

Université Pierre et Marie Curie

Fondements théoriques et techniques de la relaxation

Psychomotricité première année

2003 - 2004

Marc Guiose

Mise à jour : 7 novembre 2003

Sommaire

3	Sommaire
5	Avant-propos
7	Chapitre 1 : Méthodes de relaxation
7	1.1 Le training autogène de Schultz
9	1.2 La relaxation progressive de Jacobson
11	1.3 Prolongements des méthodes Schultz et Jacobson
12	1.4 Méthodes à visée psychothérapique
13	1.5 Relaxation dans un but comportementaliste
13	1.6 Relaxations adaptées aux enfants
14	1.7 Techniques corporelles empiriques ayant une action relaxante
15	1.8 La relaxation dynamique psychomotrice (R. Dupont)
17	Chapitre 2 : Indications, contre-indications
17	2.1 Indications / contre-indications générales
20	2.2 Indications en fonction d'une grille multi-axiale
21	Chapitre 3 : Quelques points de théorie
21	3.1 Le tonus
21	3.1.1 Mécanisme neurophysiologique du tonus
22	3.1.2 Le tonus émotionnel
22	3.1.3 « On a peur parce qu'on fuit »/« On fuit parce qu'on a peur »
23	3.1.4 Le dialogue tonique
24	3.2 Modification des niveaux de vigilance et des états de conscience
26	3.3 Respiration et relaxation
28	3.4 Schéma corporel et image du corps dans la relaxation
28	3.4.1 Petit récapitulatif sur le schéma corporel
29	3.4.2 Petit récapitulatif sur l'image du corps
30	3.4.3 La relaxation au regard des notions d'image du corps
33	Bibliographie

Avant-propos

Les étudiants découvriront à travers cet enseignement un certain nombre de méthodes de relaxation. Seront détaillées les deux méthodes de références, tant historiquement, théoriquement que techniquement. Celle-là même qui ont inspiré la plupart des méthodes ultérieures, à savoir le *Training Autogène de Schultz* et la *Relaxation Progressive de Jacobson*. Une vue synoptique des méthodes actuelles les plus connues sera présentée (*Relaxation psycho-tonique d'Ajuriaguerra*, *Relaxation à Inductions Variables de Sapir*, *Relaxation de Bergès*, *Sophrologie* ...). J'aurai le souci de replacer ces techniques dans leur filiation avec les méthodes de références. L'idée directrice qui a amenée les concepteurs à proposer ces méthodes sera mise en évidence, tant dans les fondements théoriques (références propres aux auteurs), que pratiques (technique adaptée à une population donnée) et, pourquoi pas, idéologique. Je ne saurai mieux que mes collègues, enseignants de chaque T.D., transmettre les modalités techniques des différentes approches *des relaxations psychomotrices*. Cependant, ces méthodes que les étudiants seront amenés à pratiquer au cours de leur cursus seront énoncées, dans les grandes lignes (*Relaxation activo-passive de Wintrebert*, *Relaxation Dynamique Psychomotrice de Dupont*, *Relaxation Psychosomatique de l'école de Sami Ali et S. Cady*). Enfin, certains effets psycho-physiologiques au sens large communs à une grande majorité des méthodes (tonus, respiration, niveau de vigilance, modification des états conscience, image du corps / schéma corporel ...) seront énoncés et développés selon le temps et l'intérêt des étudiants. Ces cours doivent être pris comme une entrée en matière dans le domaine de la relaxation, l'essentiel de l'enseignement se faisant en T.D. Il m'importe que les étudiants puissent avoir une idée globale mais structurée de *la* relaxation afin de pouvoir se situer dans cette constellation de méthodes.

Ce document doit vous permettre de suivre le cours aisément et nous fera gagner du temps lors de sa transcription. Il y a là les points essentiels qui seront étoffés.

Il est conseillé de l'avoir lu avant son exposé en amphi.

Enfin, faute de temps il ne m'a pas été possible de réorganiser la bibliographie, je vous la livre telle quelle. De même, la norme utilisée pour la bibliographie n'est pas forcément celle qui vous est demandée pour votre mémoire, vous serez donc attentif lors des cours de méthodologie.

Chapitre 1

Méthodes de relaxation

Nous reprendrons ici la définition de R. Durand de Bousingen (1992) : « 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 ».

1.1 Le training autogène de Schultz

Premièrement, les méthodes utilisant l'auto-concentration et l'auto-hypnose. La méthode de référence est le training autogène de Schultz J.H. Ces méthodes sont à point de départ central. Elles sont dites « centrifuges ». Ou encore cataloguées parmi les méthodes globales à point de départ psychothérapique (R. Durand de Bousingen, 1992). Ces méthodes sont issues de la tradition de l'hypnose médicale Française et allemande du XIX^{ème} siècle.

Décrivons la méthode.

Celle-ci comporte deux cycles, l'inférieur et le supérieur. Nous ne développerons pas ce cycle supérieur qui est en réalité une psychothérapie. Le cycle inférieur, lui, correspond à l'apprentissage de la relaxation proprement dit. Il est composé d'un certain nombre d'exercices, des « stades », qui permettent de parvenir à la détente et d'obtenir une « déconnexion générale de tout l'organisme » (Schultz, 1958, 1977).

- Accord du patient indispensable, ce qui exclu les jeunes enfants, les déficients mentaux, les psychotiques et les grands névrosés.
- L'environnement : une pièce tranquille de température moyenne, dans une demi-obscurité.
- Une attitude corporelle : Soit assis dans un fauteuil confortable, soit sur une chaise (position du cocher de fiacre). Ou encore, en position couchée.
- Durée de la relaxation : lors des premiers essais 20 à 30 sec. Après 4 à 6 semaines les séances durent de 5 mn. à 1/4 h. Après trois mois d'exercice, vers la fin du cycle, il y a la possibilité d'étendre la séance à 1/2 h.
- Au début de chaque séance :
 1. Fermer les yeux ;
 2. Induction au calme : « je suis tout à fait calme » (une seule fois en début de séance).
- Fin de chaque séance : la reprise

1. mouvements vigoureux de flexion de l'avant bras sur le bras ;
 2. respirer profondément ;
 3. ouvrir les yeux.
- Les stades du cycle inférieur : \pm 15 jours pour chacun des stades
 1. Expérience de **la pesanteur** :
« **mon bras (droit ou gauche) est (tout) lourd** ».
Le patient se concentre sur cette phrase cinq ou six fois. C'est la détente musculaire qui est recherchée. On guette également l'apparition de la « généralisation », c'est-à-dire le moment où de façon tout à fait spontanée, sans intervention volontaire, la pesanteur se fera également sentir dans d'autres membres. A ce moment là Schultz intègre dans sa formule les parties du corps qui se sont spontanément alourdies précédemment. Par exemple : « mes bras sont lourds » ou « mes bras et mes jambes sont lourds » ... etc. Pour terminer par « tout mon corps est lourd », le patient a alors franchi le premier stade du training.
 2. Expérience de **la chaleur** :
« **mon bras est chaud** ».
Modifications vasculaires dans le sens d'une vaso-dilatation. En fin de séance formule globalisée « mon corps est lourd, mon bras est chaud ». Au fil des séances, induction globalisée « je suis tout à fait calme, tout le corps est lourd et chaud ».
 3. **Contrôle du cœur** :
« **mon cœur bat calme et fort** ».
Descriptions plus riches : « une vague va et vient comme une mer qui sans cesse déferle sur la rive [...] Tout mon corps devient alternativement plus grand et plus petit [...] Quelque chose en moi se resserre, un peu comme si je fermais le poing [...] Je ressens une pression et une constriction, cela n'est pas désagréable ; cela s'élargit vers le milieu de la poitrine, je crois que c'est mon cœur qui se contracte ». Le relaxateur peut venir placer sa main sur la poitrine pour aider à la sensation. Par la suite le sujet utilise sa propre main.
 4. **Contrôle respiratoire** :
« **je respire calmement [...] je suis tout respiration** ».
Cette formule n'implique aucune modification active de la respiration, au contraire il est proposé au patient de s'abandonner à sa respiration, sans vouloir l'influencer d'aucune manière. Autres formules proposées par les patients eux-même : « Mon corps est tout à fait chaud, le cœur travaille très calmement, je me soulève et m'abaisse en respirant, comme une barque sur une mer tranquille [...] Je suis tout respiration ».
 5. **Chaleur au niveau de l'abdomen** :
« **Mon plexus solaire est tout chaud** » ou mieux « **... inondé de chaleur** ».
Le relaxateur vient poser sa main sur l'abdomen du patient en état de concentration dans une région située entre le nombril et l'appendice xyphoïde.
 6. **Fraîcheur du front** :
« **Mon front est bon [ou agréablement] frais** ».
Le patient doit se concentrer sur une fraîcheur légère et passagère « comme un bref tam-

ponnement d'eau de Cologne [...] Comme si un souffle frais caressait légèrement le front ». Il cherche une réaction vaso-constrictive (ou peut-être simplement à refroidir l'activité fantasmagorique).

1.2 La relaxation progressive de Jacobson

Encore appelée méthode analytique, modèle de référence de toutes les relaxations neuro musculaires à point de départ physiologique.

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 [...]** » (in Durand de Boussingon, 1992, pp28). Le but de la relaxation, simplement dit, est d' « obtenir un calme dans le domaine psychique ». C'est-à-dire, 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, le sujet 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. De répétition en répétition, il essaie d'approfondir les états de détente musculaire. Son idée est qu'en diminuant ces **tensions** dites « **résiduelles** », on atténue l'impact émotionnel. 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.

Nous décrirons la méthode rapidement, laissant le lecteur approfondir par d'autres lectures que nous conseillons dans la bibliographie.

