

quelques exemples d'application de la relaxation et suggestion dans notre expérience hospitalière en cardiologie

G. OSTERMANN

Si, par le passé, WALLON a démontré que toute émotion s'apparentait à un certain comportement tonique interpellant ainsi directement le schéma corporel, la maladie cardio-vasculaire peut être considérée comme la rencontre entre différents paramètres et un élément déclenchant; il est donc possible de parler de terrain dont le clinicien doit tenir compte. Le stress est, à ce titre, l'un des grands accusés et l'on sait qu'une partie notable des mécanismes du stress tient à la sécrétion d'hormones, dont certaines sont sécrétées par l'hypophyse et d'autre par les glandes surrénales.

Nous nous sommes, dans un premier axe de recherche, appuyés sur ces notions et avons tenté d'évaluer les modifications hormonales observées au cours d'un stress effectif, tel qu'un effort physique calibré, et les variations notées au cours d'un effort simplement suggéré.

La démarche thérapeutique s'appuie sur l'impact psychologique particulier que l'on peut observer dans les maladies du cœur. Comme l'écrivaient si bien d'ailleurs DELHAY et DENIKER: « Au-delà du sens que peut représenter le cœur en tant que symbole de la vie affective, ce profil a une signification plus redoutable dans le cadre de notre vie moderne où les maladies cardiaques font l'objet d'une large publicité par les moyens de grande information en tant que cause majeure de mortalité et spécialement comme étiologie de mort subite. La signification symbolique du cœur représente à la fois les besoins affectifs et la crainte vitale pour soi, c'est-à-dire qu'elle a un contenu narcissique considérable. »

Gérard OSTERMANN. – Chef de clinique. Clinique médicale. C.H.U. Robert-Debré, rue Alexis-Carrel, 51092 Reims Cedex.

activité de recherche

application de la relaxation et suggestion dans notre expérience...

En nous basant sur les travaux de l'université d'Helsinki, nous avons repris l'étude des variations hormonales induites par la suggestion d'efforts physiques en état d'hypnose. Ces travaux ont été publiés au congrès mondial d'endocrinologie à Munich en 1979¹. Cette recherche concernait un sujet volontaire de 29 ans.

Après avoir installé un petit cathéter veineux dans une veine de l'avant-bras, nous avons laissé au patient 15 minutes de repos, avant de commencer ce qu'il est convenu d'appeler une induction hypnotique.

Au temps 0, nous avons pratiqué un premier recueil de sang afin de permettre différents dosages tels que: glycémie, cortisol, prolactine F.S.H., L.H., S.T.H., activité rénine plasmatique.

Immédiatement après le premier prélèvement pratiqué, un approfondissement de l'état d'hypnose a été réalisé, correspondant au degré 21 à 30 de l'échelle de DAVIES et HUSBAND.

Des prélèvements de sang ont été répétés tout au long de l'expérience, toutes les 15 minutes. Le patient restera en état de relaxation profonde pendant 75 minutes, avant que l'on suggère au patient qu'il est en train d'effectuer un effort physique (« montée d'une côte en bicyclette »).

A la 60^e minute, les différents résultats biologiques objectivent une tendance significative à un taux plus bas et plus stable de production des hormones de stress (fig. 1 et 2).

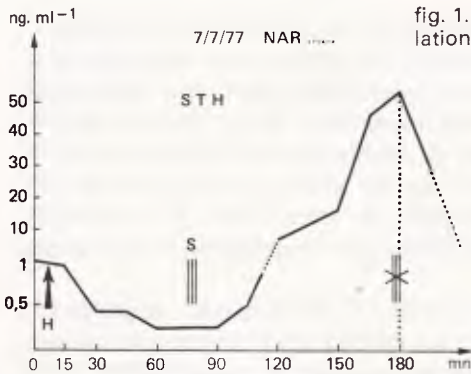


fig. 1. Variations de la S.T.H. (hormone de croissance) sous l'effet de la stimulation suggestive.

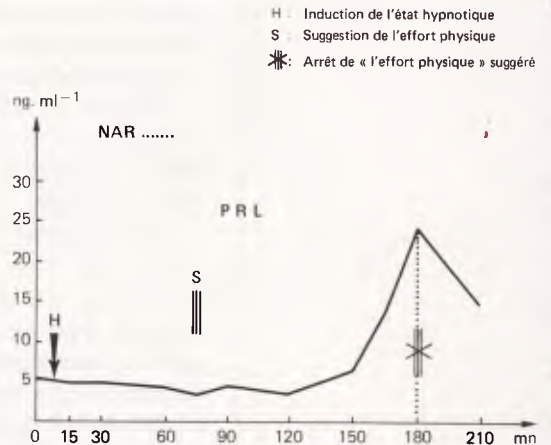


fig. 2. Variations de la prolactine sous l'effet de la suggestion.

