

LES RELAXATIONS

Louis Guérette m.d.
Hopital Notre- Dame

I - MECANISME PHYSIOLOGIQUE:

a) Le réponse de stress:

Essentiellement, la réponse de stress prépare l'organisme pour le combat ou la fuite ("fight or flight"). Le glucose, source fondamentale d'énergie, est alors mobilisé à partir de ses sites d'entreposage. Le flot sanguin, qui transporte le glucose, se déplace des organes non-essentiels à l'effort physique, tels la peau ou les intestins, pour irriguer rapidement les organes cruciaux, c'est à dire le coeur, les muscles squelettiques et le cerveau. Cette modification du flot sanguin s'accomplit en partie par la constriction de certains vaisseaux, la dilatation de certains autres et l'augmentation du rythme cardiaque. Dans le même instant, la cognition devient plus aiguë (peut-être pour faciliter le traitement de l'information) et la perception de la douleur s'atténue. Les activités physiologiques qui ne représentent pas de bénéfices immédiats sont remises à plus tard: la croissance, la reproduction, le processus inflammatoire et la digestion, activités coûteuses, sont inhibées.

L'activation chronique de la réponse de stress nuit à la santé de multiples façons. Si le glucose est constamment mobilisé au lieu d'être emmagasiné, les tissus sains s'atrophieront et la fatigue s'installera plus facilement. Au bout d'un certain temps, les modifications cardiovasculaires entraîneront de l'hypertension, laquelle à son tour provoquera des lésions cardiaques, vasculaires et rénales. De plus, si les processus de croissance sont remis indéfiniment à plus tard, le corps en paiera vite le prix sous forme de croissance et de réparation tissulaire retardées, de fertilité réduite et, comme les études de Selye le suggèrent, de fonctionnement immunitaire diminué et d'une susceptibilité accrue aux ulcères peptiques.

b) La réponse de relaxation:

Il existe un certain nombre de techniques physiques ou mentales qui partagent la propriété de provoquer une activation de l'hypothalamus antérieur s'étendant aux régions supra et pré-optiques, septale et thalamique latérale inférieure. Cette réponse, appelé "réponse trophotropique" [de τροφειν, (trophein), croître et τροπος, (tropos) mouvement] par Hesse en 1957, s'oppose à la "réponse ergotropique" [de εργ (erg), travail] qui résulte, elle, de l'activation de l'hypothalamus postérieure et correspond à la réponse de stress (Selye), de "fight or flight" (Cannon) ou tout simplement de défense.

Cette réponse trophotropique correspond à ce que Benson (1974) a appelé "relaxation response" et se caractérise objectivement comme suit:

<u>Diminution de:</u>	<u>Augmentation de:</u>
diamètre pupillaire	résistance électrodermique (GSR)
tension artérielle	flot sanguin cérébral (60 à 200%)
élimination du CO ₂	ondes alpha et parfois thêta
rythme respiratoire	niveau de la prolactine sérique
rythme cardiaque	
acide lactique artérielle	
consommation d'oxygène	

Subjectivement, on expérimente alors un état bien particulier:

- sensation de calme, de bien-être, de flottement
- dissolution relative des frontières du moi
- évolution possible dans certains cas vers un "état altéré de conscience" appelé aussi "vigilance au repos", "quatrième état de conscience" ou "conscience transcendantale". C'est là le terrain où la biologie, la psychiatrie et le mysticisme se recourent...

II - CLASSIFICATION DES RELAXATIONS:

Avec induction principalement mentale:

- "Relaxation response" ¹(Benson)
- Training autogène (Schultz et Luthe)
- Sophrologie
- Hypnose
- Raja Yoga
- Méditation transcendantale
- Zen

Avec induction principalement physique:

- Relaxation progressive (Jacobson)
- Hatha Yoga
- Massages
- Rééducation psychotonique (préconisée par Ajuriaguerra et Gerda Alexander).