La cure peut être schématiquement séparée en deux parties : la **relaxation générale** et la **relaxation différentielle**.

La relaxation générale

Le sujet commence par un repos de 5 à 10 minutes, allongé sur le dos. Dans la relaxation générale, on fait mettre en tension un membre, expl. « fléchissez l'avant bras sur le bras ». Tout en maintenant cette tension, on demande au sujet de ressentir les muscles contractés. Puis le sujet cesse l'effort et on lui demande de ressentir cette nouvelle sensation de relâchement musculaire. Le sujet répète cet exercice pendant 30 minutes. Ainsi, de séance en séance, on progresse à travers tout le corps, jusqu'à obtenir un **contrôle global, une relaxation générale**.

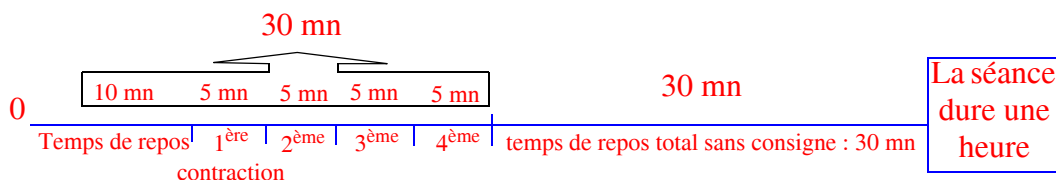
La relaxation différentielle

La seconde partie de la méthode, la relaxation différentielle, est définie comme « **le minimum de contraction musculaire nécessaire pour l'exécution d'un acte, en même temps que la relaxation des muscles dont l'activité n'est pas indispensable pour la réalisation de cet acte** ». Donc, cette relaxation différentielle est destinée à permettre au sujet de maîtriser parfaitement le bon niveau tonique, le niveau utile pour une réponse adaptée

aux variations du milieu. Ainsi après une relaxation générale en position couchée, le sujet poursuit en position assise. Puis, il peut lire ou écrire mais en cherchant à garder cette sensation de relaxation qu'il a obtenu en étant allongé. Enfin le patient cherche dans la vie de tous les jours à utiliser un minimum de contraction pour effectuer ses actes quotidiens.

Détaillons la relaxation générale

La séance dure une heure. Elle se déroule de la façon suivante :



Indications pour la contraction :

- « Fermer les yeux »
 - « **Contractez** [le biceps], **maintenez** [la contraction quelques secondes], **repérer** [la sensation dans la partie haute du bras], **relâcher**, **observer** [la disparition de la contraction] ».
 - 1) exercices impliquant les bras, 2) les jambes, 3) le tronc, 4) le visage avec les yeux et la bouche, 5) exercices en les imaginant.
 - Entre les séances de contraction-relâchement on intercale des séances de relaxation seule pendant une heure.
- a. Les membres sup. (à droite puis à gauche) :
- **Pliez la main droite en arrière, au niveau du poignet**, sans soulever l'avant-bras et le coude. La tension a lieu dans la partie haute de l'avant-bras.
 - **Pliez le poignet vers l'intérieur, en le tournant vers le corps**. La contraction apparaît dans la partie basse de l'avant-bras
 - **Levez l'avant-bras en le pliant au niveau du coude**. Former un angle de 30°. Contraction au niveau du biceps.
 - **Le bras étendu progressivement faite le devenir rigide**. Soit en serrant fort le point, soit en serrant le bras contre le corps.
 - **Les mêmes exercices avec des contractions de plus en plus faibles.**
- b. Les membres inférieurs :
- **Pliez le pied droit et ses orteils vers vous**. Tension sur le devant de la jambe et en dessous du genou.
 - **Etendez le pied ou les orteils vers le bas**. Tension dans le mollet.
 - **Soulevez la jambe à partir du genou**. Tension sur le devant de la cuisse.
 - **Poussez la jambe vers le sol**. Tension à l'arrière de la cuisse.
 - **Soulevez la cuisse**. Contraction dans l'abdomen au niveau de la hanche.
 - **Soulevez le genou par une pile de livre et appuyez la cuisse vers le bas**. Tension au niveau des fesses.

- c. Le tronc :
- **Rentrez le ventre.** Tension sur le dessus de l'abdomen.
 - **Cambrez le dos.** Tension de chaque côté de la colonne vertébrale.
 - **Inspirer profondément en remplissant votre poitrine d'air.** Tension au niveau de votre poitrine.
 - **Etendez le bras d'avant en arrière.** Tension au niveau de la poitrine. **Rétractez les épaules vers la colonne vertébrale.** Tension vers les omoplates. **Haussez les épaules.** Tension sur le dessus et les côtés du cou.
 - **Pliez le cou d'un côté puis de l'autre.** Tension de chaque côté du cou. **Pliez le cou d'avant en arrière (oui/non).** Tension au niveau de la nuque et à l'avant du cou.
- d. Le visage :
- **Plissez le front en haussant les sourcils.** Tension dans tout le front.
 - **Fronce les sourcils.**
 - **Serrez les paupières.**
 - **Les yeux fermés, diriger votre regard vers la gauche, puis vers la droite, en haut en bas.** Ressentez les tensions dans chaque cas des muscles oculaires.
 - **Les yeux ouverts regardez un objet et localiser les tensions.**
 - **Les yeux ouverts en mouvement.** Localiser les tensions.
 - **Serrez les dents.** Contraction entre l'angle des mâchoires et les tempes.
 - **Ouvrez les mâchoires.** Contraction vers le bas de l'oreille.
 - **Montrez vos dents.** Contraction dans les joues.
 - **Mettez les lèvres en forme de O** (en cul de poule). Tension dans les lèvres.
 - **Rétractez la langue.** Tension dans la langue et dans le « plancher » de la bouche.
 - **Comptez lentement jusqu'à dix à voix forte.** Ressentez les tensions dans les parties du visages étudiées, ainsi que dans la gorge, la poitrine et le diaphragme.
 - **Idem en comptant en imagination.**

Le training autogène de Schultz et la relaxation progressive de Jacobson ont ceci en commun que le but visé est essentiellement un relâchement du tonus musculaire. Plus simplement dit, elle cherche une baisse des tensions musculaires pour créer un détente psychique ou mentale.

1.3 Prolongements des méthodes Schultz et Jacobson

D'un côté des méthodes qui ont un procédé d'inspiration psychologique avec une action psychique et, de l'autre, des méthodes inspirées des travaux en physiologie.

Méthodes à point de départ physiologique

- Jacobson ;
- Wintrebert ;
- Eutonie ;
- Orlic ...etc.

Méthodes à point de départ psychologique

- Schultz ;
- Bergès ;
- Rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra ;
- Relaxation à Induction Variable de Sapir ...etc

Méthodes participant des deux courants

- Relaxation dynamique psychomotrice ;
- Relaxation psychosomatique ...

Un certain nombre de méthodes parmi les plus connues actuellement ne sont autres qu'un prolongement technique des méthodes Schultz et Jacobson, avec des modifications quant à leurs buts et leurs applications. Nous les citerons en les classant selon : leur visée psychothérapique, leur utilisation dans un but comportementaliste, leur adaptation aux enfants, leur mise au point technique originale car empirique n'ayant pas une descendance scientifique et académique.

1.4 Méthodes à visée psychothérapique

- Rééducation psychotonique J. de Ajuriaguerra
- relaxation à induction variable de Sapir M.

Cette approche est le fruit de l'association entre la relaxation, inspirée pour l'essentiel du training autogène de Schultz, et la psychanalyse. Ce type de « relaxation analytique », dite « découvriante », est représentée par la rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra J. (Lemaire J-G., 1964). et la relaxation à induction variable de Sapir M. (Sapir M., 1975, 1993). A travers ces relaxations, c'est la dimension relationnelle qui est favorisée ainsi que la verbalisation des éprouvés physiques et psychiques. Le sens en est nettement psychanalytique car, en termes techniques, on peut dire qu'elles tiennent compte du *transfert*, et que les *résistances* sont analysées. De même, la fonction tonique de la relaxation est considérée comme une communication émotionnelle. C'est donc une véritable psychothérapie à médiation corporelle qui est proposée au sujet qui s'engage dans cette méthode. Psychothérapie qui s'adresse plus particulièrement à des sujets pour lesquels parler est déjà une difficulté en soi, ou encore à des sujets souffrant de problèmes psychosomatiques, ou pour ceux dont l'expression de troubles psychologiques se fait à travers le corps (bégaiement, tic, douleur ...). Enfin, cette approche peut être une aide psychologique précieuse pour des sujets ayant une maladie organique grave ou dans les cas de douleur chronique (Thomé-Remault A., 1995 ; Célérier M-C., 1997).

1.5 Relaxation dans un but comportementaliste

L'école comportementaliste ou, selon le vocable anglais, *behavioriste* (Wolpe, 1976), utilise également la relaxation. Ici, les méthodes proposées n'ont pas une grande importance, bien que traditionnellement une préférence soit donnée à la méthode Jacobson et au Biofeed-back (Journe B., 1988). Cette dernière technique se caractérise par le fait que le sujet est branché à un électro-myogramme permettant d'enregistrer ses tensions musculaires. Dès l'apparition de ces tensions, le sujet en est informé par l'appareil, il cherche alors un état de relaxation afin de les éliminer. Ce circuit - contraction musculaire, information de l'appareil enregistreur, réponse du sujet pour apaiser la tension - réalise le biofeed-back. La relaxation s'inscrit en thérapie comportementale dans une démarche de « désensibilisation systématique ». C'est-à-dire que le sujet vient avec un symptôme, le plus souvent des angoisses dues à une phobie ou à des obsessions, et le thérapeute va alors utiliser la relaxation pour agir directement sur le symptôme. Le principe est le suivant : le sujet en état de relaxation se voit invité à évoquer des situations progressivement anxiogènes ; l'angoisse suscitée atténuée la détente, et le thérapeute intervient alors en aidant le sujet à se relaxer pour combattre l'angoisse.