A la 75^e minute, on suggère au patient qu'il est en train de faire une randonnée à bicyclette et de la 75^e à la 180^e minute, il est suggéré un effort de plus en plus intense.

Les modifications les plus significatives concernant les variations de S.T.H. et de prolactine semblent suivre de façon très nette l'intensité de l'effort uniquement suggéré. Les variations tout à fait considérables des

hormones de stress notées au cours de cette étude, appellent quelques commentaires.

On sait qu'il existe une certaine identité du profil hormonal lors de l'effort physique avec celui du stress émotif. Or il est intéressant de constater à travers ces études que les modifications des hormones plasmatiques, en particulier les hormones de stress (S.T.H., prolactine, cortisol) augmentent par le seul fait de la suggestion de l'effort physique.

Ceci vient tout à fait confirmer l'hypothèse selon laquelle le verbe est « principe idéo-moteur » et que l'image où la situation suggérée lors de l'état hypnotique entraîne bien des modifications objectives rejoignant bien l'idéo-plastie de BERNHEIM.

quelques applications cliniques

L'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle (c'est-à-dire sans étiologie chirurgicalement curable) représente au moins 95 % des cas d'hypertension artérielle présents dans la population.

Ces facteurs de risque vasculaire touchent 25 à 30 % de la population active.

Maladie de l'inné et de l'acquis, l'hypertension artérielle ampute l'espérance de vie : elle est devenue un véritable fléau social.

Nul ne conteste aujourd'hui l'existence de modifications tensionnelles sous l'influence de facteurs neurotoniques. Il est vraisemblable que certains types de personnalité soient plus enclins à développer une hypertension.

Le Dr CONSOLI² a réalisé une approche psychosomatique très intéressante des sujets hypertendus.

Schématiquement, il distingue l'hypertension du sujet jeune qui fait généralement partie d'un dérèglement neuro-végétatif plus général et sous-tendu par une anxiété importante. En revanche, l'homme hypertendu d'âge mur, est souvent moins anxieux qu'un individu normotendu de même âge. S'il exprime moins d'émotion, il paraît être en meilleure santé, il n'est pas rare de retrouver derrière cet équilibre apparent, une situation conflictuelle dont le sujet lui-même peut ne pas avoir conscience.

A l'origine de l'hypertension, nous rencontrons souvent un conflit qui concerne la place du sujet dans le système social. Tout ce qui remet en question un certain statut, la reconnaissance que le sujet reçoit de son environnement, tout ce qui est vécu comme une frustration injuste ou une contrainte arbitraire, peut avoir un rôle déstabilisant.

Ces profils psychosomatiques restent toutefois largement controversés et comme le souligne KOUERNIK, on ne peut établir de corrélation qu'entre deux séries de facteurs qui doivent avoir une certaine homogénéité pour pouvoir être quantifiables.

Ce domaine de l'hypertension était l'une des cibles privilégiées de SCHULTZ.

D'autres méthodes basées sur les modifications du comportement : *biofeedback*, méditation transcendentale³, ont permis d'obtenir à court terme des réductions tensionnelles dans des petits groupes d'hypertendus.

Nous avons tenté d'évaluer l'intérêt de la relaxation par training autogène dans l'hypertension artérielle limite du sujet jeune. Cette découverte est un fait quotidien, comme le soulignent PLOUIN et MÉNARD⁴, les deux écueils à éviter sont les suivants: « négliger l'information numérique des chiffres constatés ou au contraire, rendre officielle l'anomalie tensionnelle par l'énoncé d'un diagnostic prématuré. La vigilance est de mise, mais non la précipitation ».

Le réalisme médical peut alors proposer légitimement des prescriptions hygiéno-diététiques et une thérapie par relaxation quand il n'est pas clairement démontré que la prescription médicamenteuse soit impérative.

Nous avons suivi sur une période d'un an 15 sujets jeunes (âge moyen: 28 ans; 13 hommes et 2 femmes). L'hypertension limite était définie sur des critères précis. Aucun de ces patients ne recevait par ailleurs de traitement médicamenteux de nature antihypertensive ou de médication sédatrice⁵.

L'apprentissage au training autogène s'est déroulé à raison d'une séance par semaine, sur une période allant de six mois à un an. Quatre patients ont abandonné et sur les 11 patients restants, 10 ne présentaient plus aucune symptomatologie fonctionnelle (précordialgies atypiques, palpitations...). Nous avons noté une diminution significative de la fréquence cardiaque de 9 battements/minute et une diminution de la pression artérielle diastolique de l'ordre de 5 mm Hg. Nous n'avons pas observé de diminution significative de la pression artérielle systolique comme dans d'autres études.

