cas. Le sujet fait un entraînement avec le médecin une à trois fois par semaine et la durée totale varie de quelques mois à plusieurs années. De plus, dans la relaxation progressive, le thérapeute joue un rôle actif. Il dirige les efforts du sujet, lui facilite progressivement l'apprentissage du sens musculaire, contrôle la progression du travail; il vérifie cliniquement et évalue le degré de contraction musculaire par des manoeuvres de mobilisation passive et par la surveillance des traits du visage et de la respiration. L'électromyographie moderne peut permettre, à ce niveau, un contrôle extrêmement fin. Finalement, la "ritualisation" des exercices, d'une manière assez rigide et en tout cas fort minutieuse et systématique, rend compte de l'obsessionnalisation des efforts du patient.

D'un autre côté, la technique de la relaxation progressive peut s'appliquer à des sujets de tous les niveaux, qu'ils soient frustrés ou cultivés, pourvu qu'ils comprennent le langage utilisé et qu'ils consentent à s'exercer. Et, même si certains croient qu'elle n'a aucune utilité clinique valable et que d'autres affirment qu'elle est pratiquée surtout par des sujets qui cherchent à fuir le problème de la relation, il n'en reste pas moins qu'elle favorise l'apprentissage d'un contrôle sur soi-même, qui peut s'avérer essentiel dans un premier temps pour des individus fragiles et insécures. Enfin, pour des patients plus sélectionnés cette fois, elle ouvre la voie à une auto-régulation fonctionnelle appelée aussi relaxation différentielle qui, dans une perspective économique très valable, vise un minimum de contraction musculaire dans l'exécution d'un acte; le patient peut ainsi faire relaxer les autres muscles, ceux dont l'activité n'est pas indispensable.

L'APPROCHE HYPNOÏDE

Comme nous l'avons vu plus tôt, l'origine des méthodes de relaxation remonte à l'époque où l'hypnose jouissait encore d'une très grande popularité. On peut définir l'hypnose comme une modification de l'état de conscience, induite par la technique et caractérisée par une augmentation de la réceptivité à la suggestion. Ce n'est pas un état de conscience en soi mais plutôt une méthode permettant d'y accéder. Pour bien comprendre les fondements de la méthode de Schultz, la plus représentative de cette approche hypnoïde, il est nécessaire de la resituer dans ce contexte historique.

LE TRAINING AUTOGENE DE SCHULTZ

C'est actuellement une des méthodes sinon la méthode la plus employée dans le monde, qui a par ailleurs donné lieu à de nombreux écrits. Si son utilisation tend à se répandre de plus en plus, c'est probablement en raison de ses multiples avantages pratiques qui en font une méthode facilement utilisable en clinique quotidienne.

Je vous citerai d'abord la première phrase du livre de Schultz :

"Le training autogène est un système d'exercices physiologiques et rationnels soigneusement étudié pour provoquer une déconnexion générale de l'organisme qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permettent toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs".

L'auteur part effectivement des constatations convergentes faites par maints hypnotiseurs de l'époque en ce qui a trait aux modifications physiologiques et cénesthésiques déclenchées au cours du processus de l'hypnose. Deux éléments président invariablement à l'établissement de la déconnexion hypnotique: la pesanteur et la chaleur. La pesanteur est l'expression de la décontraction musculaire, tandis que la chaleur est celle de la vaso-dilatation périphérique. Pour Schultz, ces deux moments fondamentaux ne sont pas seulement des épiphénomènes de l'hypnose, ils sont une phase essentielle du processus de décontraction qui mène à la déconnexion hypnotique proprement dite. Ils peuvent faire l'objet d'un exercice méthodique, voire d'un véritable entraînement qui permettra d'obtenir l'auto-décontraction.

Le training autogène est donc, avant tout, une auto-hypnose provoquée par des modifications volontaires de l'état tonique, associées à une concentration de la conscience et du travail imaginaire sur certai-

nes cénesthésies particulières. C'est ce qu'on appelle l'*auto-décontraction concentrative*. Ce qui différencie cette méthode de l'hypnose, c'est que la décontraction obtenue n'est pas seulement un moyen de plonger dans cet état hypnoïde, mais qu'elle est déjà une fin en soi.

Schultz se plaît à comparer cette situation à l'induction au sommeil : on ne peut pas s'endormir même si on le veut à tout prix en faisant un effort actif pour y arriver, mais on s'endort facilement si on s'abandonne au sommeil. Par là, il souligne l'aspect passif de sa méthode en insistant pour dire qu'il ne faut jamais se forcer mais plutôt se laisser aller et laisser venir les expériences intérieures.

La méthode de Schultz va donc utiliser directement une série de formules ou d'injonctions éveillant la représentation imagée du but visé. Constituant le leitmotiv de fond, elles sont destinées à fixer l'attention du sujet et à orienter l'activité de son imagination. Le thérapeute tient ici un rôle pédagogique. Il propose comme but conscient et immédiat l'apprentissage d'une technique : c'est donc à ce moment-là une relation maître à élève. Le thérapeute ne répètera pas lui-même les injonctions ; il demandera au patient de les reprendre lui-même, non pas par une répétition machinale et stérile de la formule mais en proposant plutôt une représentation imaginante qui fera l'objet d'une paisible contemplation. Ainsi, le sujet devient autonome par rapport à son thérapeute.

De la technique comme telle, je ne donnerai qu'un bref aperçu descriptif pour vous référer plutôt aux nombreux textes écrits à ce sujet. La méthode comprend un cycle inférieur comportant six exercices et, après six mois à deux ans de pratique, un cycle supérieur qui se rapproche des techniques de psychothérapie profonde. On ne visera pas d'emblée la relaxation de l'ensemble de l'organisme, champ trop vaste pour une représentation idéique et cénesthésique précise. La concentration se limitera à des secteurs portant successivement sur la musculature des membres, sur le système vasculaire périphérique, le cœur, la respiration, les organes abdominaux et la tête.