1.6 Relaxations adaptées aux enfants

Deux méthodes majeures peuvent être citées, celle de Bergès J. et celle de Wintrebert H.

La **méthode Bergès** reprend les apports techniques de Schultz et d'Ajuriaguerra. Elle se pratique en cure individuelle ou en groupe. La prise en charge dure de six mois à un an, à raison d'une séance hebdomadaire. Il y a différentes phases :

1. phase de concentration mentale : « pense à un souvenir où tu t'es senti calme [...] prend une photo ou une carte postale qui te plaît et que tu trouves calme ». La consigne est répétée trois fois.
2. phase de rappel de son corps (en touchant les différentes parties du corps nommées) : « pense à ton épaule (toucher), à ton bras (toucher), à ton avant-bras (toucher) ... ».
3. détente neuro-musculaire : « pense à ton épaule qui se repose, ton bras ... (sans toucher) ». « Maintenant je mobilise ton bras, ton avant bras, ton épaule ... » (ces mobilisations permettent de resituer le corps de l'enfant dans l'espace).
4. suggestion : « tu sens ton corps lourd qui s'enfonce, tu le sens descendre vers le sol ... ».
5. reprise.

La **méthode « activo-passive » de Wintrebert**, quant à elle, que nous développerons plus en détail, tire son originalité du contact physique important entre le relaxateur et l'enfant.

— La prise en charge s'effectue à raison d'**une séance par semaine**.

- Pendant au moins **une année scolaire**.
- Entretien préalable.
- Séance d'observation : étude de l'hyperexcitabilité et la maintien de la vigilance (Utilisation du métronome. A l'arrêt du tempo l'enfant doit faire un mouvement, on observe les anticipations, la stabilité ou l'instabilité posturale pendant l'attente).
- **Étape de la « régulation du tonus par les mouvements passifs » :**
le thérapeute effectue des mobilisations lentes, régulières et monotones, jusqu'à disparition de toute résistance ou participation active de la part de l'enfant.
- **Étape intermédiaire :** dite « phase d'immobilité » (Cf. doc . Carric)
Celle-ci débute lorsque la **détente globale** est facilement obtenue par le mouvement passif. Le thérapeute **indique** alors à l'enfant **par des contacts légers les différentes parties de son corps**.
Il propose également quelques inductions verbales : « pense à ta main qui est calme, détendue ... », « pense à ton front qui est lisse, relâché ... ».
- Troisième étape :
L'enfant réalise lui-même des mouvements avec temps mort : élévation-chute, prise d'attitude, contraction-relâchement.
De même, lui sont proposés des exercices respiratoires.
- Dernière étape :
La « **réadaptation des mouvements** ». On associe les différents mouvements et attitudes de la vie courante à ces états de relaxation.

1.7 Techniques corporelles empiriques ayant une action relaxante

Pour terminer ce synopsis des formes de relaxation les plus typiques, il faut évoquer les approches conçues de façon plus empirique, en marge des méthodes académiques et universitaires, mais qui n'en sont pas moins intéressantes. Ces techniques se pratiquent souvent en groupe et n'ont pas de prétentions thérapeutiques clairement affichées, sauf lorsqu'elles sont utilisées à cet effet par un professionnel de la santé. Elles s'apparentent à une gym douce et ont une fonction prophylactique et adaptative au stress de la vie de tous les jours. Prenons l'exemple de l'Eutonie d' Alexander G. (Digelmann D., 1971, Brieghel-Muller G., 1979). L'originalité de cette approche tient au fait que son auteur est une danseuse, une rythmicienne, influencée par des techniques corporelles artistiques, sportives ou à visée pédagogique. « Eutonie », selon le préfixe grec *Eu*, peut se traduire par « juste » ou « bonne » et *tonos* par « tension ». Ce terme révèle tout le projet de cette méthode : obtenir une tension juste ou bonne, adaptée à la situation. Alors que la relaxation a pour but d'obtenir une équilibration et une baisse du tonus vers la détente, l'eutonie a pour objet de donner à l'intéressé la possibilité d'obtenir le tonus adéquat, non seulement à la situation de détente et de repos, mais à toutes les situations de la vie. Cette technique fait se succéder des exercices dynamiques, en mouvement, certains presque gymniques, à des exercices statiques, où allongé sur le dos au repos, pendant lesquels le relaxé explore ses sensations par une prise de conscience du corps. Souvent pratiquée en groupe, avec la possibilité de travailler deux par deux pendant la séance, cette méthode

apporte, en plus du vécu de la relaxation, une expérience conviviale.

1.8 La relaxation dynamique psychomotrice (R. Dupont)

Si nous nous référons à la classification de D. de Boussingen (1992), cette méthode fait partie des relaxations à point de départ physiologique. Cependant, dans une perspective psychomotrice qui cherche à ne pas cliver le soma et la psyché, elle emprunte également les principes d'action des relaxations à point de départ central, notamment par l'idéation et des suggestions indirectes. Son auteur, R. Dupont, s'est inspiré autant des relaxations à point de départ physiologique que psychique.

On y retrouve des exercices de techniques corporelles de type Feldenkrais, d'Eutonie, mais également des influences du Tai Chi Chuan, de la méditation zen, des inductions suggestives directes et indirectes qui renforcent le ressenti, enfin, et surtout, des apports de la psychomotricité proprement dite. En ce sens, cette méthode dynamique qui synthétise motricité et représenté est une **relaxation véritablement psychomotrice**. Elle consiste en des séries de mouvements ou, selon l'expression que l'auteur affectionne, en **gestes** répétitifs. Le terme de geste doit être entendu dans son sens étymologique d'« attitude » ou de « mouvement du corps » avec son extension au mot « gérer » (A. Rey, 1992, pp 1585). Il est en effet question de « gérer » le niveau tonique à travers ces gestes. Ceux-ci sont réalisés sans idée de réussite formelle, sans contrainte de « bien faire ». Les gestes ne sont pas corrigés, leur qualité figurative n'a pas d'importance dans un premier temps.

Comme nous l'annoncions plus haut, le relaxateur ne cherche pas à abaisser le tonus jusqu'à son niveau le plus bas, il cherche une régulation tonique par l'établissement de synchronisations entre l'action de groupes musculaires distincts. La relaxation dynamique est basée sur la lenteur et la synchronisation entre les gestes. De même qu'un rythme lent est suggéré à maintes reprises, l'attention du sujet relaxé est attirée sur la nécessité de synchroniser les temps de départ et d'arrivée des gestes. Enfin, la respiration, elle-même, est intégrée et coordonnée aux gestes effectués.

Nous voyons combien les systèmes pyramidal et extra-pyramidal sont sollicités. Pendant que le sujet effectue les mouvements le relaxateur soutient l'action par la parole, il verbalise le geste. Dès lors, cette relaxation se place sur un plan idéatif et représentatif, ces mouvements sont des praxies idéo-motrices. D'autant qu'avant toute action le geste est minutieusement décrit. Nous retrouvons là l'apport des différentes techniques de prise de conscience du corps, tout particulièrement la méthode Feldenkrais, qui insistent sur cette représentation de l'action à venir avant son exécution.

Entre deux séries de dix à vingt mouvements, selon le sujet parfois plus ou parfois moins, il y a un temps de repos avec inventaire des segments de membres qui ont travaillé. Cet inventaire pourra s'enrichir au fil du temps d'indications telles que : « peut-être ressentez-vous votre corps qui s'est allongé sur le sol ? [...] Peut-être votre bras droit/gauche est-il plus lourd que l'autre [...] Peut-être votre respiration est-elle plus ample et calme à présent ? [...] Sans doute un côté du corps est-il plus bas que l'autre ? [...] ».

Ces sensations, la plupart du temps, spontanément, auront déjà été exprimées par le sujet. Ces « indications » n'en sont pas moins reçues par le relaxé comme de véritables suggestions indirectes et viennent renforcer l'action neuro-physiologique des gestes effectués.

Chapitre 2

Indications, contre-indications

2.1 Indications / contre-indications générales

Chez l'homme normal

Personnes soumises de part leur profession à des fatigues, des stress ou des émotions violentes. Les orateurs, les acteurs, les sportifs, les chefs d'entreprise ou les médecins.

Syndromes cardio-vasculaires et vaso-moteurs

- l'hypertension artérielle ;
- ''névrose cardiaque'' : précordialgie, palpitation, tachycardie ... les sujets présentent toujours une anxiété importante.
- Troubles vaso-moteurs : l'éreutophobie, l'artérites, maladie de Raynaud, certaines migraines

Syndromes respiratoires

- rhumes saisonniers ;
- toux nerveuses ;
- dyspnée.

Asthme bronchique

(domaine psychosomatique)

Tuberculose pulmonaire

dans le cas d'un déclenchement de la maladie à la suite de traumatismes affectifs qui offre au bacille un lieu de moindre résistance. Par ailleurs la relaxation offre au patient un repos et une ventilation optimale.

Syndromes endocriniens et métaboliques

Un désordre endocrinien ou métabolique est parfois psychogène, souvent « organique », mais toujours sujet à des variations importantes selon les stress, les émotions.

- hyperthyroïdie
- diabète
- spasmophilie et tétanie.

Syndromes digestifs

- troubles de la déglutition : dysphagie hystériques, les spasmes de l'œsophage.

