

L'apport de la Relaxation Statico-Dynamique dans des situations d'urgence (attaques de panique...)

Régine PICAMOLES, psychologue clinicienne, psychothérapeute

Intervention dans le cadre du XI^{ème} congrès de la SFRP, Limoges, Mars 08

Publié dans : RANTY Y Coord., La relaxation une psychothérapie d'avenir. Dépasser les dualismes thérapeutiques, Actes du XI^{ème} congrès de la SFRP, Limoges, Mars 08, L'Harmattan, 65-71

(extraits)

MOTS CLES : Relaxation statico-dynamique - Situations d'urgence – Attaques de panique

Introduction

Je me propose d'illustrer à partir de vignettes cliniques de situations « urgentes » pour les patients l'effet thérapeutique rapide d'une intervention psychothérapique qui introduit au plus tôt dans la prise en charge une détente corporelle et mentale.

Parcours professionnel et pratique clinique

[Dans] mon exercice actuel ... j'ai peu affaire à des sujet prêts à s'investir dans une démarche de psychothérapie soutenue, même en libéral.

Dans ce cadre, effet du hasard ou signe des temps, j'ai de plus en plus d'anxieux, en particulier des sujets présentant des attaques de panique et des demandes pressantes de soulager des souffrances symptomatiques. Je sais d'expérience que la plupart viendront sur une période courte, de 2 à 6 mois, et qu'ils se contenteront des changements obtenus sans vouloir aller plus loin.

Je suis attentive à la demande que les patients affichent. J'éclaircis avec eux leurs attentes. Sauf évolution de leur demande j'axe prioritairement le travail dessus. En effet lorsque le dispositif thérapeutique est trop ambitieux cela donne peu de résultats ; l'adhésion n'est pas bonne, à juste titre, car c'est le thérapeute qui fait passer en 1^{er} ses objectifs et sa vision du travail thérapeutique. Ma stratégie thérapeutique est de répondre dans un 1^{er} temps à leur demande au niveau où elle se formule, pour amener un mieux-être. Pour le dire autrement, mon objectif est simple : accompagner ces personnes à leur rythme et en respectant leurs souhaits à se sentir mieux dans leur peau, dans leur vie, dans leurs relations aux autres....

Pour terminer cette présentation de mon travail, ma pratique fait appel à plusieurs référentiels : clinique psychodynamique, analyse systémique, thérapies brèves orientées vers les solutions, relaxation statico-dynamique, hypnose éricksonienne. Ces approches se complètent à mon avis de manière assez harmonieuse et me font proposer aux patients l'aide qui me paraît la plus adaptée

au moment présent.

Apports de la relaxation dans des prises en charge brèves. Vignettes cliniques

Il m'arrive de proposer très rapidement, parfois dès la 1^{ère} séance, le plus souvent à la 2^{ème} rencontre, une expérimentation de détente physique, statique ou dynamique, ou mentale, ou les deux, selon ce que je perçois des problèmes et des ressources du patient.

Par exemple, au cours du 1^{er} entretien en libéral avec une femme de 50 ans présentant depuis l'arrêt du traitement pour son cancer du sein des attaques de panique liées à sa crainte de la récurrence, cette femme a débuté une crise anxieuse 10 mn avant la fin prévue de la consultation. Mon objectif a été alors très simple : la calmer au plus vite, pour elle... mais aussi pour moi, ayant des rendez-vous après elle ! J'ai proposé une relaxation allongée, basée sur des respirations thoraciques supérieures et abdominales, associées à des étirements et à des exercices simples de chutes ou de contraction-détente des 4 membres. Je n'ai pu rencontrer cette femme que 2 fois, pour des raisons financières, l'orientant alors vers l'association La Ligue contre le Cancer, dans laquelle un travail thérapeutique corporel de groupe gratuit allait se mettre en place. Néanmoins le court travail de Relaxation Statique-Dynamique a permis à cette femme de s'apaiser en environ ¼ h, avec une sédation des tremblements. Elle a de plus expérimenté qu'elle pouvait gérer ses crises assez simplement. Elle a pu contrôler entre les 2 séances quelques montées d'angoisse. Je pose l'hypothèse que cette séance unique a pu laisser des traces chez cette femme qui élaborait peu, et la conduire à cheminer si elle s'engage dans une prise en charge psychocorporelle.

Autre situation, une femme de 45 ans qui présente lors de périodes de surcharge émotionnelle des attaques de panique. Par exemple lorsqu'elle doit traverser une rue elle est à la limite du malaise, elle s'appuie sur les murs et elle fait parfois demi-tour ; ou bien encore lorsqu'elle s'angoisse au travail elle a des réactions neurovégétatives (sueurs, tremblements...) qui lui font craindre un malaise. Elle anticipe alors avec angoisse la crise, en résonance avec sa 1^{ère} crise de spasmophilie qui l'a conduite aux urgences, ressentant qu'elle allait mourir... et l'attaque de panique s'installe selon un mécanisme bien connu. Elle a aussi parfois le ventre « qui se tord ». Elle a rencontré pendant quelques temps une psychanalyste avec qui elle a travaillé sur son enfance, me raconte-t-elle, mais cela ne l'a pas aidée pour ses crises d'angoisse. Un psychiatre lui donne un traitement sérotoninergique et anxiolytique pour ses attaques de panique mais cela ne lui semble pas efficace. A l'exception du problème qu'elle avance elle dit se sentir plutôt bien dans sa vie. Elle demande une aide pour mieux gérer ses crises. Nous allons nous rencontrer à 4 reprises.