Pour les débuts, on n'insiste pas plus que quelques minutes, à raison de deux ou trois séances journalières, la durée des séances augmentant par la suite. Normalement, le sujet enregistre au bout de quelques jours une sensation de pesanteur dans son bras droit. Cette sensation avec le temps devient de plus en plus intense et se fait bientôt sentir, par un processus de généralisation spontanée, dans l'ensemble du corps. Quand, après dix à quinze jours d'entraînement, un simple acte de concentration détermine une décontraction musculaire généralisée, on passera alors à la décontraction vasculaire par la recherche de

la sensation de chaleur et ainsi de suite. Pour être maîtrisé, chaque exercice demande environ deux semaines de pratique. En principe, on ne procède pas à l'exercice suivant avant d'avoir atteint les états de relaxation précédents. Pour évoquer les qualités du vécu corporel et mental, au terme de cette série d'expériences de concentration sur les fonctions musculaires et végétatives, imaginez le bien-être ressenti par le corps et l'esprit quand vous êtes bien étendu dans un bain chaud, le front balayé par un courant d'air frais.

Mais pratiquement, à quoi peut-on s'attendre une fois le cycle inférieur maîtrisé ? Quelles utilisations pratiques peut-on en faire dans la vie quotidienne ? Nous laisserons Schultz répondre à la première question et Luthe à la seconde. Selon Schultz, le cycle inférieur conduit à la détente réparatrice, au calme dans l'action, à l'amélioration de l'efficacité et du rendement et enfin à la discipline et à la maîtrise de soi.

La tension comporte une dépense énergétique que le cycle inférieur permet d'économiser. L'énergie ainsi épargnée favorise la récupération et la réfection de l'organisme, un peu comme durant le sommeil. Elle peut être utilisée à meilleur escient pour des activités créatrices, quotidiennes, permettant d'être détendu, plus calme et plus dégagé dans la vie de tous les jours. Cet état de quiétude naturelle n'est pas de l'indifférence affective ou de l'apathie: seuls des émois parasites, des réactions inadéquates comme l'énerverment ou la crispation ont disparu. Les émotions authentiques et justifiées ne s'en trouvent que plus vives et plus profondément ressenties. Cet état de concentration et d'absorption intérieur est aussi susceptible d'intensifier le rendement des facultés psychiques: sentiments, souvenirs, intuitions, compréhension, synthèse et toutes autres expériences intérieures prennent alors plus de relief et de netteté. Enfin, par l'apprentissage du contrôle des fonctions physiologiques dites involontaires ce qui n'est normalement qu'une phase transitoire, une voie d'accès au cours du training, l'individu acquiert une discipline personnelle, une maîtrise de lui-même qu'il pourra mettre à profit pour le rééquilibrage de sa personnalité.

A ce sujet, le docteur Luthe, un canadien à qui l'on doit une série de travaux expérimentaux et cliniques sur le training autogène, ouvre un champ de nouvelles possibilités en ce qui concerne la méthode de Schultz. Auto-hypnose avant tout, selon lui, elle déclencherait un état psychophysiologique particulier, l'état autogène, différent de l'hypnose comme tel et intermédiaire entre la veille et le sommeil. Cet état de pré-endormissement, activement recherché et maintenu, peut être utilisé pour imprégner l'inconscient du sujet de formules thérapeutiques et servir ainsi de base à une action hypno-suggestive directe. Ces formules, différentes de celles dégagées du cycle supérieur, s'expriment par des résolutions reliées à l'état clinique du patient.

Luthe propose de distinguer les formules fonctionnelles en formules organo-spécifiques, qui sont semblables aux formules standard mais agissent physiologiquement dans une zone donnée (par exemple: "mon nez est frais", chez les gens souffrant de rhinite) et les formules intentionnelles qui s'adressent directement aux fonctions psychiques. Ces dernières, type particulier de soutien psychothérapeutique, ont pour but d'aider le patient à résoudre avec succès certains problèmes de la vie courante. Selon la nature de ce problème, et ses implications psychodynamiques, on utilisera des formules de neutralisation (...m'est indifférent), de renforcement (j'aime...) ou d'abstinence (je sais que j'évite.....).

D'un point de vue pratique, on ne peut utiliser ces formules qu'après avoir maîtrisé les exercices standard du cycle inférieur et une seule de ces formules est mise en application à la fois. On attendra au moins quatre semaines avant d'en introduire une autre. Il est vraisemblable qu'elles agissent d'une part au niveau de l'activité fantasmatique qui sous-tend les pulsions et, d'autre part, au niveau des censures, des processus de refoulement et de sublimation qu'engendrent les interdits sociaux et si leur approfondissement théorique est encore très insuffisant, on reconnaît cependant leur pouvoir et leur limite sur le plan pratique. Elles permettent par exemple de supprimer certaines appétences mal contrôlées, comme l'usage du tabac ou d'alcool, des conduites phobiques, des actes manqués; par contre elles ne peuvent pas modifier les infrastructures fondamentales de l'organisation libidinale dans des névroses solidement structurées.

Les formules de Luthe constituent donc une technique psychothérapeutique fort utile et malheureusement trop souvent négligée. Assez voisines des suggestions post-hypnotiques et apparemment réduites aux mêmes limites, elles sont par ailleurs plus aisément maniables. L'art du thérapeute a trait au choix judicieux de la formule qui agira profondément, comme un vecteur transférentiel, et qui contribuera à une certaine rééducation du patient. Ce procédé offre à la discipline personnelle un vaste champ d'action et il exige un effort introspectif qui développe considérablement l'acuité du regard intérieur, spécifique de l'état de déconnexion constituant ainsi la meilleure introduction au cycle supérieur du training autogène.