- Gastrites et ulcères gastriques : gastrite atrophique ou hypertrophique.
- Recto-colite ulcéro-hémorragique.

Système uro-génital et trouble de la fonction sexuelle

- trouble de la miction (difficulté névrotiques d'uriner), énurésie.
- syndrome douloureux de la région génitale chez la femme : tension prémenstruelle, dysménorrhée.
- Troubles de la fonction sexuelle : chute de l'érection au moment du coït ou de l'intromission, éjaculation précoce, frigidité chez la femme (vaginisme = spasme des sphinctères).
- Obstétrique : technique de détente pour l'accouchement sans douleur.

Troubles oculaires

- fatigue oculaire, flou et autres plaintes des sujets névrotiques ;
- le glaucome : caractère psychosomatique de cette affection qui survient chez des hypertendus artériel qui ont une tension émotive retenue exagérée réprimée.
- Cécité : permet aux aveugles d'affronter les multiples facteurs stressants physiques et émotionnels qui résultent de leur infirmité.

Troubles dermatologiques

- Affections dermatologiques d'origine psychosomatique ou allergique.
- Prurit anal et vulvaire *sine materia*.
- Psoriasis, eczéma.

Affections d'ordre neurologique

- Tremblements : par réduction de la composante émotive des tremblements de type hystérique observé après certains traumatismes crâniens.
- **[contre-indication]** « Le tremblement extra-pyramidal donne lieu à des appréciations beaucoup plus nuancées ; dans le cas de la maladie du Parkinson (postencéphalitique ou sénile) on ne peut améliorer les épisodes d'aggravation du tremblement par les émotions. Au contraire [...il y a] aggravation du tremblement pendant les exercices, par suite de l'abaissement du tonus musculaire de défense [...] De même pour les tics, les spasmes et les mouvements anormaux qui ont une étiologie organique » (Schultz, 1958, pp238).
- Syndrome subjectif des traumatisés crâniens (vertiges, céphalées, bourdonnements d'oreilles, asthénie).
- Epilepsie : pour diminuer la part émotionnelle et affective qui existe toujours dans le déclenchement des crises d'épilepsie.
- Algies : diminution de la sensibilité à la douleur.

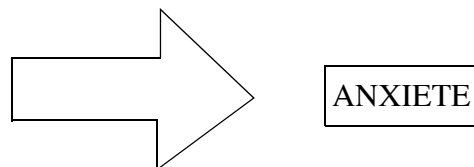
Les psychoses

[contre-indication]

Les névroses

La relaxation est efficace sur les différents symptômes de la névrose.

- Céphalées,
- vertiges
- trouble de l'équilibre,
- douleurs lombaires,
- symptômes hypocondriaques,
- l'insomnie,
- tension anxieuse généralisée,
- bégaiement,
- crampe des écrivains ...



Chez l'enfant

Un entraînement classique peut être réalisé à partir de **10 ans (Schultz)**. En dessous la méthode est difficile à appliquée. De même, qu'elle est difficile d'accès à tous les débiles mentaux de tout âge.

Bergès propose sa méthode aux enfants à partir de 5 ans.

Une méthode de type Wintrebert pour les enfants algiques est proposée à partir de 2 ans, avec une majorité entre 4 et 6 ans.

- Syndromes psychomoteurs : Troubles paroxystiques du tonus musculaire (tics névrotiques, bégaiement, onychophagies, trichotillomanies ...), instabilité et d'impulsivité, crampe de l'écrivain, bégaiements, troubles du rythme de la voix, troubles grapho-moteurs et les paratonies en générale ... etc.
- Troubles vaso-moteur et circulatoire du type éreutrophobique, tachicardie,
- Troubles digestifs : vomissements, douleurs abdominale, syndromes pseudo-occlusifs,
- L'énurésie : possibilité d'une formule organo-spécifique (Schultz) portant sur la chaleur de la vessie « je sais que je dois uriner, je me réveille complètement » [...] « je sais que je me réveille à 11 heures, je vais aux toilettes, je retourne au lit, je me rendors ».
- Trouble de la série algique : asthme, dermatose ...
- Période de préoccupations hypocondriaques chez l'adolescent ...

Contre-indications classiques

- Patients qui tirent de leur maladie des bénéfices secondaires.
- Ceux qui « érotisent » la cure de relaxation à tel point qu'ils chercheront à ne plus la terminer pour en prolonger la jouissance.
- Sujets schizoïdes. Plongés dans leur monde intérieur ces sujets portent un grand intérêt à des techniques comme le Yoga dont ils apprécient l'atmosphère floue et pseudo-mystique, ils y voient une communication possible entre leur monde interne et le cosmos au limites ... incertaines.
- Sujets débiles mentaux (selon la méthode).

2.2 Indications en fonction d'une grille multi-axiale

Données par les connaissances et le bon « sens ».

Traditionnellement les indications et contre-indications se présentent sous forme de listes. Nous souhaitons compléter les quelques indications qui ont été données par une méthode sous-tendue par les questions suivantes : Comment savoir si tel ou tel patient peut bénéficier de la relaxation ? Comment choisir une méthode plutôt que telle autre ? L'idée centrale serait de personnaliser l'indication en partant de la singularité du patient.

Axe 1 : A quelle pathologie a-t-on à faire ? Quelle problématique la sous-tend ?

Axe 2 : La connaissance que j'ai du processus thérapeutique à l'œuvre en relaxation me permet-elle de faire l'hypothèse d'une action possible sur cette pathologie ?

Axe 3 : Ai-je l'adhésion du patient à cette thérapie psycho-corporelle ? Peut-on espérer une alliance thérapeutique ?

Axe 4 : Quelle méthode de relaxation convient le mieux aux exigences des axes 1 et 2, ainsi qu'aux capacités physiques, intellectuelles, attentionnelles et motivationnelles du sujet.

Exemple :

Un patient présente un état anxio-dépressif. Différents traits de caractère font penser à une personnalité obsessionnelle. Il est dans une attitude de contrôle de son corps qu'il renforce par des exercices physiques pratiqués à outrance, un contrôle de ses pensées et d'un comportement agressif dont il craint le débordement.

Axe 1 : La pathologie de ce patient implique le corps. Une agressivité sadique-anale que le patient tend à maîtriser jusqu'à l'épuisement par la pensée et par le corps, à travers un rituel gymnique obsessionnel. Une angoisse due à sa crainte d'avoir détruit ses bons objets internes par ses pulsions destructrices.

Axe 2 : La relaxation peut avoir une action sur l'anxiété. Elle permet un relâchement tensionnel progressif, que le patient contrôle lui-même.

Axe 3 : Le patient est d'accord pour s'engager dans cette thérapie.

Axe 4 : Je donne ma préférence à une relaxation neuro-musculaire car l'effet centripète m'intéresse particulièrement. Le patient utilise d'emblée son corps et les sensations pour contrôler son activité psychique. La relaxation dynamique me paraît celle qui est la plus accessible à ce patient. Par l'attention constante portée aux sensations, par cette maîtrise du geste lent, le sujet garde le contrôle, par les techniques respiratoires abdominales, les viscères sont impliqués.

De fait, ces exercices respiratoires auront une action particulièrement favorable sur l'état du patient qui dira : « [...] ça me soulage, je me vide de mon pu [...] ». Le contrôle qui bloquait tout, jusqu'à la parole, a pu s'assouplir peu à peu au rythme du patient, dans le respect de ses défenses. Cette culpabilité annihilante a pu se dire.

Chapitre 3

Quelques points de théorie

3.1 Le tonus

Une des conclusions lors du colloque de 1987 réunissant les plus grands spécialistes des relaxations thérapeutiques (M-J. Hissart, 1987) a été : « **Les techniques de relaxation impliquent nécessairement une baisse du tonus musculaire et une adaptation respiratoire [...]. Il existe une corrélation entre les états de conscience et le tonus musculaire déterminée par la substance réticulée** » (P. Vincente Monjo, 1987). Nous retrouvons dans la relaxation dynamique ces éléments essentiels : baisse du tonus, modification des états de conscience ainsi que les phénomènes respiratoires favorisés et utilisés par la technique elle-même. Nous ne pouvons faire l'impasse d'en dire quelques mots.

3.1.1 Mécanisme neurophysiologique du tonus

Le tonus est avant tout un phénomène neurophysiologique qui se manifeste au niveau musculaire. Il peut se définir comme une *contraction permanente et modérée des muscles, entretenue par des influx nerveux. Il est mis en évidence cliniquement par cette légère tension qui affecte constamment tout muscle au repos pour s'exagérer à l'effort*. Un muscle peut varier de l'hypertonie à l'hypotonie. Un **tonus de fond** est entretenu par des influx nerveux dont la régulation est extrêmement complexe. Les structures en cause sont dispersées tout le long du névraxe à différents niveaux : spinal, cérébral sous cortical et cortical (Cf. annexe, dessin).

Le niveau spinal

L'étirement passif d'un muscle provoque une résistance active, le muscle développe une résistance supérieure à celle qui est provoquée. Si au contraire le muscle tendait à se raccourcir par contraction, la boucle marcherait en sens inverse et tendrait à ramener le muscle à sa longueur. Cette réaction est appelée *réflexe myotatique*. Comme le fait remarquer J-D. Vincent avec humour : « Si notre réflexe myotatique fonctionnait parfaitement, nous serions tous, pour l'éternité et jusqu'à la cataplexie, des statues [...] Beau système de rétroaction qui fixerait nos dimensions musculaires une fois pour toutes ! » (J-D. Vincent, 1987). Heureusement, le tonus musculaire se module dans les postures et varie avec les états psychologiques. C'est un système ouvert au monde qui nous environne et même à notre monde interne, grâce aux voies descendantes du système nerveux central. C'est ainsi que les infor-

mations de l'état du muscle transmises par les fibres sensibles du fuseau neuro-musculaire sont contrôlées et surtout pondérées par un autre système : *le système gamma* qui par son activité amortit les effets de l'étirement ou du relâchement passif du muscle. Cette activation se fait dans les zones de contrôle supérieures en particulier la zone réticulée.