III- INDICATIONS DES RELAXATIONS:

a) comme anxiolytique, on peut les utiliser pour soulager l'insomnie, la dépendance aux drogues et médicaments, la panique ou l'anxiété généralisée, la douleur chronique, etc... On les emploie régulièrement pour la

¹ Les techniques de relaxation qui sont soulignées seront particulièrement étudiées et pratiquées lors du cours.

désensibilisation des phobies et le traitement de certains problèmes sexuels. Soulignons qu'on ne vise à traiter ainsi que l'anxiété dont la cause n'est pas conflictuelle ou, du moins, pas accessible à la compréhension du patient.

b) comme instrument de rééducation psychophysique spécifique, on les utilise dans les affections psychosomatiques en fonction des mécanismes physiologiques impliqués, par exemple dans l'hypertension, la céphalée ou la migraine, l'asthme, la colite, la crampe de l'écrivain, etc... On vise à généraliser par l'apprentissage répété un état de détente psychophysique qui va devenir constant ou du moins provoqué facilement par le patient au moindre stress. Soulignons qu'ici, comme en (a) d'ailleurs, l'apprentissage de la relaxation a aussi pour effet de rendre le patient beaucoup plus conscient de ses états de tension, de sorte qu'il peut intervenir de plus en plus tôt pour contrôler une anxiété qui n'a pas encore pris des proportions irréductibles.

c) comme instrument d'exploration psychothérapeutique, on les utilise par exemple dans l'abréaction autogène, la rééducation psychotonique, le rêve éveillé, l'imagerie dirigée, certaines techniques de gestalt etc.

IV- THEORIES EXPLICATIVES:

Le fait que la réponse trophotropique mette en cause plusieurs mécanismes physiologiques ne nous indique pas cependant lesquels déterminent le résultat thérapeutique recherché. Plusieurs théories s'offrent ici:

- a) relaxation physiologique (Benson)
- b) désensibilisation globale (Goleman)
- c) catharsis psychophysique (Schultz et Luthe)
- d) contrôle de la réponse émotionnelle par l'action sur la réponse physiologique qui, du moins selon Jacobson, la précède et la détermine (et non l'inverse comme les théories habituelles le prétendent).

V- PROBLEMES D'APPLICATION:

- a) exacerbation générale d'un transfert:
 - libidinal (sexuel)
 - agressif (être contrôlé ou être attaqué)
 - dépendant ou symbiotique
- b) problématiques particulières liées à la dynamique du patient:
 - borderline ou prépsychotique: dissolution accrue du moi
 - paranoïde: être sans défense contre attaques anticipées
 - homosexualité latente: passivité dangereuse
 - obsessionnalité: perfectionnisme tendu, concentration exagérée sur les détails ou refus d'être contrôlé
 - passif-dépendant: attentes magiques et sans effort
 - histrionique: suggestion pure, sans apprentissage

- hypochondrie: perception accrue et pathologique du corps

On peut généralement éviter ou surmonter ces problèmes en modifiant la position employée (assise, couchée, debout), le type de technique (physique ou mentale), les exercices choisis (tout le corps ou une partie seulement) ou le rationnel donné au patient (l'état de relaxation est un état de force et non de faiblesse, etc...).

c) autres problèmes:

- le patient ne pratique pas régulièrement ou pas du tout. C'est le problème le plus courant; le thérapeute doit intervenir par l'encouragement, l'interprétation, de nouvelles explications ou une modification des consignes, selon le problème en cause.

- le patient s'endort pendant ses exercices; ce n'est pas là un problème grave ni rare. On prescrira des exercices plus courts et plus fréquents.

- le patient a de la difficulté à se rappeler ses exercices ou à se concentrer. On peut faire ici appel à un disque (qu'on peut trouver sur le marché) ou à une cassette commerciale ou même enregistrée durant une session par le thérapeute lui-même.

VI- QUELLE METHODE CHOISIR?

On prendra ici en considération plusieurs facteurs: par exemple:

a) le type de problème présenté: tension localisée à un groupe musculaire ou non; symptômes somatiques de type autonome ou musculaire, présence de maladie physique, etc...

b) le type de personnalité du patient: hypochondriaque ou non, capacité plus ou moins grande de mentaliser, etc...

c) le type d'environnement: horaires, disponibilité, etc... horaires, son environnement physique.

Par ailleurs, le thérapeute ne devrait pas se soumettre religieusement à un protocole technique précis mais, au contraire, se sentir libre d'adapter n'importe quelle technique aux besoins de son client. Il est bon de connaître au moins une technique à induction physique (Jacobson...) et une technique à induction mentale (training autogène...).

De même, la relaxation pourra être utilisée soit comme thérapie principale, soit comme instrument thérapeutique conjoint au support, à l'interprétation, à l'apprentissage, etc..

