

DOULEUR ET RELAXATION



MI
FORM



DEFINITION DE LA RELAXATION

« Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique »

R. Durand de Bousingen (1992)

TECHNIQUES DE RELAXATION

- 1 [Le training autogène de Schultz](#)
- 2 [La relaxation progressive de Jacobson](#)
- 3 [Prolongements des méthodes Schultz et Jacobson](#)
- 4 [Méthodes à visée psychothérapique](#)
- 5 [Relaxation dans un but comportementaliste](#)
- 6 [Relaxations adaptées aux enfants](#)
- 7 [Techniques corporelles empiriques ayant une action relaxante](#)
- 8 [La relaxation dynamique psychomotrice \(R. Dupont\)](#)

**Méthodes thérapeutiques utilisées en algologie :
hypnose et sophrologie**



LE TRAINING AUTOGÈNE DE SCHULTZ

Issue de la tradition de [l'hypnose médicale](#) Française et allemande du XIXème siècle

Méthode utilisant l'auto-concentration et l'auto-hypnose. Fait partie des méthodes à point de départ central. dites « centrifuges ». Ou encore cataloguées parmi les méthodes globales à point de départ psychothérapique

[2 cycles](#)

1- Cycle inférieur, correspond à l'apprentissage de la relaxation proprement dit. Il est composé d'un certain nombre d'exercices, de « stades », qui permettent de parvenir à la détente et d'obtenir une déconnexion générale de tout l'organisme » (Schultz, 1958, 1977).

[2-Cycle supérieur](#) correspond a une psychotherapie

LE TRAINING AUTOGÈNE DE SCHULTZ

Forme **d'autohypnose**, la décontraction musculaire est obtenue par **autosuggestion verbale**.

Les séances se passent dans une pièce semi-obscur et silencieuse. L'apprentissage des sensations de pesanteur permet d'obtenir progressivement la décontraction complète du membre douloureux. tandis que la recherche de la sensation de chaleur conduit au contrôle vasomoteur.

La première étape de la relaxation comprend l'apprentissages des régulations respiratoire, abdominale et cardiaque.

Au cours de la dernière étape, l'accent est mis sur l'intériorisation psychique : le sujet en état de relaxation complète doit se représenter des objets, des couleurs et des pensées à forte charge affective positive.

LA RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON

Edmund Jacobson fonde sa technique sur ses travaux en physiologie du système neuro-musculaire. Il définit la relaxation comme l' « **absence de toute contraction musculaire s'exprimant du point de vue électromyographique par un silence électrique absolu** » .

Le but de la relaxation, est d'« obtenir un calme dans le domaine psychique ,de mettre le cortex au repos en diminuant le fonctionnement cérébro-neuro-musculaire excessif en relaxant directement la partie **périphérique** de ce circuit »

Le patient s'entraîne à observer ses schémas de tension et à les relâcher : concentrant son attention sur des états de tension musculaire qu'il provoque, il apprend à repérer ces tensions, puis il cesse son effort et porte son attention sur les nouvelles sensations qui sont, alors, identifiées comme celles du relâchement. . Cette relaxation, qualifiée d' « **analytique** » (non pas au sens psychodynamique du terme) et de « **pédagogique** » par son auteur, implique un entraînement relativement long, pouvant durer de quelques mois à plusieurs années

LA RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON

- . La méthode de Jacobson est un entraînement purement moteur visant à obtenir la mise au repos du muscle. Le thérapeute remplit la fonction de simple moniteur en entraînant le patient à prendre progressivement conscience des sensations de contraction et de relâchement des groupes musculaires. La première phase du traitement s'occupe des groupes musculaires les uns après les autres jusqu'à ce qu'il obtienne une relaxation profonde. La deuxième phase entraîne le sujet à la relaxation différentielle u cours des différentes activités de la journée (lecture, écriture...). Enfin, lors de la troisième phase, le patient obtient un déconditionnement total de la musculature.

LA SOPHROLOGIE.

Cette technique de relaxation s'est enrichie des apports traditionnels orientaux et sud-américains

Modalités pratiques.

Elle combine hypnose et relaxation. Tout d'abord dirigé par le thérapeute, le patient apprend progressivement à devenir autonome, les exercices conduisent à un état de sérénité et de méditation.

Indications

Essentiellement dans le cadre de douleurs chroniques.

La sophrologie s'intègre dans le cadre d'une stratégie personnelle de soins élaborée par l'équipe spécialisée du centre de lutte contre la douleur.