Le niveau sous-cortical

Si l'on sectionne le névraxe entre les tubercules quadri-jumeaux antérieurs et postérieurs, c'est-à-dire en pleine zone réticulaire, apparaît alors une augmentation des réflexes myotatiques provoquant une *rigidité de décérébration*. La conclusion est que cette zone a un rôle *inhibiteur* sur le tonus. Cette région, constituée par les substances réticulées du tegmentum mésocéphalique, de l'hypothalamus et du thalamus supérieur, assure la régulation du niveau global de l'organisme en exerçant par ses voies descendantes une action générale sur toute la posture, sur tout le tonus.

Le niveau cortical

Le tonus est également influencé par les messages volontaires issus du cortex cérébral. Les facteurs psycho-émotionnels, les processus d'effort provoquent des stimuli à point de départ de l'écorce cérébrale qui influent également sur cette plaque tournante sous-corticale.

3.1.2 Le tonus émotionnel

Pour faire le lien entre le système neurophysiologique du tonus et l'émotion nous en appellerons encore à J-D. Vincent : « Le système nerveux central est l'interprète de tout ce qui se passe dans le monde pour adapter le tonus musculaire à cette présence physique au monde, en accord avec le monde dans lequel le corps se situe. N'est-il pas possible de parler de tonus émotionnel dans ces conditions ? En effet, l'émotion au sens large, ou la passion, c'est tout simplement la manière d'être de l'individu au monde [...] être au monde c'est être ému » (J-D. Vincent, 1987, pp24).

Cette pensée nous permet de comprendre comment les variations toniques seront l'expression des variations de notre émotion dans le monde. Dès lors, nous pouvons entrevoir en quoi le rôle du tonus est d'une importance cruciale en relaxation. Objectivement, les exercices de respiration, les mouvements de contraction-décontraction musculaire, l'effet suggestif des consignes, ont une action sur les instances anatomophysiologiques qui contrôlent le tonus. Tant au niveau médullaire qu'au niveau sous-cortical et au niveau cortical. Précisons que la substance réticulée est un véritable carrefour, où convergent les afférences sensibles et sensorielles de tout l'organisme, et d'où partent les systèmes effecteurs facilitateurs et inhibiteurs. Nous voulons ainsi montrer que le tonus musculaire est la résultante de l'activité complexe de toute l'organisation nerveuse.

3.1.3 « On a peur parce qu'on fuit »/« On fuit parce qu'on a peur »

Ce qui a été écrit plus haut sur le tonus permet de comprendre que les facteurs psycho-émotionnels et affectifs, par l'intermédiaire du système nerveux central, aient un rôle sur lui. Ainsi, tout ce qui est de l'ordre de l'influence ou de la suggestion en relaxation, induisant un climat émotionnel apaisant, influence par là même l'activité tonique dans le même sens. Cependant, nous ne pouvons

comprendre l'effet de la relaxation dynamique dans son aspect neuro-musculaire *centripète*, c'est-à-dire à point de départ périphérique, que si la réciproque est vraie. A savoir, que l'état tonique influence l'activité émotionnelle du sujet. Ainsi, en abaissant le tonus par les exercices gestuels et respiratoires il devient possible d'abaisser les tensions psychiques du sujet.

Les expériences menées par S. Bloch (1986, 1989) peuvent confirmer cette réciproque. S. Bloch s'inspire de la théorie de James-Lange (W. James, 1884, C.G. Lange, 1885) pour qui l'expérience émotionnelle est fondée sur des modifications corporelles. Autrement dit, ce sont des réactions périphériques qui différencient les émotions. Faisant varier le rythme respiratoire, l'expression faciale, la posture dans son aspect tensionnel, S. Bloch montre que ces modifications volontaires provoquent chez des sujets un ressenti émotionnel. Elle parvient à configurer des « modèles effecteurs » de certaines émotions. La méthodologie expérimentale de S. Bloch consiste à décrire des attitudes ou des comportements (différentes configurations) à un sujet, lequel par la suite doit énoncer les émotions ressenties. Dès lors, elle met en évidence qu'un mécanisme de rétroaction, qui part des effecteurs vers les centres nerveux, active un processus subjectif. Nous avons donc là une expérience qui permet de comprendre comment les relaxations à point de départ physiologique sur le modèle de la méthode Jacobson, agissant sur la tension musculaire, peuvent induire des états émotionnels.

Nous ne pouvons que faire le parallèle entre ce que nous venons d'écrire (émotion qui modifie le tonus versus tonus qui modifie l'émotion) avec la célèbre controverse James (1884)/Cannon (1929). Nous le disions plus haut, pour James l'expérience émotionnelle fait suite à des modifications corporelles que ce soient les mouvements du corps ou des réactions physiologiques. Pour Cannon, au contraire, leur point de départ est central. C'est dans le cerveau que tout commence et c'est l'interprétation cognitive de la situation qui différencie les émotions. Schématiquement, il est habituel de présenter ce débat sous la forme : pour James « on a peur parce qu'on fuit », pour Cannon « on fuit parce qu'on a peur ».

Dans ce débat, à l'image de notre pensée véritablement psychomotrice qui se retrouve dans le fonctionnement de la Relaxation Dynamique Psychomotrice, nous opterons pour l'opinion développée par J. Cosnier (1994). Je cite : « Pourquoi opposer origine périphérique ou origine centrale ? Ne faut-il pas dépasser ce mode traditionnel de raisonnement en *ou bien/ou bien* et le remplacer par *l'un n'empêche pas l'autre* ? [...] Le passage des représentations mentales aux réactions corporelles est un fait : c'est ainsi que réagissent les spectateurs devant un film [...] Mais la mise en conditions convenable du corps par des mimiques, des postures et des exercices musculaires et respiratoires induit aussi des affects et des représentations [...] », J. Cosnier en conclut qu'il y a bien réciprocity (J. Cosnier, 1994, pp148).

3.1.4 Le dialogue tonique

Immanquablement, en abaissant le seuil tonique du sujet par la relaxation, nous touchons à un pan affectif de sa vie psychique. Déjà, à la fin des années quarante, H. Wallon (1949, pp 144-178) mettait en évidence le lien entre le tonus et l'émotion, et soulignait son importance dans les interactions mère-nourrisson, parlant d'une *relation tonico-affective*. J. de Ajuriaguerra, reprenant la démonstration de Wallon, parle de *dialogue tonique*, et met en exergue la fonction du tonus dans la communication interhumaine : « l'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations

ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend » (J. de Ajuriaguerra, 1960).

C'est ainsi que ce dialogue tonique pourra être utilisé par une thérapeutique comme la relaxation (Lemaire 1964, p.6). Cet aspect est au centre de la méthode de rééducation psychotonique inaugurée par Ajuriaguerra, laquelle aborde le tonus dans son aspect de dialectique inter-humaine. Cette méthode est axée autour d'une théorie psychodynamique du transfert, ainsi que de la théorie Wallonienne du schéma corporel et de la relation tonico-émotionnelle.

S'il n'est pas question dans le cadre d'une thérapie psychomotrice d'analyser le transfert à travers les résistances toniques, la Relaxation Dynamique est profondément ancrée dans ce concept wallonien de « relation tonico-affective », dont nous ne pouvons méconnaître l'existence, éminemment active dans la relaxation.

Nous ne pouvons également méconnaître l'incidence psychique du seul fait de la modification tonique. Au sens large, nous pouvons dire que ce type de relation s'actualise transférentiellement pendant la séance de relaxation. A la voix, aux mots, au toucher du relaxateur, le patient réagit par un abaissement du tonus, qu'il décrit par les modifications des sensations de poids, de grandeur, de température, de contact du corps sur le sol. Réciproquement, par empathie, le relaxateur ressent l'état de son patient. Il est détendu par son bien-être ou ressent l'angoisse de celui-ci. Cette angoisse doit être gérée, pour ne pas qu'elle déborde le relaxateur et qu'il ne la renvoie comme telle par le flux des mots qui guident le patient pendant la séance.

Nous voyons là le parallèle entre l'expression tonique du ressenti de l'enfant et l'expression tonique du ressenti du relaxé. Parallèle, également, entre la compréhension par la mère des manifestations toniques de son nourrisson et la compréhension par le relaxateur des manifestations toniques du relaxé.

3.2 Modification des niveaux de vigilance et des états de conscience

Nous distinguerons avec Virel A. (1987) les termes de *niveaux de vigilance* et *états de conscience*. Le premier est de l'ordre de ce qui est objectivement mesurable, le second est le vécu d'une expérience relaté dans toute sa subjectivité. Si, pour le profane être vigile c'est être éveillé, le physiologiste, lui, classe les diverses activités cérébrales, qu'elles soient de sommeil ou de veille, en un certain nombre de niveaux de vigilance. La vigilance est objectivement observable par des techniques comme l'E.E.G. (électroencéphalogramme), la R.E.D. (résistance électrodermique), les mouvements oculaires etc. Elle est mesurable (amplitudes, fréquences) et quantifiable, donc hiérarchisable et classifiable en *niveau*.