Comme dans l'expérience de BENSON⁶, l'arrêt de la relaxation était suivi d'une remontée des chiffres tensionnels à leur niveau initial.

Nous pensons qu'il n'est pas actuellement éthique de substituer ce type de thérapie aux médicaments dont l'efficacité est clairement démontrée. La relaxation constitue, à notre avis, un adjuvant thérapeutique précieux, permettant au patient d'apprendre à vivre les émotions de manière plus harmonieuse et il s'agit d'autre part d'une voie de recherche tout à fait intéressante dont on ignore encore la portée des résultats, quant à l'aptitude à provoquer une réduction de la morbidité ou de la mortalité.

Notre expérience en matière de post-infarctus.

On sait actuellement que la réadaptation est possible dans près de 80 % des cas d'infarctus du myocarde.

Ainsi que l'ont rappelé JOUVE et DONGIER⁷, la personnalité du patient joue tout au long de la maladie coronarienne un rôle majeur. Il semble en effet se dégager un profil psychologique prédisposant dans lequel dominent les traits obsessionnels.

De nombreux auteurs ont souligné que la réadaptation du coronarien ne doit pas être uniquement physique et doit se doubler d'une action psychologique.

En effet, si un certain profil psychologique peut être mis en cause dans la genèse de l'infarctus du myocarde, comme le souligne ISRAEL⁸, la maladie « lèche le corps et mord la personnalité ». On conçoit clairement qu'au-delà de la bonne parole « la relaxation puisse aider le patient à retrouver un vouloir vivre ».

Dans cette indication, il nous est apparu que la relaxation en groupe permet d'aller plus vite que la cure individuelle, dans la mesure où le patient se trouve habituellement rassuré par la rencontre d'autres personnes ayant vécu le même accident.

Sans vouloir psychologiser à outrance, il apparaît clairement qu'au niveau familial, la maladie coronarienne apporte également un bouleversement considérable. L'entourage cherche le plus souvent à lever l'angoisse par une hyperprotection et par des interdits, ce qui finalement aggrave le handicap. Quant au monde du travail, c'est un univers de compétition et tous ceux qui sont différents du groupe en sont exclus.

Aussi, il nous semble important de souligner qu'en dehors des thérapeutiques visant à stabiliser la maladie et à en empêcher l'aggravation, des méthodes qui offrent au patient une vie aussi confortable que possible, méritent une attention toute particulière.

Considérer que le délai de retour au travail est le seul garant du succès de la réhabilitation cardiaque, est une simplification excessive. En effet, un entraînement purement physique a souvent tendance chez ce type de patient à en faire des « névrosés obsessionnels des performances ergométriques ».

La relaxation apparaît alors comme moyen de faire prendre conscience du comportement et d'aider à briser le cercle vicieux : angoisse, tension, douleur, angoisse.

Des méthodes telles que la relaxation psychomotrice ou self training de O. EYLAT⁹ nous apparaissent réellement dignes d'intérêt.

Dans une série de 100 patients sur un suivi de deux ans, nous avons proposé à tous les patients une réadaptation physique graduée sur cycloergomètre, plus kinésithérapie ; un patient sur deux a bénéficié en plus de séances de relaxation type training autogène (SCHULTZ) par groupes de 7 ou 8 patients, à raison d'une séance par semaine sur une période de 6 à 8 mois¹⁰.

D'une façon globale, nous avons retrouvé un retour au travail survenant dans 80 % des cas après une période moyenne de 5 mois avec un délai plus bref pour les cols blancs que pour les cols bleus.

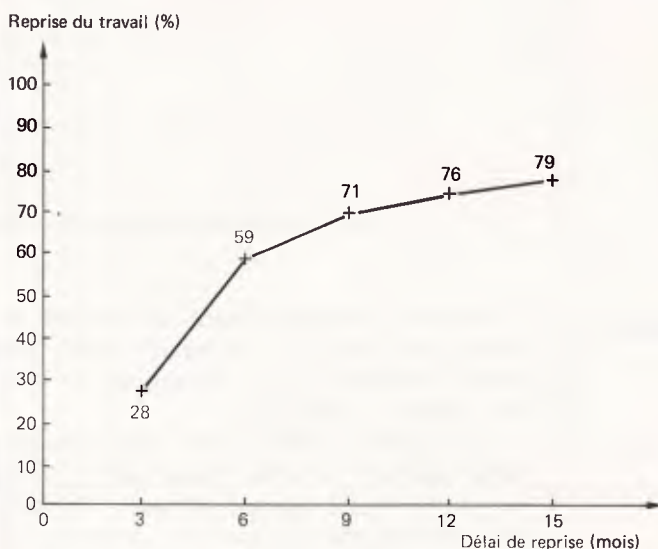


fig. 3. Résultats globaux.