LA SOPHROLOGIE :

« Un concept thérapeutique... »

- **Amener le schéma corporel a plus de réalité vécue**, habiter le corps en bonne santé et conquérir l'harmonie physique et psychique.
- **Renforcer l'action positive**, afin de développer les éléments positifs du passé, du présent, de l'avenir et de mieux utiliser tous nos potentiels.
- **Développer la réalité objective**, pour apprendre à voir les choses davantage comme elles sont, de développer plus de réalisme et d'efficacité dans l'action.
- **Adapter** les techniques et méthodes aux situations et / ou participants à chaque séance.

METHODES EN SOPHROLOGIE

1-Les sophronisations ou techniques spécifiques

Pratiquées en séance individuelle, elles sont nombreuses et choisies en fonction de l'apprenant, sa demande et de leur pertinence. Citons la concentration sur un stimulus interne, la projection sensorielle imaginée vers le futur, l'évocation de souvenirs agréables. Il s'agit essentiellement d'une adaptation, d'une personnalisation en protocoles courts (5 à 20 minutes), précis, avec des objectifs immédiats ou à courts termes

METHODES EN SOPHROLOGIE

2-Les relaxations dynamiques de Caycedo (RD ou RDC).

Elles sont très efficaces et permettent une progression plus importante que les sophronisations spécifiques. Il existe douze « degrés », les trois premiers s'inspirent de techniques orientales

(Yoga indien, Tummo tibétain, Zazen japonais). Pratiquées debout et assis sur une chaise, en pleine lumière, elles constituent la méthode privilégiée en groupe et représente l'un des piliers de la sophrologie. Elles regroupent plusieurs techniques suivant une méthode rigoureuse dans des objectifs à longs termes.

L'HYPNOSE

- L'hypnose est un état naturel, entre sommeil et éveil, dans lequel les suggestions du thérapeute remplacent la volonté du patient. Cette procédure parapsychologique complexe a un effet analgésique supérieur à celui du placebo et de la relaxation. Son but ultime est de démontrer au patient qu'il est capable de d'avoir un contrôle même partiel sur la douleur.

Indications

L'hypnose est utilisée dans les migraines, les céphalées de tension, les douleurs post-chirurgicales viscérales et orthopédiques, les neuropathies diverses, les douleurs du cancer, les algies pelviennes et maxillo-faciales. Elle est fort utile dans les syndromes douloureux chroniques où elle permet d'agir concomitamment sur la douleur corporelle, le stress et les éléments dépressifs et obsessionnels.

La pratique de l'hypnose doit être réservée aux médecins et psychologues et elle peut être associée à d'autres modalités thérapeutiques physiques ou chimiques

L'HYPNOSE

- Modalités pratiques

Le patient est invité à se détacher de son environnement et à se concentrer sur la voix du thérapeute qui lui délivre des suggestions sous la forme de mots simples et répétitifs. Ce monologue suggère la disparition ou l'atténuation de la douleur, son déplacement vers d'autres régions du corps ou encore le remplacement de la douleur par des sensations de chaleur douce, de fourmillement... Le discours peut aussi faire revivre les événements responsables du premier épisode douloureux afin de dédramatiser la situation. Parfois lorsque la douleur est devenue obsessionnelle, le thérapeute utilise des suggestions indirectes, des métaphores qui évitent de parler de la douleur en tant que telle, sous peine de l'aggraver

LE BIOFEEDBACK

- Le biofeedback est généralement couplé à la relaxation.

On présente au sujet un signal sonore ou visuel qui change en fonction de paramètres biologiques tels l'état de contraction musculaire, la température cutanée ou le pouls qui échappent habituellement au contrôle de la volonté. Ainsi, le patient peut-il par le biais de ces mesures objectives vérifier la qualité de sa technique et établir un lien entre les paramètres biologiques, la douleur et l'amélioration obtenue. Avec l'expérience, le patient peut se passer progressivement de l'appareillage et il sait mettre en œuvre des comportements actifs contre la douleur.

- Indications

La relaxation et le biofeedback ont été utilisés contre un grand nombre de douleurs. Les plus fréquentes sont les céphalées de tension, les migraines, le syndrome de Raynaud, les douleurs de l'arthrose et les lombalgies chroniques

L'APPROCHE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

Principe de base.

. Cette approche thérapeutique agit sur les représentations que se fait le patient de sa douleur et sur les réponses comportementales qui en découlent. On a en effet pu mesurer que l'absence d'espoir et l'impuissance étaient corrélées positivement à la mesure de l'intensité de la douleur et à détresse.