Les sujets ayant acquis une maîtrise tout à fait satisfaisante des exercices standard du cycle inférieur, pourront accéder au cycle supérieur sur l'indication du thérapeute et sous sa conduite. En raison de la profondeur de son action dans l'inconscient du sujet, Schultz insiste pour qu'elle ne soit pratiquée que par des psychanalystes expérimentés. En effet, arrivé à ce point, le training autogène n'est plus qu'un instrument

pour aborder des problèmes existentiels fondamentaux et il devient alors un travail assimilable à celui de l'analyse classique. D'ailleurs, Schultz estime que la durée nécessaire à la maîtrise complète du cycle supérieur est de 3 à 4 ans, durée comparable à celle d'un traitement analytique.

Sans définir ni code, ni limites précises, il propose divers exercices qui ne seront pratiqués en général qu'en présence du thérapeute. Le premier est celui de la convergence oculaire, dirigée vers le milieu du front, qui permet d'accroître la profondeur de l'état hypnoïde et d'obtenir entre autres des anesthésies locales. On passe ensuite à une série d'exercices consistant à produire des images visuelles, des couleurs uniformes par exemple, puis une couleur propre au sujet, la vision d'objets courants, puis de plus en plus abstraits. Les séances se prolongent et se développent selon le processus des associations libres qui donnent lieu à des phénomènes de résistance, à des mouvements émotionnels, voire à des scènes cathartiques. À la fin de ce cycle supérieur, on cherche à développer une "formule de synthèse" qui correspondra le mieux à la personnalité profonde du patient, une devise personnelle qu'il ne rencontre pas encore ou un mode de réalisation de son être qu'il estime le plus conforme à sa nature. L'auteur indique qu'il obtient de la sorte, dans la plupart des cas, des devises ou des formules de personnalité dont l'observation clinique de la névrose fournit le négatif: il donne l'exemple de la claustrophobie où la formule complémentaire se trouve être: "je suis libre".

Nous terminerons volontairement sur cette formule libératrice l'exposé de la méthode de Schultz, où le mot relaxation prend tout son sens, depuis le simple relâchement de quelques fibres musculaires jusqu'à la libération de la personnalité, avec la possibilité d'une pleine réalisation de soi.

L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Jusqu'à maintenant, nous avons vu comment la relaxation favorise le contrôle et la maîtrise du corps dans ses fonctions musculaires et végétatives. Nous avons appris aussi que par ce biais, il était possible d'acquérir une discipline personnelle, une maîtrise de soi qui se réfléchit sur le vécu quotidien et la stabilité émotive. Enfin, nous avons réalisé combien cet apprentissage pouvait s'avérer bénéfique pour la plongée introspective, en nous rapprochant de notre inconscient. Mais si l'on peut reprocher quelque chose à Schultz, c'est peut-être d'avoir négligé l'aspect relationnel qu'implique sa méthode et, par là, les manifestations transférentielles de même que l'analyse psychodynamique des résistances offertes au traitement. C'est à ce niveau que veut se situer la rééducation psychotonique.

LA REÉDUCATION PSYCHOTONIQUE

La rééducation psychotonique est le nom actuellement donné par J.G. Lemaire à la méthode décrite par Ajuriaguerra et Michèle Cahen. S'inspirant de Schultz, elle fait référence à un aspect très particulier du tonus, soit la dialectique tonico-affective qui préside à toutes les attitudes d'un sujet adulte. La méthode ne cherche pas à obtenir une hypotonie minima mais plutôt une maîtrise tonico-émotionnelle et une meilleure intégration du schéma corporel.

Parti d'études strictement neurologiques, avant d'aborder les incidences psychologiques ou psychiatriques des perturbations toniques et somatognosiques, Ajuriaguerra en vint rapidement à souligner le rôle du tonus dans la communication interhumaine. C'est "le dialogue tonique", aspect le plus dynamique de ses recherches qui lui permettra de concevoir une thérapeutique. Le langage oral est un des moyens de communication intimement liés à l'évolution de l'activité humaine mais, en dehors de lui, il en existe d'autres qui méritent d'être étudiés et comparés.

L'enfant s'exprime dès sa naissance par le cri, par des réactions toniques axiales, par des grimaces et des gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou aux interventions extérieures par l'hypertonie ou encore il se laisse aller à une paisible relaxation. Hyper-tonie d'appel ou hypotonie de satisfaction, c'est déjà par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend. C'est donc par son corps que communique l'être humain, et ceci bien avant l'apparition du langage.

Dans cette perspective, on comprendra qu'obtenir une modification tonique n'a de sens qu'en rapport avec le changement qu'elle entraîne dans la relation avec autrui. Sur le plan thérapeutique, ce changement doit se comprendre et s'utiliser dans le cadre d'une relation entre le thérapeute et le patient. Les moyens d'action curatifs sont alors de deux ordres: d'une part, son aspect physiologique immédiat sur le tonus qui aura un premier effet sur le symptôme et, d'autre part, l'aspect psychothérapique de l'entraînement qui s'appuie sur la personne du médecin et qui part d'un vécu corporel nouveau. Ce travail permettra au malade de prendre conscience de ses réactions toniques au cours du dialogue, puis progressivement des circonstances qui provoquaient jusque-là les paroxysmes hyper-toniques et les symptômes morbides.