La conscience relève, quant à elle, de l'expérience subjective, des *états*. Lambert J-F. (Virel A., Lambert J-F., 1987, pp204) précise qu'il n'existe pas de corrélation directe ni de relation proprement causale entre l'expérience subjective rapportée par les sujets et les indices mesurés par l'expérimentateur. Ce dernier ne peut procéder qu'à des mesures objectives de niveaux (de vigilance) sans préjuger de la nature des états (de conscience) éprouvés par le sujet. L'E.E.G. ne renseigne donc pas sur les contenus de conscience mais indexe des processus qui fluctuent avec le niveau de

vigilance, l'attention, la motivation, l'émotion, l'activité, etc.

Cette précision étant posée nous pouvons nous orienter plus exclusivement sur les états de conscience en relaxation. Nous savons, qu'il y a des modifications de la conscience vigile en relaxation, celles-ci sont volontaires et utilisées à des fins thérapeutiques. Que ce soit une dissolution de la conscience qui amène un vécu fusionnel, une béatitude narcissique ; que ce soit une décentration avec dissolution de l'attention associée à un élargissement du champ de conscience, ce qui laisse émerger une activité fantasmatique riche en matériel inconscient ; que ce soit l'accroissement de la concentration sur des stimuli ou un canal sensoriel particulier, ce qui provoque une restriction de la conscience sans perte de vigilance et offre en particulier un renforcement des perceptions du corps. Soulignons que ces états altérés de conscience sont intentionnellement recherchés, qu'ils sont en principe maîtrisés et réversibles à volonté.

Les indices physiologiques concomitants des états de conscience sont de deux ordres : périphériques et centraux. Parmi les indices périphériques on peut observer diverses modifications physiologiques telles que le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, la résistance de la peau, la réponse électro-dermale, le pouls, la pression artérielle, le tonus musculaire, les mouvements des yeux. Sur le plan végétatif, l'état de relaxation correspond à une activité de type trophotrope du système parasympathique qui s'oppose à l'activité ergotrope du système sympathique.

Pour les indices centraux ceux de E.E.G. sont les plus utilisés. La caractéristique la plus commune de tous les états de conscience modifiés est la présence d'un *rythme alpha* plus ou moins modifié de manière transitoire ou soutenue. On observe une augmentation de son amplitude, diminution de sa fréquence, extension vers les régions antérieures, stabilité ou glissement progressif vers le thêta et les ondes lentes du sommeil (delta). L'alpha est plus abondant chez des sujets pratiquant régulièrement une technique de modification de conscience volontaire. Globalement, l'état alpha correspond à une stabilisation du niveau d'énergie cérébrale, à une sorte d'eutonie. Il nous est permis d'écrire que, d'une manière générale, la littérature s'accorde à dire de ces états de conscience modifiés qu'ils s'accompagnent de modifications végétatives de type para-sympathique, les sujets décrivent des changements dans leur perception et souvent un sentiment d'unité. Dans le temps il y a toujours une extension de ces modifications d'états.

J-F. Espinas (1987, pp60-61) décrit les différentes structures nerveuses contrôlant la vigilance et la réactivité du cortex cérébral :

- La *vigilance diffuse*, avec la substance réticulée mésencéphalique.
- La *vigilance focalisée* ou attentive, avec la réticulée intrathalamique, très cholinergique.
- La *vigilance « affective »* avec le rhinencéphale et l'ensemble du système limbique.

Nous terminerons ce paragraphe avec quelques précisions apportées par J-F. Espinas (1987), qui nous permettront de faire le lien avec ce qui va suivre. Les fluctuations du niveau de vigilance peuvent être comprise à travers :

- La grande sensibilité de la substance réticulée du tronc cérébral au chimisme sanguin ;
- la présence des centres de la respiration au sein de cette réticulée et leur extrême sensibilité aux variations du PH plasmatique ;
- enfin, la conjugaison d'effets ascendants, corticaux et descendants médullaires, modulant l'activité de la boucle gamma et ajustant ainsi le degré de tension musculaire à celui de la vigilance corticale.

Diverses expériences montrent que la détente neuromusculaire, liée à un bon contrôle de la venti-

lation pulmonaire, créent une diminution des décharges de l'hypothalamus vers le cortex cérébral et une synchronisation du tracé E.E.G. La décontraction musculaire déclenche l'apparition d'un tracé de repos, voire de sommeil, avec apparition d'ondes lentes de basses fréquences. Une application pratique est tout de suite déductible de ces expériences. La réponse à une stimulation nociceptive dépend de l'excitabilité hypothalamique. Si cette dernière diminue, les stimuli nociceptifs n'auront qu'un effet réduit sur le cortex cérébral. Un autre point qui amène une explication neurophysiologique de ce qui a déjà été traité plus haut dans un autre paragraphe concerne l'émotion. La relaxation peut agir sur le stress, les résultats cliniques nous le montrent. En effet, les principales hormones de l'émotion sont représentées par les catécholamines et les glucocorticoïdes avec l'A.C.T.H. Elles sont responsables soit des réactions d'urgence (fuite ou attaque), soit de l'apparition du syndrome général d'adaptation (H. Selye, 1956). En relaxation, la sécrétion de ces hormones chute au-dessous du niveau observé lors d'une stimulation ordinaire. On note également que la baisse du taux des catécholamines ne se fait que s'il y a diminution du niveau de vigilance. Ces résultats d'expériences mettent en relation la relaxation, son action sur les états de conscience, les effets physiologiques en général et neurophysiologiques en particulier. Il a également été fait mention de la respiration comme facteur agissant sur les états de conscience. Nous allons continuer en développant cet aspect puisque les exercices portant sur la respiration sont d'une grande importance en relaxation dynamique.

3.3 Respiration et relaxation

Traitant du thème *neurobiologie et relaxation*, Pedro de Vincente de Monjo exprimait l'idée que : « les éléments essentiels que doit contenir n'importe quelle technique pour pouvoir être nommée *relaxation* [sont] le tonus musculaire [et] la respiration » (1987, pp 41).

La relaxation dynamique propose un certain nombre d'exercices sollicitant la respiration, lesquels contribuent à créer une *hyperventilation*. Cette respiration, rappelons-le, est plus abdominale que thoracique, avec prédominance d'une inspiration active, longue, lente et profonde. L'expiration est libre et tout aussi longue et lente.

En quoi la fonction respiratoire a-t-elle à voir avec la relaxation ? Lemaire C. (1989) évoque l'utilisation de l'hyperventilation dans des trances rituelles, laquelle modifie les états de conscience, abaisse la vigilance, provoque le relâchement de la pensée analytique et augmente la suggestibilité. Ce dernier point, notons-le tout de suite, nous paraît particulièrement intéressant pour notre méthode de relaxation. Cette facilitation de la suggestibilité par l'hyperventilation a déjà été souligné par des auteurs pratiquant l'hypnose (Compernelle, Hoodguin et Joele, 1979). De même, les écoles néoreichiennes (Orr L., 1988) utilisent l'hyperventilation comme technique de libération émotionnelle.

Précisons que le but et la mise en œuvre de ce type de respiration sont très différents de ce que nous proposons nous même. De fait, il est connu que les émotions influencent la respiration, en témoignent les locutions telles que « pousser un soupir de soulagement », « avoir le souffle coupé ». Différentes études (Compernelle et al., 1979, Pfeffer, 1984) montrent que l'hyperventilation se produit dans des états d'excitation, de stress et d'anxiété.

Ces même études montrent que les symptômes, à leur tour, produisent également de l'anxiété et viennent exacerber l'hyperventilation. Il y aurait là comme une boucle anxiété/hyperventilation,

qui s'auto-entretient. Parmi les effets néfastes de l'hyperventilation réalisant une hypocapnie, citons le *syndrome d'hyperventilation*. Ce dernier est encore appelé syndrome de Da Costa (Pfeffer, 1978). On observe une respiration essentiellement thoracique, avec un rythme respiratoire augmenté et ponctué par des soupirs. La sémiologie montre que ce syndrome comprend une grande diversité de symptômes allant de la tétanie à la douleur précordiale, à certains symptômes psychotiques (bouffées délirantes, hallucinations...) ou anxieux. Ces symptômes atteignent toutes les parties du corps, tous les organes, ils peuvent être neuro-musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires, gastro-intestinaux et neuro-psychologiques. Parmi les symptômes neuro-psychologiques, nous citerons les sensations de malaise, de vertige, le sentiment d'irréalité, la labilité émotionnelle de l'euphorie à la dépression, les hallucinations, les déficits intellectuels, une levée des inhibitions, une confusion, un état dissocié, une augmentation de la suggestibilité, une majoration des migraines, une perte de connaissance, des crises d'épilepsie (C. Lemaire, 1989, pp11).

Cependant, pour complexifier le débat relaxation/émotion, il est relevé, dans les études déjà citées, que cette même hyperventilation expérimentale, réalisée dans une ambiance rassurante, provoque tout le contraire de l'anxiété, c'est-à-dire une simple relaxation, facilitant ou précipitant le sommeil (Patel et Maulsby, 1987).

Abordons maintenant les mécanismes physiologiques qui rendent compte de ce lien entre respiration et états de conscience modifiés. Vincente de Monjo P. (1987) relate la fonction de la respiration en correspondance avec tous les paramètres physiologiques qu'ils soient chimiques, de pression-volume, ou encore avec les phénomènes émotionnels. Tous les organes et systèmes se répercutent au niveau de la respiration, et celle-ci, à son tour, est capable d'influencer les différentes fonctions organiques, y compris les niveaux de vigilance allant des états d'éveil au sommeil.

Il est possible de décrire trois centres respiratoires. *Le centre pneumotaxique*, qui intervient quand il existe une déconnexion entre les centres primitifs et les centres corticaux. *Les centres inspiratoires et expiratoires* sensibles principalement aux degrés de CO₂, et les centres installés dans les structures proprement pulmonaires, sensibles à l'élasticité des parois. Il existe d'autres barorécepteurs dans les artères et d'autres centres comme le glossopharyngien et le vague.