VII- CONSEILS PRATIQUES:

Les procédures techniques seront enseignées durant les cours et bien détaillées dans la littérature qui y sera distribuée. Cependant, insistons sur quelques points cruciaux:

- Viser l'anxiété résiduelle, conditionnée, non reliée de façon fonctionnelle à un concept précis ou à un conflit. Sinon une approche verbale plus classique devra d'abord être privilégiée.

- Toujours fournir un rationnel détaillé et adapté au patient.
- Souligner l'importance cruciale de la pratique quotidienne
- Utiliser au besoin l'auto-observation (tension et détente)

- Pour le training autogène.

- accent sur la concentration passive
- périodes courtes (1-3 minutes) mais fréquentes (3/4 fois par jour)
- utilisez les trois positions possibles
- attention aux automatismes idéatoires, sensitifs et moteurs

- Pour la relaxation progressive.

- procéder lentement (règle des 2/3-1/3)
- mettre l'accent sur des contractions minimales
- mettre l'accent sur les perceptions corporelles de tension et de détente

VIII- CONCLUSIONS:

BIOLOGIE, SOCIÉTÉ ET COGNITION

Robert Sapolsky, professeur de biologie à Stanford, a démontré (Scientific American, Janvier 1990) que chez le babouin olive (*papio anubis*), la dominance est reliée à une réponse de stress diminuée, telle que démontrée par une réponse très spécifique à l'animal dominant et caractérisée par une montée de la testotérone dans l'heure qui suit un stress (plutôt qu'une diminution de la testostérone dans les mêmes circonstances chez les animaux subordonnés). Cette augmentation temporaire de testotérone en stress dépend d'un niveau optimal de cortisol qui demeure relativement bas (au contraire des déprimés qui maintiennent des niveaux élevés de cortisol même après la prise de dexaméthasone). Mais, plus important encore, cette variable physiologique semble reliée de façon claire à des traits de comportements qui sont en partie acquis mais en partie innés. Ces traits sont les suivants:

- capacité de bien différencier entre les interactions menaçantes et les interactions neutres (chez l'humain, la capacité de ne pas s'énerver pour tout et pour rien.)
- capacité d'initier un combat dans des situations d'agression réelle (chez l'humain, la capacité de prendre l'initiative et d'agir au lieu de subir passivement les événements).
- capacité d'initier les seuls combats susceptibles de tourner à l'avantage de l'animal (chez l'humain, la capacité de choisir ses entreprises en fonction des chances de succès).
- capacité de différencier correctement entre un combat perdu et un combat gagné (chez l'humain, la capacité de savoir accepter ses échecs et s'y adapter).

- capacité de déplacer l'agression (sur un animal subordonné) après avoir perdu un combat (chez l'humain, la capacité de savoir "sublimer" ou déplacer constructivement).

Voilà une démonstration fascinante de l'interrelation étroite entre le **biologique** (niveaux de cortisol), le **social** (dominance) et le **cognitif** (discrimination, attitude, etc...). Ce qui est encore plus intéressant, c'est qu'elle montre comment on peut aborder le problème du stress (au sens large) à partir de chacun des trois paliers avec de bonnes chances d'obtenir une répercussions sur les deux autres. Par exemple, on peut choisir d'agir directement sur la biologie (médicaments, relaxation, etc...), la cognition (thérapies cognitives) ou la présence sociale (thérapies d'affirmation de soi). Ce sera précisément la philosophie de ce cours que de chercher à intégrer des approches psychothérapeutiques aussi diverses que multiples, sans leur accorder la préséance idéologique que leurs champions réclament, mais en les subordonnant toutes à un objectif supérieur: le traitement efficace du patient.

VIII- BIBLIOGRAPHIE:

Les références encadrées sont distribuées avec les notes de cours et doivent avoir été lues pour participer de façon profitable au cours. Celles qui ne sont pas distribuées, accessibles par les bibliothèques hospitalières, valent facilement l'effort qu'on fera pour se les procurer.

Benson H. : *The Relaxation Response Psychiatry* Vol.37 1974

Benson H. : *The Relaxation Response* Avon (paperback) 1975. Une page de ce livre est distribuée au cours.

Bogart Greg: *The Use of Meditation in Psychotherapy: A review of the Literature.* American Journal of Psychotherapy, Vol XLV, No. 5, July 1991

Craven JL. : *Meditation and Psychotherapy.* Canadian Journal of Psychiatry, Oct. 1989 Vol. 34.