Modalités pratiques

La première étape consiste à identifier les pensées automatiques négatives** présentes dans le discours intérieur «Ce discours négatif est un facteur important du comportement inopérant mis en place en réponse à un stimulus douloureux.

Dans une deuxième étape, on s'efforce de remplacer les pensées négatives par des auto-verbalisations plus réalistes et constructives qui permettent au patient de mieux appréhender la situation douloureuse.

La collaboration de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et de l'entourage familial complètent la mise en place de la stratégie anti-douloureuse :

le patient apprend ainsi à gérer sa douleur, à acquérir des comportements adéquats, à réduire la prise de médicaments, à diminuer le stress et à avoir mieux confiance en soi.

Indications

Essentiellement les douleurs chroniques.

****personne ne peut m'aider », « cela n'arrive qu'à moi « , « je n'arrive jamais à m'en débarrasser », «je vais mourir »..**



BASES SCIENTIFIQUES : CLINIQUES

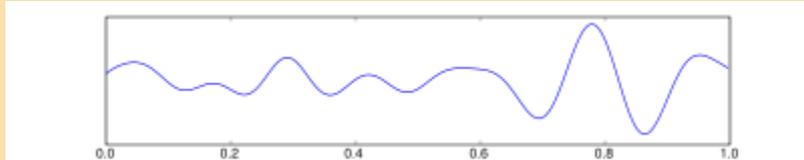
Patterson DR
Jensen MP
(Seattle)

Hypnosis and clinical pain : Psychol Bull. 2003 Jul ;129(4):495-521
Control conditions in hypnotic-analgesia clinical trials : challenges and recommendations : Int J Clin Exp Hypn. 2005 Apr;53(2) :170-97
Hypnotic treatment of chronic pain. J Behav Med. 2006 Feb;29(1) : 95-124. Epub 2006 Jan 11

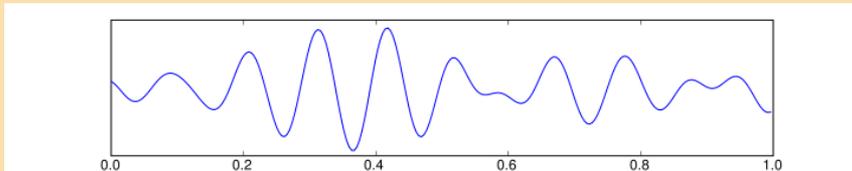
Cliniques : L'hypnose marche dans la douleur chronique par rapport au placebo mais il n'est pas démontré que la guérison de la douleur et la réhabilitation du patient puisse se faire avec cette méthodologie !!



BASES SCIENTIFIQUES : NEUROPHYSIOLOGIQUES



Ondes theta 4 a 8 Hz



Ondes alpha 8 a 12 Hz

[Graffin NF](#), [Ray WJ](#), [Lundy R](#).

EEG concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility J Abnorm Psychol.
1995 Feb;104(1) : 123-31

Etudes de sujets fortement ou faiblement hypnotisables

Cortex frontal : Durant l'induction hypnotique : Non hypnotisable ondes theta ↑

Cortex posterieur : Montée des ondes Theta dans les deux groupes

Ondes alpha se generalisent dans le groupe hypnotisé

BASES SCIENTIFIQUES : NEUROPHYSIOLOGIQUES

Batty MJ, Bonnington S, Tang
BK,
Hawken MB, Gruzelier
JH.(Londres)