Les muscles respiratoires appartiennent au système musculaire volontaire par les nerfs phréniques et intercostaux, dont les racines sont à la hauteur des 4^{ème} et 5^{ème} vertèbres cervicales, au cœur du système réticulaire. Rappelons-le, c'est dans cette structure que s'élaborent les réponses végétatives qui donnent naissance à l'émotion.

L'hyperventilation provoque également des modifications à l'E.E.G., tout particulièrement des changements dans les niveaux de vigilance (C. Lemaire, 1989). En dehors des manifestations E.E.G. pathologiques, tel que l'épilepsie sous la forme de pointes-ondes après trois minutes d'hyperventilation, l'hyperventilation provoque plus fréquemment un ralentissement diffus. L'apparition d'ondes lentes et amples est plus importante chez l'enfant que chez l'adulte et se prolonge plus longtemps. Enfin, deux grandes théories sont proposées pour rendre compte des modifications E.E.G. : l'hypoxie corticale (Davis et Wallace, 1942 ; Gotoh et al., 1965) et une action sur la formation réticulée mésencéphalique (Bonvallet et Dell, 1954 ; Patel, Maulsby, 1987).

Les données issues de la pathologie, des hyperventilations expérimentales, des hyperventilations rituelles, des thérapies hypnotiques, néo-reichiennes et de l'électrophysiologie, vont toutes dans le même sens et nous permettent une brève conclusion. L'hyperventilation amène une baisse des niveaux de vigilance, une modification des états de conscience, avec un relâchement de la pensée analytique et des défenses, une labilité émotionnelle, une imagerie pouvant aller jusqu'à l'hallucination et une augmentation de la suggestibilité (Lemaire C., 1989). Ainsi, la Relaxation Dynamique Psychomotrice proposant des techniques d'hyperventilation doit être pratiquée dans une

ambiance sécurisante afin d'amener des états de conscience favorables. De même, la technique doit privilégier une respiration abdominale, longue, lente et calme, à l'inverse de ce qui se voit lors d'un syndrome d'hyperventilation. Nous comprenons mieux combien les sujets peuvent être sensibles aux suggestion indirectes présentes dans les consignes de gestes et de visualisation.

Enfin, nous relevons certaines **contre-indications** à l'utilisation de l'hyperventilation. Celles-ci concernent les cas de patients épileptiques, ceux présentant des troubles cardio-vasculaire, les personnes souffrant de psychose, ou celles sujettes aux hallucinations, aux bouffées délirantes, à la dépersonnalisation/déréalisation.

3.4 Schéma corporel et image du corps dans la relaxation

Pour évoquer les concepts de schéma corporel et d'image du corps, il faut balayer des domaines tels que la neurophysiologie, la psychologie génétique, la phénoménologie et la psychanalyse. Il est classique de distinguer le terme de schéma corporel comme relevant de la neurologie et celui d'image du corps comme relevant de la psychanalyse et de la psychologie. Les neurologues s'intéressent à décrire, à travers le schéma corporel, des manifestations pathologiques de modifications de la perception du corps suite à des lésions du système nerveux central et périphérique. Les « psy » veulent rendre compte, à travers l'image du corps, de diverses manifestations psychopathologiques dans lesquelles la conscience du corps est atteinte.

La réalité clinique oblige à penser le corps de façon plus complexe et intriquée que cette dichotomie simplificatrice. Entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire, car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu. Ainsi, en parcourant la littérature qui fait état de ces concepts, nous ne pouvons qu'en relever toute l'ambiguïté, et un malaise nous prend lorsqu'il nous faut avancer une définition qui soit partagée par la plupart des auteurs. Dès lors, nous optons pour suivre le développement de ces notions, de schéma corporel et d'image du corps, et pour en souligner les apports, les enrichissements et les extensions apportés au fil du temps par les différents domaines scientifiques. Nous chercherons également à proposer des ponts entre ces outils conceptuels et le vécu en relaxation.

3.4.1 Petit récapitulatif sur le schéma corporel

Pour Bonnier et Head (Hécaen, Ajuriaguerra, 1952), ce schéma ou modèle du corps est une **réalité permanente**. C'est un **standard**, bien qu'incessamment remis en question, qui donne la valeur spatiale de toute sensation et le sentiment de présence du corps. Enfin, Lhermitte (1942) insiste sur la nécessité de rendre compte des praxis à travers le schéma corporel. Pour agir sur les objets qui nous entourent, pour nous déplacer, il nous faut avoir de façon plus ou moins consciente « l'idée de notre corps ». C'est-à-dire une perception liée aux afférences actuelles, mais aussi une « image souvenir ». Il accorde aux données kinesthésiques et visuelles, ainsi qu'aux afférences vestibulai-

res, un rôle prépondérant dans cette édification. Dès lors, le schéma corporel est conçu comme « né de l'apport des sens, et s'en émancipant pour devenir condition de l'expérience » (Lhermitte, 1942) rend compte des données cliniques.

Nourri de ces différents travaux, Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : « **édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification** » (Ajuriaguerra, 1970). Il va plus loin lorsqu'il explique que dans la constitution de « l'image du moi corporel de l'homme, la sensorimotricité, l'image d'autrui et la vie instinctivo-affective ne peuvent être séparées qu'artificiellement ».

En conséquence la somatognosie s'élabore à l'âge où naît la conscience de la personne comme sujet autonome, elle n'est pas construite définitivement et toutes les expériences nouvelles peuvent la modifier. Le schéma corporel s'appuie sur le **système cortico-anatomique**. Il relève d'une structure qui intègre les perceptions sensorielles et traduit le vécu d'un hémicorps (Schilder, 1950). Il est le substrat neurologique de l'image du corps, mais il n'est pas une image, il est lié à l'expérience motrice, au ressenti musculaire et cénesthésique qui permet l'intégration de l'espace. Il est d'intégration précoce, particulièrement autour de la première année de vie (A. Sanglade, 1983).

Le schéma corporel peut être **conscient** par l'effet d'une excitation ou d'une recherche volontaire. Il est surtout de l'ordre du **préconscient**, déjà Lhermitte (1942) le situait « à l'arrière-plan de notre conscience ».

Il fonctionne sur des organisations sensori-motrices et cognitives. C'est une représentation permanente, figuration spatiale du corps et des objets. S'il est permanent, il est également malléable, les nouvelles expériences s'y référant et l'enrichissant (Anzieu, 1985). Les psychanalystes le voient comme préconscient avec une fonction essentiellement constitutive du moi. Cependant, Schilder attribuait un aspect « **inconscient** organique » au schéma corporel.

Les travaux de **Schilder** (1968) concernant le schéma corporel marquent un tournant d'une grande importance. Il admet qu'un mécanisme neurologique essentiel existe au niveau pariétal, cependant il avance des conceptions psychanalytiques d'investissement libidinal du corps et parle d'image du corps. Ainsi, le schéma corporel reste sous la dépendance des processus émotionnels et des besoins biologiques qui en représentent l'énergie et la force directrice.

3.4.2 Petit récapitulatif sur l'image du corps

L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première **représentation inconsciente de soi**, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors (Schilder, 1968).

Nous pouvons relever certaines caractéristiques de cette image du corps. D'abord, son acquisition se fait plus tard que celle du schéma corporel (A. Sanglade, 1983). Comme nous l'enseignent les phénoménologues, l'image inconsciente du corps scelle notre **lien avec le temps**, elle est liée au sujet et à son histoire.

L'image du corps peut également être assimilée à la **représentation de soi**, c'est-à-dire au « corps

objectalisé qui médiatise la relation à l'autre et agit comme le passage entre le dedans et le dehors, entre le Moi et les autres. Cette représentation de soi dépend des relations aux autres et de leur qualité, ainsi que de la formation du narcissisme. A tout moment elle peut être modifiée. Elle peut s'éprouver solide ou détruite, désirée ou rejetée, elle est liée à l'épreuve du narcissisme et à la vie relationnelle » (A. Sanglade, 1983). Cette définition souligne le lien de l'image du corps et du **narcissisme** (F. Dolto, 1984). De même, le concept d'image du corps vu comme un espace mental peut être étendu à celui de « **Moi-peau** », cette « peau pour la pensée » décrite par Anzieu (1985).

3.4.3 La relaxation au regard des notions d'image du corps

Nous pensons que la relaxation permet de toucher à tous les pans de l'image du corps tels qu'ils ont été développés plus haut. Il faudrait évoquer ici le phénomène de **régression**. Rappelons nous le dispositif de la relaxation avec les conditions de silence, de lumière atténuée, la position allongée, la voix tranquille du thérapeute, l'importance des sensations du corps. Dans les descriptions que font les patients de leur état pendant la relaxation dynamique, le phénomène de régression est au premier plan.

Un patient l'exprimait très clairement : « Je me sens bercé comme un bébé » ; il décrivait des sensations de balancement qu'il appelait affectueusement sa « balançoire ». Tout porte à croire que de telles conditions favorisent une régression chez le patient (Bergès J, Bounes M., 1974, Sapir M, 1975).

Nous nous référons à la définition que donnent Laplanche & Pontalis de la régression (1967, p. 400-403), et nous en retiendrons surtout l'aspect concernant le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relation d'objet, identification...). Nous touchons véritablement à « l'enfant dans le patient », pour reprendre une expression de Balint. Cette régression peut conduire le sujet à vivre une image du corps enfoui dans les strates du passé.