Demers-Desrosiers Louise: *Traitement de la crampe d'écrivain par une technique de relaxation - La rééducation psychotonique: rapport d'un cas.* L'Union médicale du Canada Septembre 1978.

Digelmannk D. et Kammerer T.H.: *Rééducation psychotonique.* L'eutonie de Gera Alexander. Encyclopédi Médico-chirurgicale Fascicule 37820 B³⁰

Fischer Roland: *A Cartography of the Ecstatic and Meditative States* SCIENCE Vol 174, 26 novembre 1971, pages 897-904.

Geissmann P., Durand de Bousingen, R. (1968): *Les méthodes de relaxation* Coll. Psychologie et Sciences Humaines, Dessart éd. Bruxelles.

Guérette, Louis: Verbatim de protocole de relaxation (type relaxation progressive de Jacobson).

Jacobsen R., Edinger J.D.: Sides Effects of Relaxation Treatments *Am. J. Psychiatry* 139:7, 982.

Kennedy R.B.: Self-Induced Depersonalization Syndrome *Am. J. Psychiatry* 133:11. 1976

Kieffer M.: Une relaxation différente *Psychologie* Mai 1973

Kutz Ilan, Borysenko J. et Benson Herbert: Meditation and Psychotherapy: A Rationale for the Integration of Dynamic Psychotherapy, the Relaxation Response and Mindfulness Meditation. *The American Journal of Psychiatry*, 142:1 Jan 85.

Lemaire J.G.: *La relaxation* Petite Bibliothèque Payot 1964

Luthe, Wolfgang: La thérapie autogène: traitement psychophysiologique en pratique générale. *Le médecin du Québec*, Avril 1979

Sapolsky, Robert: Stress in the Wild. *Scientific American*, Janvier 1990 p.116-123

Shapiro Deane, et Giber David: Meditation and Psychotherapeutic Effects. *Arch Gen Psychiatry* - Vol 35, Mars 1978.

Schultz J.M. : *Le Training autogène* Presses Universitaires de France 1958

Tart, Charles T. : States of Consciousness and State Specific Sciences *SCIENCE*, Vol 176, 16 juin 1972. pages 1203-1210.

EXERCICES DE RELAXATION

Pour chaque exercice, il est très important de:

- a) le faire lentement et relâcher lentement
- b) vous concentrer sur les sensations de tension et de relaxation musculaire ainsi créés.

- 1- Fléchissez vos orteils vers le bas comme pour toucher la plante de vos pieds avec vos orteils. Relâchez lentement et notez la différence.
 - 2- Fléchissez vos orteils en direction de votre tête. Sentez la douleur dans vos mollets. Relâchez.
 - 3- Pointez vos pieds et vos orteils vers le mur en face de vous.
 - 4- Pointez vos pieds et vos orteils en direction de votre visage.
 - 5- Enfoncez vos talons fortement vers le bas, dans le divan. Poussez avec l'arrière des genoux sur le divan. Contractez les muscles de vos fesses.
A partir de maintenant, vous ne bougez plus votre corps de la taille en descendant.
 - 6- Contractez les muscles de votre estomac comme pour former un mur bien dur ou comme si vous vous prépariez à recevoir un coup de poing.
-
- 7- Enfoncez les muscles de votre estomac comme si vous voulez toucher votre colonne vertébrale avec votre abdomen.
 - 8- En gardant vos hanches et vos épaules sur le divan, pliez votre colonne vertébrale vers le haut de façon à former un pont.
 - 9- Prenez une respiration profonde en dilatant vos poumons et votre thorax le plus possible.

- 10- Serrez vos poings le plus fortement possible.
- 11- Pliez les bras et contractez vos biceps. Serrez fort comme si vous souleviez un gros poids.
- 12- Les bras étendus sur le divan, enfoncez vos paumes fortement vers l'intérieur du divan.
- 13- Relevez vos épaules en direction de votre tête.
- 14- Ramenez vos épaules dans votre dos le plus fortement possible. Gardez le corps détendu des épaules en descendant.