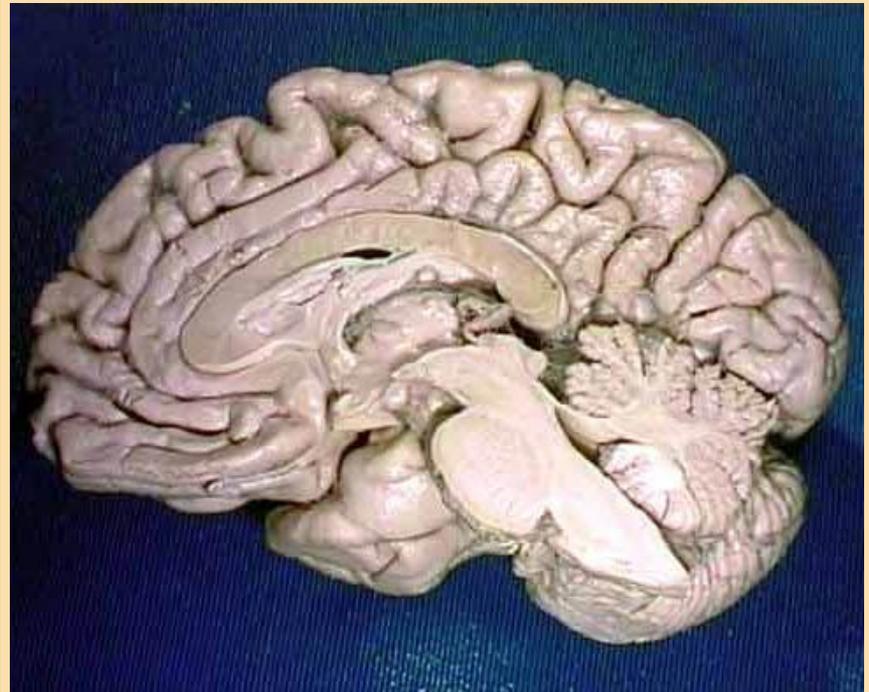
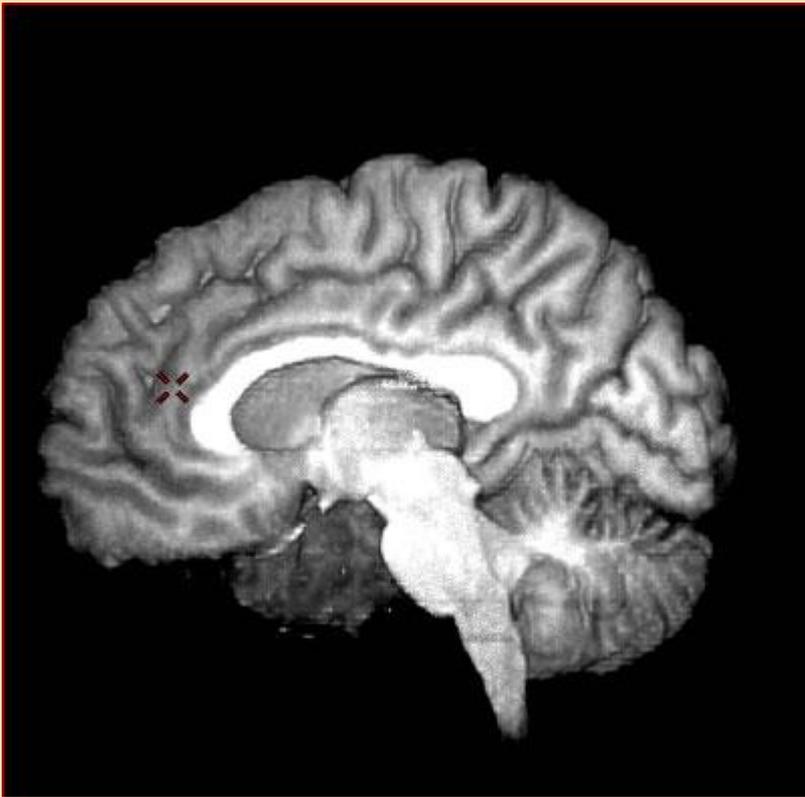
Relaxation strategies and
enhancement of hypnotic
susceptibility : EEG
neurofeedback, progressive
muscle relaxation and self-
hypnosis

Brain Res Bull. 2006 Dec
11;71(1-3) : 83-90. Epub 2006
Sep 1.

Training EEG biofeedback
protocole:Neurofeedback:methode tendant a inverser
le rapport theta /alpha Etudes réalisées chez 10
volontaires sains



BASES SCIENTIFIQUES : NEURO-ANATOMIQUES



Gyrus cingulaire antérieur auteur : D. Hasboun -
illustrations: H. Fournié copyright 1998 - 2003

BASES SCIENTIFIQUES : NEURO-ANATOMIQUES



En Pet scann les auteurs visualisent que sous hypnose l'aire 24 a' du gyrus cingulaire moyen est en hyper activité et 50% de la douleur diminue