Cette reprise du travail apparaissait réduite (4 mois) dans le groupe avec relaxation (fig. 3 et 4). Il est clair que le but poursuivi par la relaxation n'est pas de redonner au patient un cœur neuf, ni de le remettre systématiquement dans la situation socio-professionnelle qui a d'ailleurs certainement joué un rôle dans la genèse de l'accident.

C'est plutôt comme le souligne O. EYLAT de permettre au patient à partir d'une situation pourtant moins favorable, de recréer une nouvelle position, de composer un nouveau rôle. Le patient aura ainsi la possibilité de s'épanouir dans un autre domaine, de retrouver si cela est nécessaire, des intérêts nouveaux autour de lui, ainsi il ne se sentira pas diminué, mais s'adaptera à un nouveau style de vie.

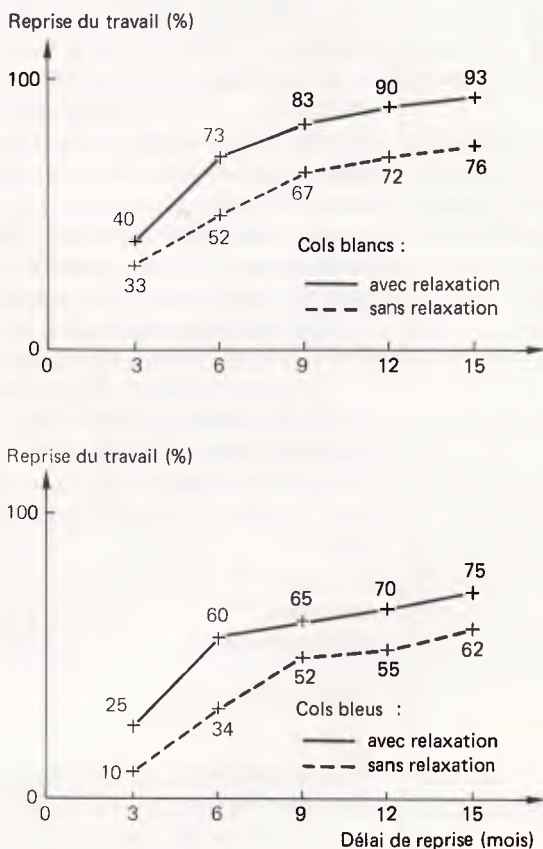


fig. 4. Groupe avec relaxation. Groupe sans relaxation.

conclusion

Formule inadaptée pour un univers en incessante gestation, où l'usage du mot « fin » n'aurait comme résultante que de forclorer la qualité essentielle de la relaxation: un « ici » et « maintenant », temps infini dans un espace fini.

La question d'une dimension médicale est certainement là, la réponse partout, la vérité nulle part. Qu'il nous soit permis alors de paraphraser cette sagesse persane: « le meilleur qu'on puisse ramener d'un tel voyage c'est soi-même, sain et sauf... »

bibliographie

1. OSTERMANN G., CARON J. : Hormonal fluctuations and hypnosis. *Acta Endocr.*, **91**, 225-248, 1979.
2. CONSOLI J. : L'approche psychosomatique de l'hypertendu. *Le Généraliste*, **509**, 30, 1982.
3. SHAPIRO A. P. : Behavioral methods in the treatment of hypertension. A review of their clinical status. *Ann. Int. Med.*, **86**: 626, 1977.
4. PLOUIN P. F., MENARD J. : L'hypertension limite. Définition et attitude pratique. *RP*, **27**: 12, 1977.
5. OSTERMANN G., JANODY D., BAJOLET A., LEUTENEGGER M. : *Relaxation therapy and labile hypertension*. Présentation au cong. mond. de méd. int., Prague, août 1982.
6. BENSON H. : Systemic hypertension and the relaxation response. *N. Engl. J. Med.*, **296**, **20**: 1152-1155, 1977.
7. JOUVE A., DONGIER M. : L'approche psychosomatique en cardiologie. *Rev. méd. psychosom.*, **4**: 299-308, 1962.
8. ISRAEL L. : *Le médecin face au malade*. Bruxelles, Éd. Dessart, 1968.
9. EYLAT O. : *La relaxation psychomotrice du cardiaque*. Paris, Éd. Masson, 1980.
10. OSTERMANN G., CHAILLEY O., BLAISE C., CARETTE B., ELAERTS J., HARDEL B., BAJOLET A. : *Professional reinsertion after myocardial infarction*. Communication au cong. mond. de réhabilitation cardiaque, Jérusalem, décembre 1982.