Dans un 1^{er} temps je lui donne des explications succinctes pour mieux l'aider à comprendre les mécanismes physiologiques de ses crises (ce qui n'avait jamais été fait). Puis je la fais réfléchir à ses angoisses d'anticipation de la crise au travail ou dans la rue : je la fais parler de ce qu'elle redoute le plus. Cette femme arrive à en relativiser les conséquences, se rendant compte que le seul risque est d'être conduite aux urgences si elle s'évanouit ou si elle ne se calme pas...

Au rendez-vous suivant elle raconte qu'elle maîtrise mieux la montée anxieuse en se disant qu'elle n'ira pas forcément aux urgences car elle n'a au fond que des bouffées de chaleur dont elle sait bien qu'elles disparaissent toutes seules ; cela l'aide à se calmer. Je lui propose une séance de relaxation assez longue, d'abord assise puis debout, pour mieux gérer les symptômes somatiques de la montée anxieuse. Je la fais respirer calmement par le ventre, les yeux ouverts, lui proposant de se centrer sur l'alternance de la contraction des abdominaux et de leur détente. Je lui demande ensuite de contracter plusieurs fois l'ensemble de son corps, puis ses bras et enfin

ses jambes, comme elle peut (cette femme n'ayant pas du tout l'expérience du travail sur la détente musculaire). Elle arrive à ressentir ces sensations. En position debout je lui fais expérimenter la sensation corporelle d'enracinement au sol, en lui proposant de fixer un endroit devant elle puis de regarder autour d'elle en étant attentive aux détails qu'elle remarque. Je lui suggère d'utiliser ses 5 sens afin de centrer son attention sur l'extérieur. Je l'invite parallèlement à respirer calmement. Conjointement et de manière métaphorique j'évoque l'arbre qui peut frémir à la brise naissante, ou osciller si le vent devient plus fort, mais qui reste debout grâce à la souplesse de ses membres, les branches, et grâce à ses racines. Je la fais discrètement s'étirer et contracter différentes parties du corps puis les détendre au rythme de la respiration. J'associe ainsi une relaxation issue de la RSD à une approche éricksonienne d'allers-retours entre l'extérieur et l'intérieur s'appuyant sur la sensorialité, les sensations corporelles et un travail métaphorique.

Au rendez-vous suivant elle raconte avoir réussi à vaincre son appréhension à traverser les rues. Elle a débuté quelques attaques de panique mais elle les a vite stoppées « en refaisant les exercices ». Je lui propose une séance de relaxation couchée avec comme objectifs de renforcer ce qui a déjà été fait et de l'aider à détendre son ventre. Je commence par une mise au calme et quelques exercices de contraction-détente portant sur des segments des 4 membres. Puis je lui fais expérimenter les 2 types de respiration abdominale, libre et retenue. Je lui apprend ensuite à se masser le côlon puis la partie centrale du ventre.

Au 4^{ème} rendez-vous elle dit qu'elle se sent beaucoup mieux, qu'elle a eu peu de moments anxieux, et qu'elle a réussi à se détendre assez vite. Je reviens avec elle pendant cet entretien à un aspect déjà évoqué au départ, celui de ses ressources personnelles face à l'angoisse somatisée. Je constate qu'à sa solution habituelle de téléphoner à son mari afin qu'il la rassure, elle a ajouté une conduite plus intériorisée : elle m'imagine lui parler et l'inviter à se détendre. L'introjection de la voix du thérapeute est une ressource souvent utilisée par les patients. Milton ERICKSON suggérait d'ailleurs souvent en fin de séance : « et ma voix t'accompagnera, où que tu ailles ». Ma patiente conclut la séance en disant qu'elle pense pouvoir faire face seule à ses angoisses ; ce que nous avons fait ensemble lui suffit, elle reviendra me voir en cas de problème. Elle me téléphonera environ 6 mois après, me signalant qu'elle va bien pour le moment.

En relisant mes notes j'ai pensé à une définition donnée du déroulement des thérapies brèves : « juste ce qui est nécessaire pour aller mieux ». Je crois que cette femme a d'abord changé son rapport à son symptôme grâce à un recadrage personnel spontané en le comparant à des bouffées de chaleur éphémères. Elle a ensuite expérimenté dans son corps qu'elle pouvait contrôler l'attaque de panique. Elle a ainsi acquis plus de sécurité et repris confiance dans ses capacités à gérer seule son anxiété, elle qui se sent en général dépendante des autres. Les acquis lui suffisent pour le moment. Je pense même qu'elle a évolué dans son rapport à elle-même.