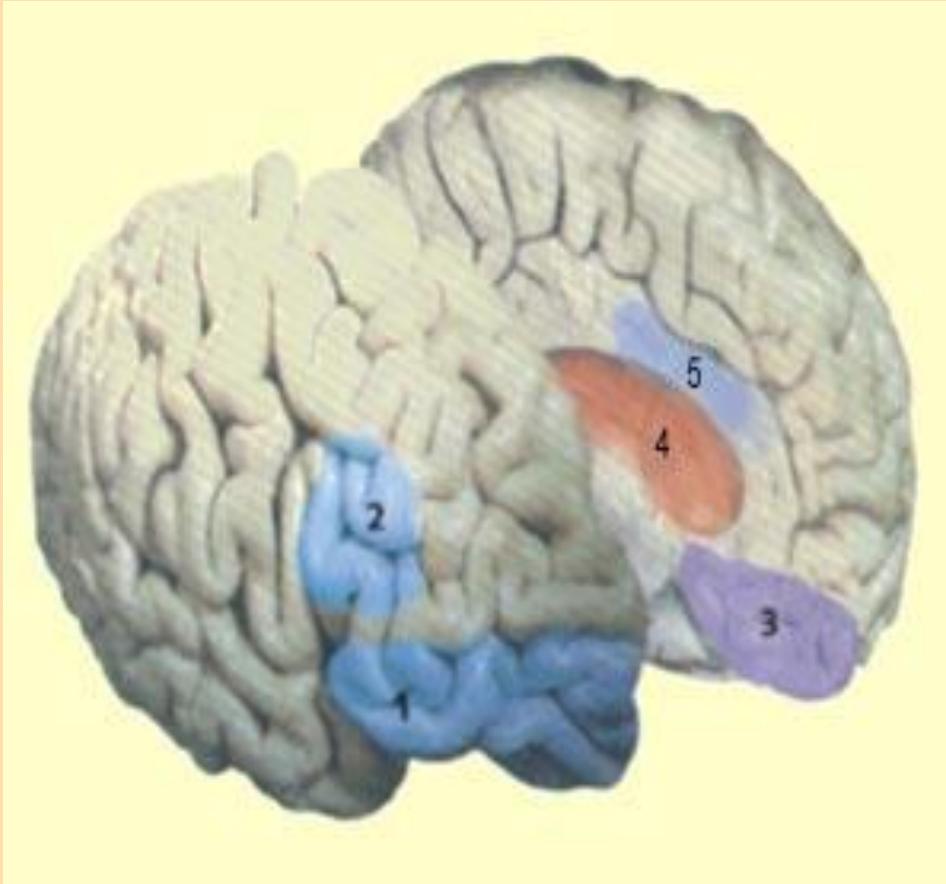
Functional neuroanatomy of the hypnotic state

[Faymonville ME](#), [Boly M](#), [Laureys S](#).

Department of Anesthesiology and Pain Clinic, University of Liege, Sart Tilman, Belgium.

J Physiol Paris. 2006 Jun;99(4-6):463-9.
Epub 2006 Jun 5.

LES RÉGIONS CÉRÉBRALES QUI SE TAISENT OU S'EMBALLENT DURANT LA DÉPRESSION



Autres terrains
d'action
de la neuro-imagerie

- 1) cortex orbitofrontal
- 2) cortex préfrontal latéral
- 3) cortex ventromédian
- 4) système limbique
- 5) cortex cingulaire antérieur

LES RÉGIONS CÉRÉBRALES QUI SE TAISENT OU S'EMBALLENT DURANT LA DÉPRESSION

- Une des régions du [cortex préfrontal](#) les plus affectées à la fois dans la dépression et la phase maniaque (d'un maniaco-dépressif) est le **cortex ventromédian** (aussi appelée « subgenua » parce que située sous le genou du corps calleux). Cette région située en profondeur des lobes frontaux, de chaque côté de la ligne centrale séparant les deux hémisphères, nous permet de passer d'un affect à un autre tout en étant très impliquée dans [le sentiment de plaisir et de renforcement positif](#).

LES RÉGIONS CÉRÉBRALES QUI SE TAISENT OU S'EMBALLENT DURANT LA DÉPRESSION

- Le **cortex cingulaire** est une autre structure cérébrale qui semble impliquée dans la dépression. Cette région ancienne du cortex est située sur la route de nombreuses voies remontant du cerveau émotionnel limbique inconscient ainsi que sur celle d'autres voies descendantes, conscientes, et impliquées dans la planification de l'action, en provenance du cortex préfrontal.

Chez les personnes en dépression, on a observé une baisse d'activité dans le cortex cingulaire et, dans l'état inverse, la crise maniaque, on observe le contraire, soit une hyperactivité dans cette région.