Conçue dans cet esprit, la méthode de Lemaire est une patiente rééducation du tonus à travers une relation psychothérapeutique. Plus que la recherche d'une détente par suggestion au déconditionnement, elle suppose la compréhension du symptôme, compte tenu de la personnalité du sujet. Par conséquent, au lieu de forcer le sujet à se décontracter durant

la séance, on cherche plutôt à comprendre et à réduire peu à peu les différents facteurs qui l'empêchaient jusque-là de se relaxer. Au lieu de le convaincre que son bras est lourd, on s'attachera à découvrir ce qui n'est pas encore décontracté en lui. En bref, on accorde beaucoup plus d'importance à l'analyse des résistances à la relaxation, ce qui suppose qu'on comprenne leur signification pour le patient.

Lemaire se comporte vis-à-vis des résistances au training autogène comme Freud s'est comporté autrefois devant les résistances de ses patients. Leur élaboration puis dissolution favorisent des remaniements féconds de la personnalité du sujet. Collaborant activement à la méthode, sous forme d'auto-observation et d'exercices réguliers, le sujet doit réaliser qu'il est inconsciemment attaché à cette hypertonie nuisible, même s'il désire consciemment y renoncer car son corps est conditionné depuis le jeune âge à des modes d'être passifs et tendus ; et de fait, il peut avoir peur d'abandonner ce dont il a eu besoin jusqu'à maintenant, ce qui explique sa difficulté à se relâcher. D'ailleurs, dès les premières expériences, le sujet constate souvent que l'abandon passager de cette hypertonie s'accompagne d'appréhensions, de craintes, parfois même d'une angoisse vive. Il comprend alors que la résistance à la relaxation était pour lui une défense contre l'angoisse.

De plus, la présence du thérapeute implique une situation transférentielle qui ne devrait pas demeurer inutilisée. Autrui est toujours présent dans le silence et la déconnexion éveillant une vie instinctuelle très primitive et contradictoire (agression et amour, craintes et désirs), le corps vit ces états par des manifestations toniques de niveaux divers, contraction et décontraction suivant que l'on s'approche du sujet, qu'on le touche ou qu'on s'en éloigne, ces actes étant ressentis comme danger ou donation. C'est par l'interprétation de ces réactions et par l'expérience d'un nouveau mode de relation avec autrui, basé d'abord sur le tonus corporel, qu'on amènera le sujet à des prises de conscience, à des remaniements de sa vie tonique et, finalement, à la maîtrise tonico-émotive.

Comme il n'y a pas de codification rigide des phases qui caractérisent l'évolution de la cure, ceci en rend la description particulièrement difficile. Néanmoins, l'attitude pratique du thérapeute passe grossièrement par trois stades. D'abord, il facilite autant que possible le travail du malade et ne lui ménage pas son appui, afin de lui permettre d'éprouver assez rapidement la première sensation de pesanteur. L'expérience de la décontraction musculaire demeure fondamentale ; c'est une étape décisive qui fait du médecin un témoin privilégié pour le patient. Ce rôle de témoin devient essentiel, dans un deuxième temps, pour aider le patient à prendre conscience des tensions qui persistent et qui réapparaissent au cours de la séance ; ce rôle est également de première importance pour ce qui est du contrôle et du dialogue qui s'ébauche quand le

malade ressent le besoin de s'exprimer verbalement. Enfin, la résolution des tensions résiduelles et l'instauration d'un dialogue dans une dimension transférentielle permettent de passer à la dernière phase du traitement où le médecin propose d'élargir l'utilisation des nouvelles acquisitions. Le patient s'interroge alors sur son état tonique, mal adapté à la vie quotidienne dans de nombreuses circonstances. Il s'aperçoit que l'exercice, pratiqué après quelques paroxysmes tensionnels ou symptomatiques, lui procure un apaisement. Enfin, il cherche à prévenir ces réponses en automatisant la nouvelle attitude tonique, grâce à laquelle le symptôme n'est plus possible.

Le dynamisme profond de la cure rejoint les résonances affectives intimes et primitives de la vie tonique du sujet. Débutant par l'investissement du corps, induit par la technique elle-même, il s'opère ensuite un retrait passager du réel, qui peut prendre la forme d'une séparation angoissante. Peur d'origine fantasmatique, elle est liée à la privation d'un pouvoir moteur sur le monde environnant. Puis les conditions physiques et relationnelles de l'exercice invitant le patient à accepter cette expérience de régression limitée, le travail du thérapeute consiste à remplacer, peu à peu, chez ce malade le plaisir strictement régressif en lui démontrant que ce bien-être peut être conservé; qu'il peut donner une nouvelle tonalité aux affrontements de la vie réelle. C'est à ce phénomène de régression, survenant dans le transfert et dont il est possible de modifier le vécu, que Lemaire attribue la valeur dynamisante de la cure. D'ailleurs, là-dessus, j'aimerais vous citer Winnicott qui pense que "plus l'analyste acceptera rapidement la régression et saura mieux l'aborder, moins le malade risquera d'avoir besoin d'une maladie à caractère régressif".

En résumé, le but de cette méthode est la détente pour soi, la découverte de soi à travers le corps, le dialogue tonique avec autrui joint à une analyse du vécu interrelationnel, s'inspirant d'une compréhension psychodynamique profonde des troubles toniques et psychosomatiques, c'est une véritable psychothérapie de relaxation, d'orientation analytique, qui pourra éventuellement déboucher sans que ce soit le but du traitement sur une thérapie verbale ou une psychanalyse.

Après s'être penché sur chacune de ces méthodes de relaxation et afin de mettre en relief les conclusions, je crois qu'il est essentiel maintenant de se demander à qui s'adressent ces différentes approches. C'est ce que nous tenterons de faire brièvement en discutant les différentes indications thérapeutiques.