-
- 15- Tournez votre tête lentement vers la droite aussi loin que vous en êtes capable.
 - 16- Fléchissez votre tête vers l'avant comme pour toucher votre poitrine avec votre menton.
 - 17- Froncez les sourcils.
 - 18- Fermez les yeux très fortement.
 - 19- Déplacez vos yeux le plus loin possible vers le haut.
 - 20- Déplacez vos yeux le plus loin possible vers le bas.
 - 21- Déplacez vos yeux le plus loin possible vers la gauche.
 - 22- Déplacez vos yeux le plus loin possible vers la droite.
 - 23- Faites un cercle avec vos lèvres comme pour prononcer la lettre "O".
 - 24- Ouvrez la bouche aussi grande que possible.
 - 25- Appuyez votre langue contre votre palais et pressez fortement.
 - 26- Serrez les dents très fort.
 - 27- Détente complète. Concentrez votre attention sur votre respiration. Elle doit être lente et régulière.

Sans bouger
la tête

Atelier de relaxation

Technique de Jacobson

Louis Guérette m.d.

Il est important que vous ayez l'expérience de diriger un traitement de relaxation. Ce n'est pas une entreprise compliquée si nous sommes bien coordonnés. Je vous propose la méthode suivante. Je vous ai divisé(e)s en trois groupes de deux et un groupe de trois résident(e)s de la façon suivante:

Équipe 1: Dany Boudreau et Caroline Lheureux

Équipe 2: Dominique Thouin et Karine Igartua

Équipe 3: Odile Lapierre et Marie-Andrée Beauchemin

Équipe 4: Geneviève Lampron, Nguyen Ngoc Tram et Natasha Dufour

(Geneviève relaxe Tram qui relaxera Natasha qui relaxera Geneviève, ou l'ordre que vous préférerez)

Vous pourrez utiliser à votre choix l'un ou l'autre des quatre divans suivants disponibles sur le département:

- bureau de Mme Huguette Poitras, ergothérapeute au troisième Mailloux
- bureau du Dr. Jean-Charles Crombez au deuxième Mailloux
- bureau du Dr. Denis Lacroix au deuxième Mailloux
- bureau de votre collègue Karine Igartua, dans le corridor du deuxième Mailloux, vers la cafétéria.

Chaque équipe pourra contacter n'importe quel des propriétaires de divan qui se feront un plaisir de vous prêter leur bureau à une heure préalablement établie.

L'exercice consiste à se pratiquer à relaxer son ou sa collègue par la méthode de Jacobson, puis à recevoir un feedback de votre partenaire sur l'exercice s'il y a lieu. Une fois l'exercice effectué, vous ne devriez plus avoir la moindre réticence à utiliser la technique avec un patient.

On discutera dans le cours des difficultés, contre-indications, complications et applications pratiques de la technique.

LES ETATS ALTERES DE CONSCIENCE

("Altered States of Consciousness" (ou ASC) d'après A. LUDWIG)

Louis Guérette m.d
Hôpital Notre-Dame

1. Production des ASC:

a) Réduction de la stimulation extéroceptive et/ou de l'activité motrice. Exemples: déprivation sensorielle, maladie du kayak, hypnose de la route, hallucinations nocturnes, hallucinations post-cataractomie, états hypnagogiques ou hypnopompiques.

b) Augmentation de la stimulation extéroceptive et/ou de l'activité motrice. Exemples: lavage de cerveau, tam-tam, derviches tourneurs, "jogging".

c) Diminution de l'éveil mental ("alertness") Exemples: association libre, rêveries diurnes, relaxation, satori, samadhi.

d) Augmentation de l'éveil mental. Exemples: prière, vigilance prolongée, concentration intense, leader charismatique.

e) Facteurs somato-psychiques: Exemples: drogues, hypoglycémie, épilepsie, hyperventilation, déshydratation.

2. Caractéristiques générales des ASC:

- a) altération de la pensée
- b) altération du sens du temps
- c) perte du contrôle sur soi ou sur la réalité
- d) changements dans l'expression des émotions qui deviennent plus désinhibées ou plus détachées
- e) changements de l'image corporelle
- f) distortions perceptuelles ou hallucinations
- g) changements de la signification des choses
- h) sentiment d'ineffable
- i) sentiment de réjuvenation
- j) hypersuggestibilité

3. Fonction des ASC:

a) Elles peuvent exprimer la mésadaptation pathologique reliée à:

- des conflits émotionnels
- l'émergence de pulsions réprimées
- des tendances auto-destructrices
- la fuite des responsabilités
- des lésions organiques

b) Mais elles peuvent aussi exprimer une force d'adaptation créatrice conduisant par exemple à:

- certains phénomènes de guérison
- certaines activités sociales et culturelles paroxystiques mais pourtant profitables à la société qui les favorise
- développement de nouvelles connaissances ou de nouvelles expériences forçant l'individu puis sa société à sortir des sentiers battus (par exemples le mysticisme de Pascal, l'intuition mathématique de Descartes, les visions mystiques, l'inspiration des poètes ou des scientifiques, l'anneau de Kékulé, etc....)