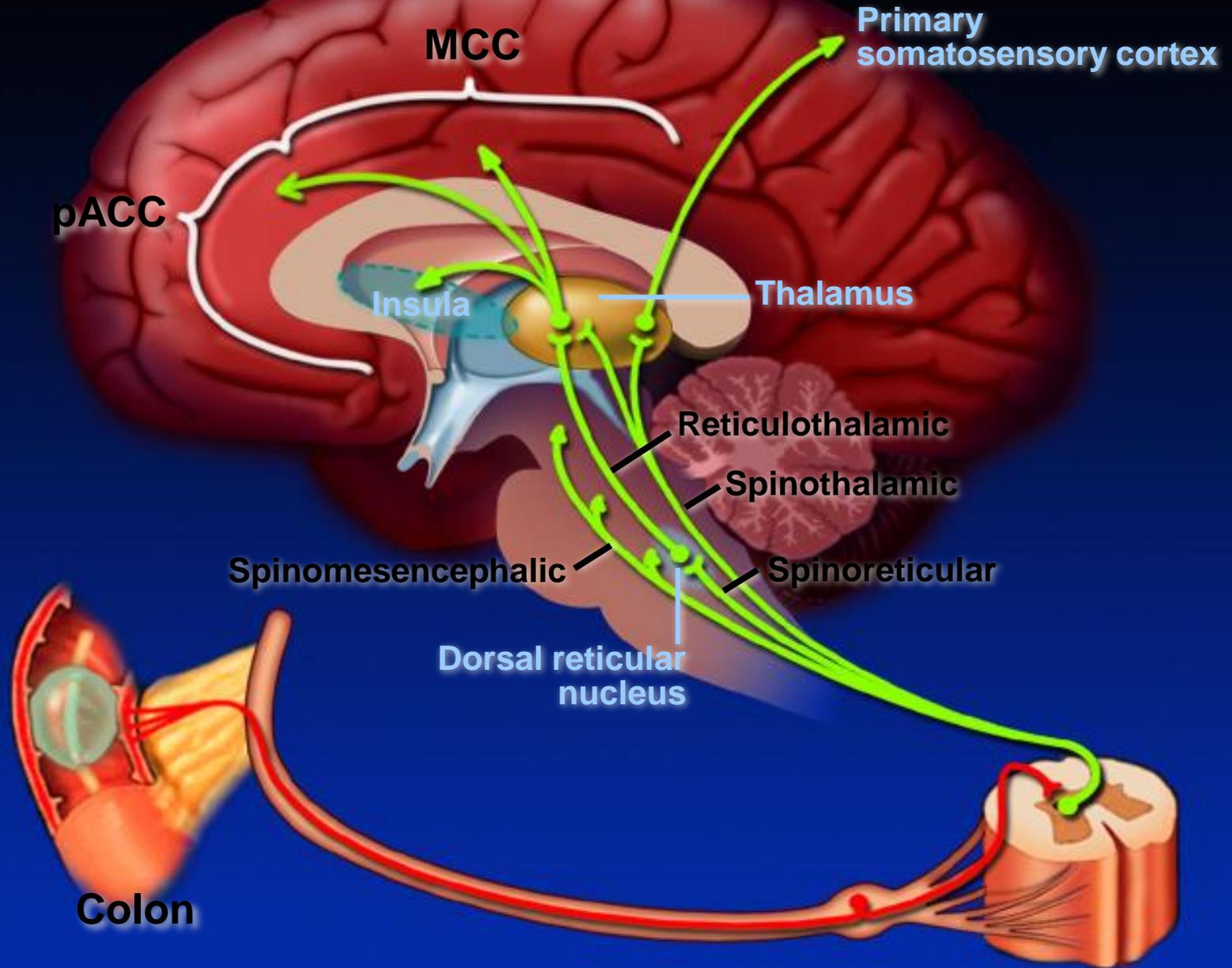


Le cortex cingulaire (en jaune) et sa partie antérieure (en orange) sur une coupe sagittale du cerveau