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Comme nous l'avons vu, le terme générique de relaxation recouvre en fait une série de méthodes extrêmement variées, souvent divergentes

quant à leurs buts. Elles procurent toutes une sensation de calme mental s'accompagnant d'une détente musculaire; mais bien que l'état atteint soit semblable, la technique pour y parvenir varie considérablement à tel point qu'il est difficile de leur attribuer des indications communes. Un principe demeure toutefois fondamental, autant en médecine psychosomatique qu'en psychiatrie: l'indication d'un traitement, quel qu'il soit, reste d'abord et avant tout déterminée beaucoup plus par la structure psychologique du sujet que par le symptôme lui-même. Or, comme en psychiatrie, le symptôme ou la psychopathologie du patient est étroitement relié à la structure de sa personnalité, ceci rend encore plus complexe la codification des indications thérapeutiques. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous dresserons un tableau général des indications relatives à la relaxation, pour ensuite en arriver à l'application plus spécifique des différentes méthodes en clinique quotidienne.

LES INDICATIONS RELATIVES A LA RELAXATION

Afin d'éviter une énumération fastidieuse des diverses pathologies, nous les regrouperons en trois grandes catégories, soit les indications somatiques, psychiatriques et prophylactiques.

LES INDICATIONS SOMATIQUES

Dans cette catégorie, on retrouve d'abord les différents troubles fonctionnels reliés à une dystonie neuro-végétative. Les sujets se subdivisent en deux groupes, soit les hyperesthésiques, c'est-à-dire ceux dont le seuil d'excitation affectif ou sensoriel est trop bas, ce qui les rend intolérants à leur condition de vie, ainsi que les hyperréactifs, c'est-à-dire ceux dont la réponse est excessive en intensité ou inadéquate dans sa forme. Suivent ensuite les syndromes psychomoteurs, troubles gênants qui se déclenchent dans des circonstances particulièrement importantes de la vie des patients et qui se font sentir sur leur existence toute entière. Entravant fréquemment leur capacité de communication, ces troubles font que le comportement du patient est désormais axé sur le symptôme, cause et conséquence de sa modification psychologique. On songera par exemple à la crampe des écrivains, aux tics et aux bégaiements, aux troubles du rythme de la voix et à tout autre signe d'instabilité psychomotrice. Enfin, nous abordons un troisième groupe aux limites des plus imprécises, soit celui des affections dites psychosomatiques sur lesquelles nous laisserons le soin aux spécialistes d'élaborer.

LES INDICATIONS RELATIVES À LA RELAXATION

I- Les indications somatiques

- 1) Troubles fonctionnels reliés à une dystonie neuro-végétative
 - a) hyperesthésiques
 - b) hyperréactifs
- 2) Syndromes psychomoteurs
Ex.: tics, bégaiements, crampe des écrivains.
- 3) Maladies dites psychosomatiques.

II- Les indications psychiatriques

- 1) Les névroses
 - a) décompensation passagère d'une névrose phobique
 - b) névrose d'angoisse
 - c) états hystéroïdes de symptomatologie variée
 - d) névrose obsessionnelle
 - e) névrose de caractère ou caractère névrotique
 - f) hypocondriaques.
- 2) Les états dépressifs
 - a) états durables et récidivants
 - b) états dépressifs réactionnels
 - c) formes masquées du syndrome dépressif
 - symptômes physiques
 - symptômes caractériels
 - d) alcoolisme
- 3) Les psychoses
 - a) états bien compensés
 - b) borderline.

III- Les indications prophylactiques

- 1) conservation de son équilibre
 - a) prévention du surmenage
 - b) stress sociaux
 - c) pathologie du travail
 - d) chez les professionnels et les dirigeants
- 2) Autres
 - a) sportifs
 - b) obstétriques
 - c) écoles de rééducation.

LES INDICATIONS PSYCHIATRIQUES

En psychiatrie, la psychopathologie doit d'abord être perçue comme un trouble dans une double relation avec soi et avec autrui. C'est ce qui explique qu'on ne puisse définir une normalité univoque et absolue, pas plus qu'un traitement standard devant un symptôme. En général, les auteurs s'entendent pour exclure du champ de la relaxation les psychoses et les grandes névroses structurées. Ceci nécessite cependant des nuances. Commençons donc par le chapitre des névroses.

La décompensation passagère d'une névrose phobique et toute crise d'angoisse survenant chez un sujet porteur d'une structure névrotique jusque-là plus ou moins latente, répond bien à la relaxation, après avoir été initialement apaisée par la chimiothérapie. Bien des états hystéroïdes de symptomatologie variée ont été traités avec beaucoup de succès à l'aide de différents types de relaxation, en particulier ceux utilisant l'auto-suggestion. Sapir et ses collaborateurs ont d'ailleurs prouvé par des études psychométriques que la structure de personnalité répondant le mieux à la méthode de Schultz est précisément la structure hystéroïde. Toutefois — et c'est bien connu aujourd'hui — la rechute est d'autant plus probable qu'on s'en est tenu à l'aspect suggestif de la technique; un approfondissement psychothérapeutique intégré ou parallèle à la relaxation s'avère nécessaire si l'on tient à éviter les rechutes.

En ce qui concerne la névrose obsessionnelle, les auteurs sont beaucoup plus circonspects. Certains en font même une contre-indication dans les cas graves, le patient obsessionnalisant le traitement et ne faisant que remplacer une obsession par une autre. En fait, avec ces sujets, on doit être très prudent et éviter le plus possible la suggestion. Et, bien que certains aient souligné les méfaits d'une cure maladroite de relaxation chez de tels patients, la rééducation psychotonique, comme telle ou comme préliminaire à une autre psychothérapie, peut apporter de réels bénéfices si elle est entreprise avec les précautions contre-suggestives signalées.