Dans le DSM III-R, les états altérés de la conscience sont classés avec les troubles dissociatifs, sous l'item "Troubles dissociatifs non spécifiés" (300.15).

4) Etiologie des ASC:

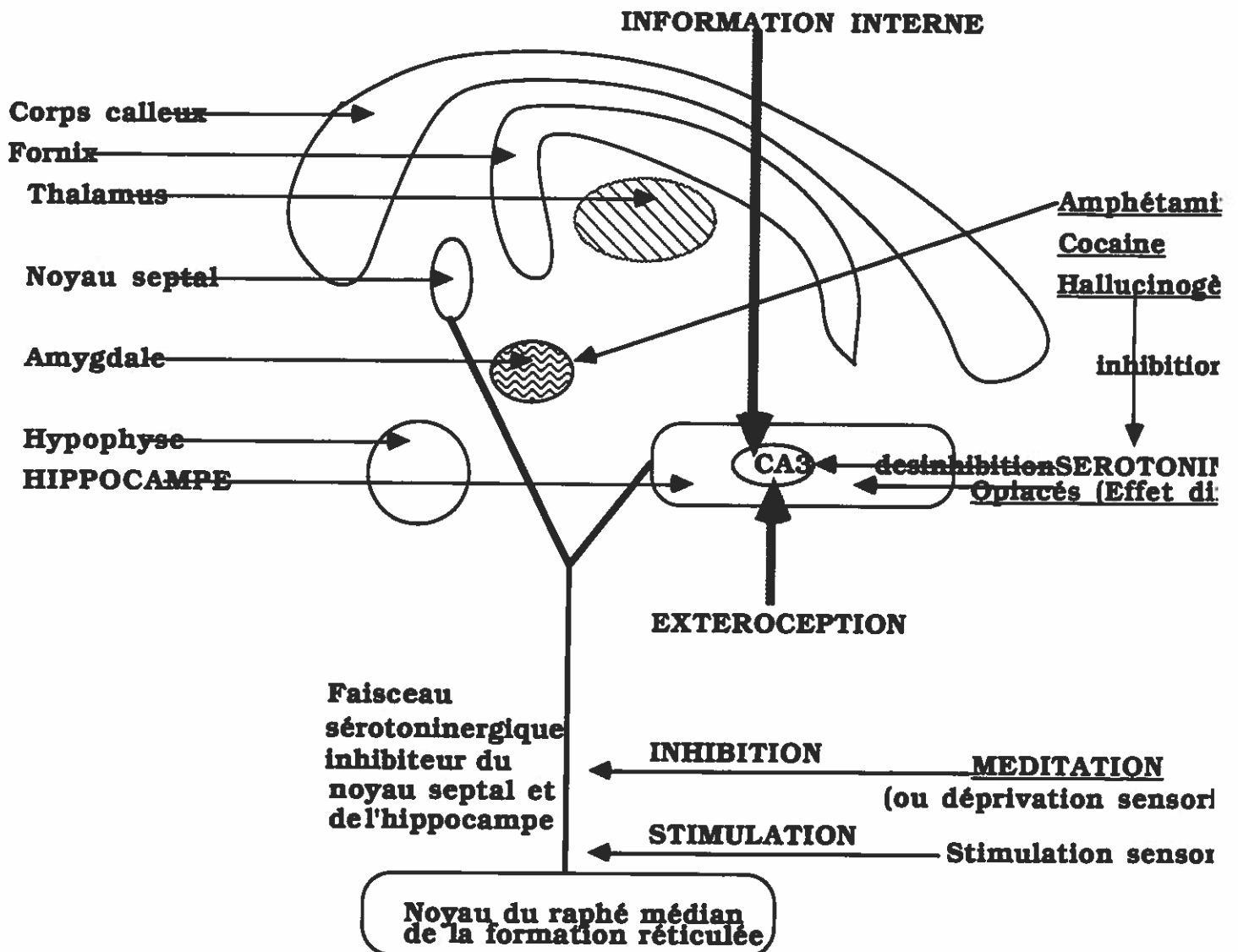
Il existe une masse d'informations fascinantes mais peu organisées sur l'étiologie et la fonction des ASC. Malheureusement aucune explication définitive n'a encore été amenée.