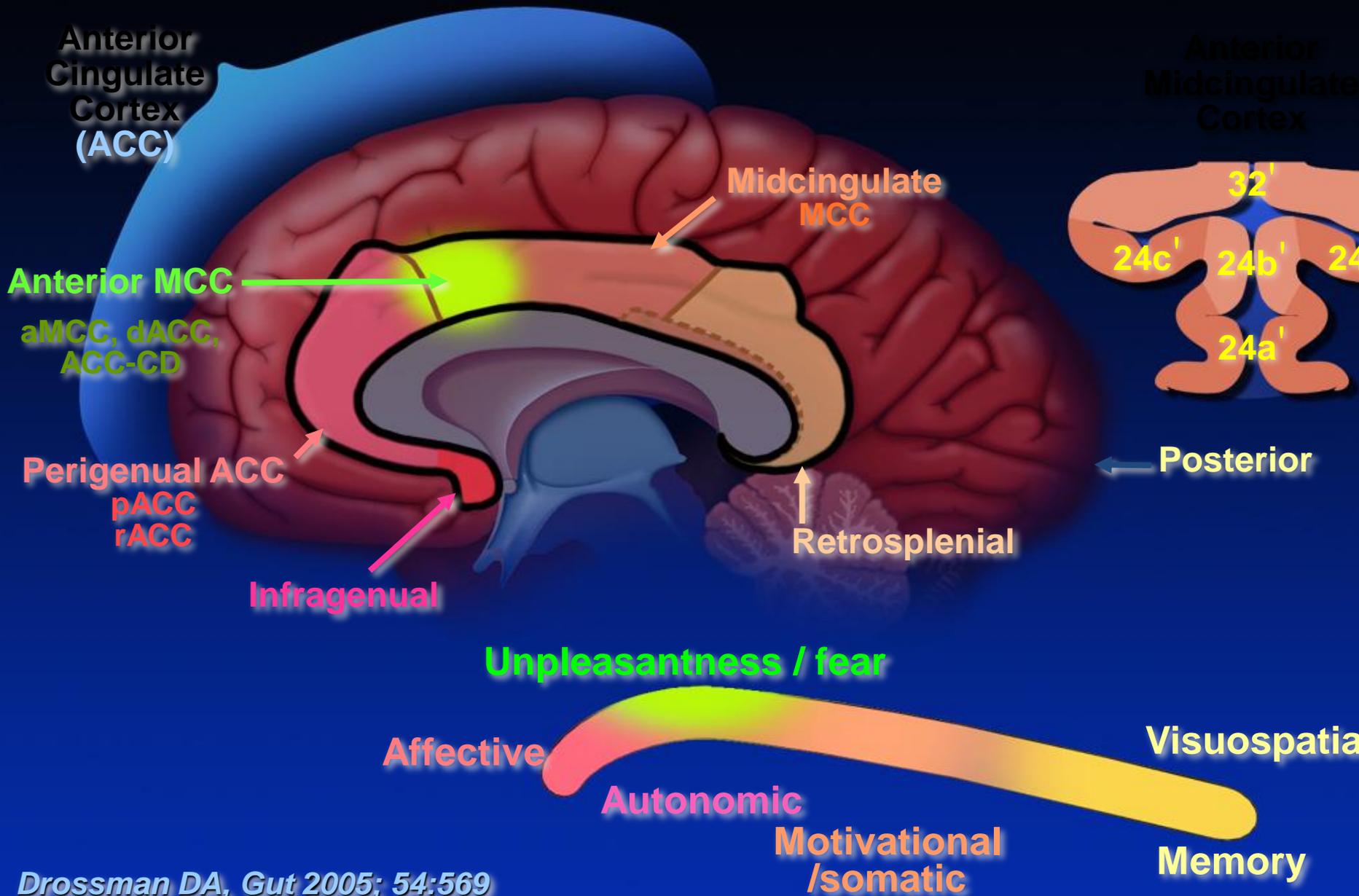
LES RÉGIONS CÉRÉBRALES QUI SE TAISENT OU S'EMBALLENT DURANT LA DÉPRESSION

- [La partie antérieure du cortex cingulaire](#), contrairement au reste de cette structure, devient quant à elle plus active durant une dépression. Bien que les fonctions du cortex (ou gyrus) cingulaire antérieur semblent très complexes, il semble qu'il agisse un peu comme une interface entre les régions inférieures plus instinctives du cerveau et les conduites plus rationnelles du néocortex. Son activation chez le sujet normal contribuerait ainsi à focaliser notre attention sur certaines choses. Des choses en provenance souvent de notre propre corps, comme la douleur par exemple ou les sentiments négatifs dans le cas de la dépression.