Comme la psychopathologie se modifie avec le temps, au lieu des névroses franches les psychiatres d'aujourd'hui observent beaucoup plus fréquemment ce qu'on appelle des névroses de caractère ou caractères névrotiques. Dans ces cas, la relaxation apporte soit une aide mineure chez certains ou très importante chez d'autres, particulièrement chez les émotifs aux réactions toniques mal contrôlées, anxieux et tendus. Pour les hypocondriaques, les résultats sont très aléatoires.

Pour ce qui est des états dépressifs, les progrès de la chimiothérapie moderne permettent de traiter rapidement les épisodes aigus ne laissant guère que les états durables et récidivants ainsi que certaines formes atypiques à la relaxation. Son application est cependant tout in-

diquée dans les états dépressifs s'accompagnant de troubles plus ou moins ressentis du schéma corporel de même que dans les états qui impliquent une labilité émotionnelle, une relative immaturité affective ou encore une insécurité perceptible au niveau corporel. Si la relaxation n'occasionne pas la complète disparition du symptôme, elle offre cependant au patient un certain soulagement et lui permet de redevenir fonctionnel.

Les états dépressifs réactionnels en général répondent bien et rapidement à la relaxation. Pour les formes masquées du syndrome dépressif, on découvre que beaucoup de sujets présentent une trop grande sensibilité aux stimulations extérieures et aux émotions, y réagissant par des états dépressifs discrets et récidivants. Souvent cachés derrière des symptômes physiques ou caractériels, ceux-ci peuvent être soulagés de façon passagère par la chimiothérapie, mais la relaxation s'avèrera plus efficace pour éviter la rechute lors de la prochaine secousse émotionnelle.

Enfin, lorsque la dépression survient sur certains terrains, en particulier sur un fond de tendance masochiste, elle peut revêtir le masque de l'alcoolisme. En effet, c'est bien souvent à la faveur d'un épisode dépressif non dépisté qu'apparaissent les premières habitudes d'alcoolisation, en particulier chez les sujets frustrés, incapables d'exprimer verbalement leur malaise et leur angoisse. Supprimer l'alcool qui cache la dépression ne guérit pas cette dernière. La relaxation par contre permet une première prise de conscience de l'état de tension intérieure. Puis, par la conquête active de la détente, le patient acquiert un meilleur contrôle émotionnel et une perception totale de son intégrité psychosomatique, ce qui suffit parfois à lui redonner le sentiment de sécurité intérieure perdu lors de la dépression. En terme psychanalytique, cette guérison peut être considérée comme une forme de ré-assurance narcissique. De plus, l'usage des formules intentionnelles auto-suggestives de Luthe peut aider à diminuer cette appétence morbide.

Il ne nous reste plus qu'à traiter le difficile problème des psychoses schizophréniques. Comme nous l'avons dit, les traitements de relaxation ont été jusqu'ici contre-indiqués pour des cas de ce genre. Lemaire croit cependant que si elle est entreprise avec beaucoup de précaution, en tenant compte de l'écueil de la dépersonnalisation, elle peut apporter une aide psychothérapeutique précieuse à certains cas :

"Nous pensons tout particulièrement à ces formes incertaines du sujet jeune où le patient, qui ne présente pas encore de grands syndromes délirants ou hallucinatoires, vit déjà une expérience étrangement autistique".

C'est à ces cas borderline, surtout ceux d'entre eux dont le sentiment

d'intégrité corporelle est ébranlé, que la relaxation peut apporter une sensation de cohésion, comme une preuve ineffable d'une certaine autonomie d'eux-mêmes. Il est cependant inutile d'expérimenter ces méthodes avec des sujets schizoïdes nettement plongés dans leur réalité intérieure et indifférents au monde objectif. De même, avec tous ceux qui tirent de leur maladie de tels bénéfices secondaires et qui préfèrent, plus ou moins consciemment, rester malades pour conserver ces avantages. Enfin, demeurent inatteignables les débiles ou les sujets avoisinants la débilité mentale. En fait, outre ces cas extrêmes, ni l'âge du sujet ni son niveau intellectuel ne constituent réellement une limite. C'est beaucoup plus sur la longue existence d'une contracture, la relative tolérance du sujet, et sur l'accoutumance du patient à son symptôme que se fondent surtout les contre-indications à ces méthodes.

LES INDICATIONS PROPHYLACTIQUES

La relaxation permet au sujet de conserver son équilibre dans une situation où il est exagérément stimulé; tous ceux qui sont menacés du fait de leur constitution ou de leur condition de vie pourront donc y trouver une prophylaxie intéressante. Que ce soit pour la prévention du surmenage, pour diminuer l'influence des excitations sensorielles qui se multiplient dans notre société occidentale, ou en pathologie du travail pour réduire les facteurs d'accidents professionnels, les crises anxieuses et dépressives, l'absentéisme, la chute du rendement et l'augmentation de la consommation d'alcool, dans tous ces cas, la relaxation s'est avérée efficace. De même, chez les professionnels et les dirigeants qui ont de grandes responsabilités, la surmortalité cardiaque exige des mesures préventives qui peuvent débiter par la relaxation. Enfin, chez les sportifs, en obstétrique, dans les écoles de rééducation psychomotrice, là encore la relaxation a fait ses preuves. Dans cette perspective prophylactique, des méthodes comme celle de Schultz, rapides et faciles d'apprentissage bien que suggestives et non analytiques sont préférables et elles minimiseront les inconvénients aléatoires.

LES INDICATIONS SPECIFIQUES

Sur le plan des recherches cliniques, il serait impérieux d'élaborer des échelles qui fourniraient des indications sur le type de traitement à administrer à tel ou tel malade. Mais en attendant, comment procède-t-on? Quinodoz suggère la démarche suivante :

"Lorsqu'une personne qui vient me consulter situe sa demande en deçà du langage, j'ai tendance à lui proposer la relaxation alors que si elle se situe au niveau du langage, je préfère renoncer à la relaxation et faire usage de l'élaboration que permet la parole".