A la page suivante, vous trouverez un schéma illustrant l'hypothèse de Vinogradova, une formulation particulièrement exhaustive et intéressante de ce phénomène. La bibliographie qui suit pourra alimenter ceux qui souhaiteraient en savoir plus long sur cette question.

NEUROPHYSIOLOGIE DE L'EXTASE

(Hypothèse de Vinogradova, 1975)

Vinogradova prétend que les cellules CA3 de l'hippocampe sont chargées de l'intégration des stimulations externes et viscérales avec la cognition, la mémoire et les émotions qui sont d'origine interne. La désinhibition de ces cellules (par inhibition de la sérotonine) ou leur destruction (épilepsie) entraîne une perturbation de cette intégration et des conséquences tout à fait inusitées pour l'individu: perte du sentiment d'identité, sentiment de fusion avec l'univers, automatismes mentaux. Ce état se manifeste à l'EEG par des ondes lentes hypersynchrones dans le gyrus sept de l'hippocampe. Si l'amygdale est impliquée, la tonalité agressive sera prédominante. La relaxation peut produire des effets similaires, sans toutefois impliquer l'amygdale. Arnold Mandel, psychiatre américain, a élaboré en 1978 les détails de cette théorie qu'on trouvera dans le chapitre 14 de "The Psychobiology of Consciousness" édité par Davidson et Davidson (Plenum Press, 1982).



5. Bibliographie:

La bibliographie sur ce sujet est assez volumineuse mais pas toute intéressante; je me contenterai de citer quelques ouvrages qui sont fondamentaux sur la question.

Bogart Greg: *The Use of Meditation in Psychotherapy: A review of the Literature.* American Journal of Psychotherapy, Vol XLV, No. 5, July 1991

Craven JL. : *Meditation and Psychotherapy.* Canadian Journal of Psychiatry, Oct. 1989 Vol. 34.

Davidson, J.M. et Davidson, R.J. *The Psychobiology of Consciousness* Plenum, 1982. (surtout le chapitre 14).

Fischer, Roland: *A Cartography of the Ecstatic and Meditative States.* SCIENCE Vol 174, 26 novembre 1971, pages 897-904.

Kutz Ilan, Borysenko J. et Benson Herbert: *Meditation and Psychotherapy: A Rationale for the Integration of Dynamic Psychotherapy, the Relaxation Response and Mindfulness Meditation.* The American Journal of Psychiatry, 142:1 Jan 85.

Ludwig, Arnold. *Altered States of Consciousness*

Shapiro Deane, et Giber David: *Meditation and Psychotherapeutic Effects.* Arch Gen Psychiatry - Vol 35, Mars 1978.

Tart, Charles T, *States of Consciousness* Dutton paperback 1975

Tart, Charles T. : *States of Consciousness and State Specific Sciences* SCIENCE, Vol 176, 16 juin 1972. pages 1203-1210.

White, John, Ed. *Frontiers of Consciousness. The meetine ground between inner and outer reality.* Julian Press, 1985.

White, John, Ed. *The Highest State of Consciousness* Anchor Books, 1972.

Questions d'examens

Les relaxations - Etats altérés de conscience

Louis Guérette m.d.

Hopital Notre-Dame

1) Etes-vous tendu présentement? Quelles parties du corps?

2) Enumérez six techniques de relaxation

3) Enumérez trois mécanismes de production d'un état altéré de conscience?

7) Décrivez brièvement cinq types de difficultés qu'un thérapeute peut rencontrer en enseignant la relaxation à son patient?

8) Qu'est-ce que le phénomène d'Isakauer?

9) Donnez trois usages thérapeutiques de la relaxation qui sont essentiellement différents entre eux.

10) Dans la théorie de Mandel et Vinogradova sur les états altérés de conscience,

a) Quel est le neuro-mé debateur impliqué

b) Qu'ont en commun les amphétamines, la cocaïne et les hallucinogènes quant à leur action synaptique?

c) Quelle est la principale structure anatomique impliquée?

d) Que peut-on noter à l'EEG? (si les électrodes sont bien placées)

11) **Donnez quatre symptômes subjectifs d'un état altéré de conscience (n'incluant pas la distortion visuelle...).**

12) Vous sentez-vous prêts à prendre un patient en relaxation?

13) Quelles modifications souhaiteriez-vous apporter à ce cours?