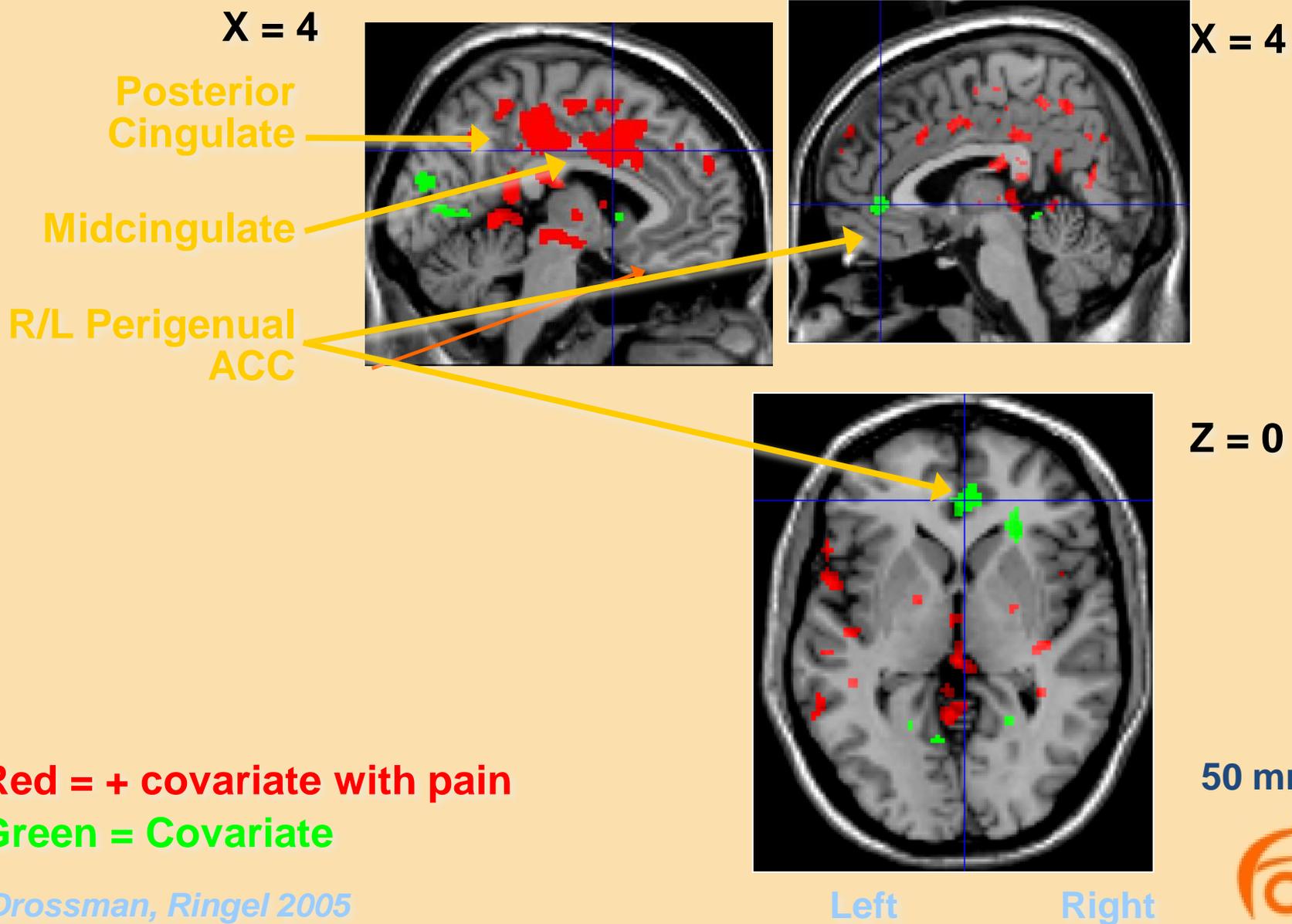
IBS - Ascending Visceral Pain Pathway



IBS - Cingulate Cortex - Functional Associations



CORRELATION OF PAIN REPORT WITH CINGULATE ACTIVATION



“ Hypersensitisation ”

Sensitisation organe

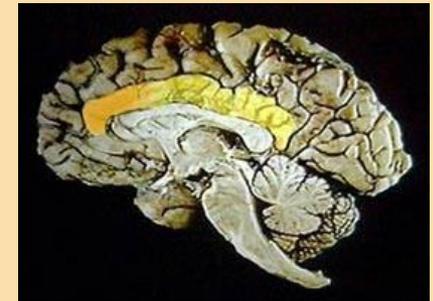
inflammation
distension

Modulation SNC

- cortex cingulaire
- Tronc cerebral

Hypersensitisation

Hyperalgesie
Allodynie



Hyperexcitabilité medullaire

- NO activation
- C-FOS activation

Sensitisation

Infection

- Neuroplasticity