Ainsi, lorsque l'apprentissage d'une technique de relaxation est indiqué, on enseignera la relaxation progressive aux malades souffrant d'une grande anxiété, ou démontrant une si grande fragilité, que le clinicien croit à la possibilité d'une éventuelle décompensation psychotique. La relaxation de Jacobson permet en effet de renforcer le contrôle sur soi en gardant un contact concret avec la réalité; elle provoque ainsi beaucoup moins d'anxiété, d'effets secondaires et de complications que les autres méthodes de relaxation.

Chez tous les autres patients, on utilisera la technique du training autogène selon la méthode de Schultz ou selon celle de Lemaire. Si l'on considère que le sujet est suffisamment structuré pour être capable d'abandonner sans trop d'anxiété son contrôle moteur et surtout, si la relaxation doit se faire rapidement, on recommande la méthode de Schultz. Si le sujet semble se relier facilement, s'il apparaît motivé à plus que que l'apprentissage de la détente, si une fois son anxiété diminuée on le croit désireux d'intégrer ce changement dans la compréhension globale de sa personnalité, la méthode de Lemaire serait à utiliser. Ces critères très empiriques et insuffisants doivent être complétés par une évaluation complète du patient et l'expérience pratique du thérapeute.

LES CONCLUSIONS

En guise de conclusion et afin de répondre d'une façon plus éclairée aux interrogations soulevées au départ, j'aimerais souligner certains points communs à toutes ces méthodes sur le plan psychothérapeutique.

En utilisant la relaxation, souvent le sujet s'attend à obtenir un repos passif par rapport aux situations extérieures et stressantes de la vie. Or, ce que lui offre la relaxation est bien différent. Elle lui permet d'acquiescer activement, par le biais de la concentration, un repos en relation avec ses propres situations émotionnelles intérieures. En effet, comme on l'a vu, l'état de tension constitue un moyen de défense, une inhibition ou une limitation fonctionnelle du moi de l'individu. En quittant le champ de l'agir, il tente de redevenir conscient de son corps, des sources de son être, de le redécouvrir. Il prend progressivement contact avec son moi intérieur et développe ainsi le sentiment d'un soi représentant la totalité de sa personne.

Le projet de se détendre, de se laisser aller, de penser à son corps, qu'on retrouve, dans toutes ces techniques, comporte une phase régressive en soi mais il vise par la suite à restructurer ou plutôt à réintégrer la personnalité dans son vécu corporel. Objet transitionnel selon ce point de vue, la relaxation se compare à un maternage lorsque le thérapeute prend soin des tensions de son patient et manipule

son corps pour en contrôler la détente. Dans le cadre de la relation transférentielle, ceci permet de reprendre contact avec des vécus infantiles de rupture, mal intégrés.

Outre cette perspective régressive, on remarquera comment toutes ces méthodes font usage de la suggestion d'une façon plus ou moins avouée. Que ce soit par l'énoncé d'injonction, de devise personnelle, de formule intentionnelle, par la description très réglementée des techniques, ou encore par l'ensemble des conduites interrelationnelles en autant qu'elles impliquent la présence d'un thérapeute, la suggestion demeure un point central pour ces thérapies comme d'ailleurs pour bien d'autres thérapies verbales.

En psychothérapie, la suggestion a toujours véhiculé une consonance péjorative et c'est à tort, je crois, qu'elle déclenche des réactions affectives défavorables chez beaucoup de médecins, qui l'utilisent souvent sans s'en rendre compte. En effet, c'est bien mal comprendre l'aspect psychothérapeutique de la fonction médicale que de ne pas en être conscient et d'abandonner ainsi un moyen qui, souvent, soulage rapidement un patient qui souffre. Et ceci d'autant plus que la relaxation, puisant ses origines surtout dans l'hypnose, aide le sujet à atteindre un état où la perméabilité à la suggestion est accrue.

Mais, comme la suggestion n'est pas suffisamment efficace pour entraîner des changements en profondeur, Schultz et bien d'autres ont senti le besoin de compléter leur technique par une forme de psychothérapie. C'est ainsi qu'il compare les cycles inférieur et supérieur de sa méthode, dans l'optique d'une orthopédie psychique, à une chirurgie mineure et majeure. En plus d'amener une satisfaction de l'idéal du moi, une introjection narcissique voire une composante auto-érotique, la relaxation conduit à une modification existentielle, à la diminution de la résonance affective et à l'amélioration du rendement. Elle favorise également la capacité de remémoration par la réflexion systématique sur soi, s'avérant certainement un adjuvant important pour toute psychothérapie en profondeur. Cette "amélioration" de la mémoire d'évocation présente l'avantage d'alléger le travail du médecin et de lui faire gagner du temps, tout en faisant appel à l'action volontaire et personnelle du patient.

On voit donc que les particularités de ces méthodes favorisent l'approche d'un matériel inconscient ou subconscient additionnel qui vient enrichir les thérapies exploratrices. Ferenczi écrivait à ce sujet :

"J'ai découvert depuis l'utilité d'exercices de relaxation dans certains cas; la relaxation psychique peut contribuer à vaincre les inhibitions psychiques et les résistances dans le travail de l'association".

Ainsi, la psychanalyse cherche à résoudre les tensions mentales, ce qui entraîne la résolution des tensions physiques au niveau du symptôme, la relaxation par contre s'attaque aux tensions physiques, ce qui entraîne souvent la disparition des tensions mentales. Ceci souligne bien l'interrelation étroite existant entre le corps et l'esprit, la pensée et l'émotion. De plus, l'analogie qu'on retrouve entre l'état atteint par la relaxation et l'état de préendormissement, alors que nous sommes plus ou moins coupés de l'extérieur mais encore conscients et d'autant mieux à l'écoute de notre vie intérieure, nous montre également que ces deux états s'apparentent au contexte dans lequel surviennent les rêves. C'est pourquoi Schultz écrit que "le matériel recueilli dans cette auto-analyse qu'est le cycle supérieur peut s'avérer très utile au cours d'une analyse régulière au même titre que les essais associatifs ou le recours à la voie royale vers l'inconscient".