La question qui est de mise ici est de savoir si tous les patients peuvent avoir accès à cette régression sans dommage. La polémique à ce sujet est grande. Notre expérience clinique nous montre que la relaxation n'est pas à utiliser sous sa forme habituelle avec des patients psychotiques lorsqu'ils sont dans un état de trop grande dissociation. Ce sans quoi nous verrions immédiatement surgir l'angoisse de morcellement avec le risque d'acculer le patient à se réfugier dans son délire et ses hallucinations.

Cependant, il est tout à fait profitable d'utiliser la relaxation, à l'image de ce que nous avons pu dire précédemment concernant le schéma corporel, non comme une modifications des états de conscience, mais comme un étayage du psychisme sur le corps. Le thérapeute n'a pas comme but d'abaisser les niveaux de vigilance ou le tonus, il axe bien plutôt son travail sur la structuration du schéma corporel du patient et contient d'éventuels moments d'angoisse. Nous sommes là, dans un travail où le thérapeute met à la disposition de son patient son psychisme tel un « Moi auxiliaire » (D. Anzieu), sa capacité de transformer des émotions inassimilables, en quelque chose de recevable pour le patient, il est ici question de la fonction alpha du thérapeute (Bion, 1962). Elle offre au patient l'opportunité d'une expérience où pourrait se constituer, par ce mécanisme d'étayage et l'introjection de la fonction contenant du thérapeute, une enveloppe psychique (D. Anzieu), une peau psychique (E. Bick). Nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons pu écrire de l'image du corps dans son aspect d'enveloppe et de contenant psychique.

Nous observons de nombreux comportements et remarques concernant **la voix** du relaxateur. Ce

phénomène en relaxation attire notre attention et il peut être mis en correspondance avec le concept d'image du corps. Tel sujet dit percevoir dans les moments de profonde relaxation : « une voix loin, très loin... ». Un autre veut enregistrer la voix du relaxateur, pour se la repasser ultérieurement. Tel autre veut une relaxation avec beaucoup de mots. Tel autre, chez le coiffeur, en écoutant le ronron du sèche-cheveux, se met à penser à la voix de son relaxateur et sent son corps détendu, alors que d'ordinaire le sèche-cheveux le crispe. Certains relaxés attribuent des qualificatifs généraux à la voix du relaxateur, d'autres au contraire ont des remarques désobligeantes. Il semble qu'en matière de voix, chacun fait comme il l'entend.

Alors comment l'entendent les sujets en relaxation ? Par les mots, le relaxateur guide les sujets dans leur corps. Mais c'est bien la voix qui les touche, par sa mélodie, ses modulations, ses intonations. Les gens expriment qu'elle est inductrice de calme, qu'elle est rassurante, enveloppante, gratifiante, qu'elle est bonne. Wolff (*in* Anzieu, 1985, p.164-165) montre que la voix de la mère est la manière la plus performante d'arrêter le cri d'un nourrisson de moins de trois semaines. Nous en déduisons que la voix a une fonction archaïque d'apaisement. J. Marvaud (1987) nous dit comment le bain sonore, qui caractérise le monde de l'enfant, resurgit sans cesse en relaxation. Les paroles du thérapeute peuvent évoquer la voix paternelle toute puissante, jugeant, autorisant, interdisant, ou la voix maternelle, douce, enveloppante, chaude, une voix gratifiante, narcissisante. Le **sentiment d'enveloppement par la voix**, si souvent exprimé, nous évoque le concept « d'enveloppe sonore du soi », énoncé par Anzieu (1985, p.159-173). Celui-ci s'est efforcé de mettre en évidence l'existence d'une sorte d'organisateur du Moi, plus précoce que l'image spéculaire telle que nous l'avons présentée plus haut. Nous pouvons penser que cette voix du relaxateur offre une expérience structurante et narcissisante au relaxé.

Qu'en est-il du **narcissisme** en regard de l'image du corps en relaxation ? Anzieu nous permet de faire un lien avec ce que nous venons de dire à l'instant. Il remarque que la mythologie grecque, à travers Echo et Narcisse, a bien repéré l'intrication du miroir sonore et du miroir visuel dans la constitution du narcissisme (D. Anzieu, 1985, p.170-171). J. Laplanche et B. Pontalis (1967) définissent le narcissisme comme désignant, en référence à Narcisse, l'amour porté à l'image de soi-même.

Ces auteurs précisent l'intrication entre le Moi, le schéma corporel et le narcissisme : « On peut concevoir la constitution du Moi comme unité psychique corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est le Moi. Le narcissisme serait la captation amoureuse du sujet par cette image » (J. Laplanche et B. Pontalis, 1967).

Nous l'avons développé plus haut, J. Lacan a mis en rapport ce premier moment de la formation du Moi avec cette expérience narcissique fondamentale qu'il désigne sous le nom de « stade du miroir » (1966). F. Dolto (1984) montre que l'image du corps est le support du narcissisme. Mais surtout, avant l'expérience du miroir, c'est la mère qui donne sens au narcissisme de son enfant et le soutient par son corps, par son schéma corporel à elle.

Nous soutenons l'idée que dans l'expérience de la relaxation, le relaxateur est le support du narcissisme du relaxé. Il se produit un retour à un narcissisme primaire pendant le temps de la séance, véritable investissement du Moi par la libido. Si le regard du relaxateur posé sur le relaxé a une fonction narcissisante, la voix et son écho au niveau de l'image du corps nous paraît tout aussi essentielle. En effet, l'attention du relaxé est constamment attirée vers son corps, vers ses sensations. Le relaxateur utilise sa propre expérience de la relaxation, se référant aux sensations imprimées dans son propre schéma corporel. Il aide le relaxé à prendre conscience de ses modifications toniques tout au long de la séance, par le repérage et l'élimination de ses tensions. Cette attention par-

ticulière du relaxateur pour le corps de son patient, qui le mène vers un état de mieux-être, ce monde qui, pour le relaxé, se restreint à des sensations et à une voix, tout ceci investit le corps d'une importance affective particulière, et amène le patient à se renarcissiser.

Bibliographie

Pour une information générale et exhaustive nous renvoyons le lecteur au livre suivant :

Hissard M-J. (1988). *Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui*. L'Harmattan, Tomes I et II.

1. Durand de Bousingen R., Geissmann P. (1968). *Les méthodes de relaxation*. Ed. Charles Des-sart, Bruxelles.
2. Schultz J.H. (1958). *Le training autogène*. PUF, Paris, 1974.
3. Jacobson E. (1962). *you must relax*. Mc Graw-Hill Book Company, New York (Non traduit).
4. Jacobson E. (1974). *Biologie des émotions. Les bases théoriques de la relaxation*. E.S.P., Pa-
ris.
5. Jacobson E. (1980). *Savoir relaxer pour combattre le stress*. Les éditions de l'homme, Mon-
tréal.
6. Jarreau R. (1987). La dérente sensorielle en relaxation statico-dynamique. *In Les relaxations
thérapeutiques aujourd'hui*. L'Harmattan, Tome II, Paris.
7. Lemaire J-G. (1964). *La relaxation*. Petite bibliothèque payot, Paris.
8. Sapir M. - « Sens et place de la relaxation » *in « La relaxation : son approche
psychanalytique »* - Dunod : Paris, 1975
9. Sapir M. (1993). *La Relaxation à inductions variables*. La Pensée Sauvage, Grenoble.
10. Wolpe (1976). *La pratique de la thérapie comportementale*. Masson, Paris.
11. Journe B. (1988). *Biofeed-Back, une relaxation objective*. *In Hissart M-J. Les relaxation thé-
rapeutiques aujourd'hui*. L'Harmattan, tome II, Paris.
12. Bergès J., Bounès M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Masson, Paris.
13. Wintrebert H. (1986). La relaxation thérapeutique chez l'enfant. *In Relaxation thérapeutique*.
Masson, pp80-86.
14. Wintrebert H., Michaux L. (1970). La relaxation chez l'enfant par le mouvement passif. *Rev.
Méd. Psychosomat.* . 3, 32-64
15. Wintrebert H. (1969). Utilisation thérapeutique de la relaxation chez l'enfant. *Prog. Méd.* 9,
173-180
16. Digelmann D. (1971). *L'eutonie de Gerda Alexander*. Edition du Scarabée, Paris.
17. Brieghel-Muller G. (1979). *Eutonie et Relaxation*. Delachaux et Niestlé, Lausanne-Paris.
18. Dupont R. (1998). *La relaxation : la relaxation de Jacobson*. Ed. Vernazobres-Greco.
19. J. Laplanche & B. Pontalis - *Vocabulaire de la psychanalyse* - PUF : Paris, 1967
20. J.G. Lemaire - *La relaxation* - Payot : Paris, 1964
21. H. Wallon - *Les origines du caractère chez l'enfant* - PUF : Paris, 1954
22. J. De Ajuriaguerra - *Langage, geste, attitude motrice* - Maloine : Paris, 1953

23. Wolff, cité in D. Anzieu - *Le Moi-peau* - Dunod : Paris, 1985 (p.165)
24. J. Marvaud - *Le transfert en relaxation* in M.J. Hissard - « Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui » - L'harmattan-I.F.E.R.T. : Paris, 1987 (tome II)
25. D. Anzieu - *L'enveloppe sonore* in « Le Moi-peau » - Dunod : Paris, 1985 (p.159 à 173)
26. R. Graves - *Les mythes grecs* - Fayard : Paris, 1967 (p.306)
27. J. Lacan - *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* in R.F.P., 1949, XIII, 4
28. F. Dolto - *L'image inconsciente du corps* - Seuil : Paris, 1984 (p.156)
29. D. Winnicott - *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels* in « Jeu et réalité » - Gallimard : Paris, 1975 (chap. I)