Je comparerai pour terminer ces 2 « thérapies brèves » avec une psychothérapie débutée il y a 10 mois dans une situation qui ne relève pas d'un sentiment d'urgence. Il s'agit d'un homme de 53 ans, très investi auparavant dans le sport. Il m'a été adressé par son généraliste pour des troubles anxio-dépressifs parallèlement à des douleurs chroniques, suite à un accident de travail datant d'il y a 5 ans l'ayant conduit à une situation d'invalidité professionnelle. La personnalité de structure obsessionnelle de cet homme l'aide (alors même que nous avons espacé les séances) à poursuivre consciencieusement sa psychothérapie car il craint une rechute. Parallèlement à une psychothérapie verbale qui l'a aidé à réduire les aspects dépressifs et anxieux liés à sa situation de retrait relationnel, entre autres, et à se sentir mieux qu'avant l'accident car moins anxieux de manière générale, je lui ai proposé la relaxation sur un mode assez classique. Par ailleurs ce

patient a débuté le yoga suite à ma suggestion de reprendre une activité physique « douce ». L'ensemble du travail psychocorporel l'a aidé à mieux gérer son anxiété somatisée et ses douleurs chroniques ; il s'est stabilisé à un niveau d'anxiété et de tension physique et corporelle acceptable pour lui. Pour moi l'essentiel du changement s'est effectué en 3 mois ; d'ailleurs depuis l'été dernier il a considérablement réduit son traitement psychotrope, l'humeur est bien meilleure qu'avant son accident et il aborde les tracasseries de la vie avec une sérénité qu'il n'avait jamais connue dans toute sa vie. La seule différence avec les prises en charges précédentes se situe dans l'approfondissement de la détente mentale et corporelle grâce à un travail dans la durée qui consolide les effets thérapeutiques et assouplit peu à peu certaines rigidités de la personnalité.

La relaxation comme expérimentation décisive d'un autre rapport à soi et au monde chez les anxieux ?

Parallèlement à l'acquisition de nouvelles méthodes issues de mes formations les plus récentes (thérapies brèves et approche éricksonienne), l'évolution de ma pratique clinique auprès du type de patients évoqués et plus généralement des anxieux et des « ruminants », se fait vers un raccourcissement des prises en charge, sans effets négatifs sur l'effet thérapeutique - les retours des patients qui reviennent me voir des mois voire des années après, à situations comparables, seraient même davantage positifs. Ce travail peut prendre du temps, le temps qu'il faut, il ne porte pas toujours ses fruits, mais il peut aussi être relativement court. Sans être très ambitieuse sur le plan psychothérapique lorsque le patient demande seulement à être soulagé de ses symptômes, ce d'autant que je pressens que son engagement ne sera pas très long, je pose l'hypothèse qu'un travail limité dans le temps peut avoir des effets thérapeutiques réels.

Qu'est ce qui pourrait être pertinent dans mon approche ? Il me semble que je définis d'emblée un contexte thérapeutique multiaxial permettant l'apaisement de l'anxiété : d'abord s'installer avant tout au mieux ici et maintenant dans son corps, dans sa tête et dans sa sensorialité. L'ancrage dans le corporel, la place faite à la détente musculaire, à la respiration et à la sensorialité, est un des piliers de ce cadre thérapeutique. Faire ressentir par exemple en séance qu'un travail de contraction-détente peut détendre les muscles et qu'une respiration calme peut apaiser les tensions internes, physiques ou psychiques, a souvent des effets thérapeutiques immédiats sur l'anxiété. Lorsque FREUD a allongé ses patients, c'était certes pour des raisons transférentielles, mais aussi parce qu'il postulait que la détente induite pouvait faciliter le travail associatif de psychothérapie...

La relaxation statico-dynamique est un outil de choix dans ma pratique. J'ajoute fréquemment en parallèle un travail sur la détente psychique et le lâcher prise dans une orientation éricksonienne. Je renforce cette approche par un travail verbal sur les représentations du monde du patient afin d'induire ou de renforcer des changements pour réduire les aspects psychiques de l'anxiété. La détente expérimentée entraîne souvent des changements significatifs chez l'anxieux dès lors qu'elle s'associe avec une mise en situation imaginaire de représentations anxiogènes dans un cadre susceptible d'induire l'apaisement.

Citons François ROUSTANG ¹ : « qu'est-il opéré dans une cure si ce n'est dégager, décrasser, désengorger, réanimer le système sensorimoteur, celui de la sensibilité et du mouvement, ce par quoi ARISTOTE déjà caractérisait le vivant ? » - et plus loin - « d'une plainte qui risque fort de n'être qu'un ressassement, la perspective s'est ouverte sur une action à entreprendre pour transformer dans la réalité ce qui peut l'être » ...

¹ François ROUSTANG - La fin de la plainte., ed. Odile JACOB Poches, 2000, pp 63-64

Ainsi, même courte, une thérapie dans laquelle la relaxation occupe une place de choix peut de mon expérience entraîner un changement durable de la manière d'être au monde d'une personne, avec en particulier une sédation conséquente de l'angoisse.