Enfin, je désire attirer l'attention sur un dernier point qui m'a frappé au cours de mes lectures sur le sujet. Quel que soit le mode d'induction préconisé par les différentes méthodes que l'on a vues, et par bien d'autres encore comme le yoga, la méditation transcendante, l'auto-hypnose, le rêve éveillé dirigé, toutes conduisent à un même état. Qu'on l'appelle autogène, hypnotique, état (alpha), (thêta), twilight ou nirvana, tous ces états en fait se situent sur un même continuum entre l'éveil et le sommeil, un état carrefour entre l'affect ressenti par le corps et la pensée élaborée par la tête. Dans toute psychothérapie, on cherche à atteindre un état optimal de changement, de reprogrammation, dont la recherche est systématisée dans la relaxation. C'est dans cet état de conscience modifié que l'on retrouve, pour un minimum d'effort, un maximum de changement actualisant et, par là, on entend un meilleur bien-être intérieur et une meilleure adaptation avec le monde extérieur.

De plus, la progression de ce travail a voulu montrer comment les méthodes décrites s'inscrivaient également dans un continuum. En effet, de Jacobson, on passe au cycle inférieur de Schultz, puis par les formules de Luthe, on arrive au cycle supérieur et enfin à la méthode de Lemaire. A travers ce cheminement, on retrouve une suite logique, une gradation impliquant de plus en plus de motivation, d'investissement, d'introspection, de tolérance à la perte du contrôle musculaire et enfin de désir de changement. Respectant l'individualité de chaque être, la relaxation offre une vaste gamme de possibilités thérapeutiques, pouvant être à la fois thérapie ou instrument psychothérapeutique, en accélérant et en intensifiant l'actualisation du changement recherché dans une autre psychothérapie.

Je conclurai cet exposé en vous rappelant que la relaxation réintroduit le corps aux côtés du verbe comme moyen de dialogue et de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA, J. DE, *La relaxation*, tiré à part, Hôpital Rivière-des-Prairies, Mai 1965.
- AJURIAGUERRA, J. DE, GARCIA-BADARACCO, J., CAHEN, Michèle, L'entraînement psychophysiologique par la relaxation. Considérations techniques et indications (Paris). In *La relaxation*, ouvrage collectif, Expansion scientifique française, 2ième édition, 1959, 61-70.
- BUDZYNSKI, Th., Tuning in on the twilight zone, *Psychology Today*, Août 1977.
- DEMERS-DESROSIERS, L.A., Les techniques de relaxation. Méthodes de thérapie non pharmacologique, *Union médicale du Canada*, tome 106, août 1977.
- DURAND DE BOUSINGEN, R., GEISSMANN, P., *Les méthodes de relaxation*, 2ième édition, Dessart, Bruxelles, 1968.
- FENICHEL, O., *Thérapie psychanalytique des névroses*, Presses Universitaires de France, 1953.
- FREEDMAN, A., KAPLAN, H., SADOCK, B., *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*, Chap. 13: 1. 2ième édition, 1975.
- JACOBSON, E., *Progressive Relaxation*, The University of Chicago Press, 2ième édition, 1948.
- KAMMERER, Th., DURAND DE BOUSINGEN, R. Les psychothérapies de relaxation, *Encyclopédie médico-chirurgicale, section psychiatrie* no. 37, pp. 1 à 5., 1967.
- KARASU, T.B., Psychotherapies: An Over View, *Americ. J. Psychiatry*, 134: 8 août 1977.
- KIEFFER, M., Une relaxation différente. La méthode de Jacobson, *Psychologie* no. 82, pp. 15 à 21, novembre 1976.
- LAMONTAGNE, Y., Les techniques de relaxation, *La vie médicale au Canada français*, vol. 7, janvier 1978.
- LEMAIRE, J.P., *La relaxation*. Petite bibliothèque Payot, no. 66, Paris, 1964.
- LOWEN, A. *La bio-Energie*, Editions du jour, Tchou, 1970.
- LUTHE, W., JUS, A., GEISSMANN, P., Autogenic State and Autogenic Shift: Psychophysiologic and Neurophysiologic Aspects, *Acta Psychotherapeutica* 11: 1-13, 1963.
- QUINODOZ, J.M., En deçà du langage: La relaxation, *L'information psychiatrique*, 1005-1008, novembre 1975.
- SAPIR, M. et col., *La relaxation. Son approche psychanalytique*. Dunod, 1975.
- SCHULTZ, J.H., *Le training autogène*, P.U.F., Paris, 1974.
- SCHULTZ, J.H., *Manuel pratique du training autogène*, P.U.F., Paris, 1972.

SUMMARY

After giving a brief historical outline of relaxation methods, from Freud to Ajuriaguerra, the author attempts to define relaxation. Then he describes the principal methods of relaxation according to three approaches: the neurophysiological which includes Jacobson's progressive relaxation; the hypnotic in which can be classed Schultz's autogenous training; and the psychodynamic with the psycho-tonic reeducation of Ajuriaguerra and Cohen. This completed, he focusses on the different therapeutic indicators somatic, psychiatric and prophylactic. In conclusion the author underlines the common points of these methods such as detente, the regressive phase, the use of suggestion; mentions that all of the methods lead to a similar state, whatever name may be given to it, and that these methods can be placed on a progressive continuum.