

Relaxation et processus de coping à l'adolescence : réflexions sur quelques limites

Relaxation and coping processes in adolescence : considerations about some limits

Marie-Christine DALL'AVA,

Docteur en Psychologie*,

Jean-Michel ALBARET,

Psychomotricien,

RÉSUMÉ

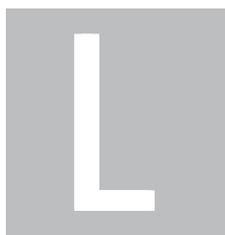
La régulation émotionnelle suscite, outre les mécanismes défensifs, des stratégies multidimensionnelles de contrôle (coping). Leur finalité est le changement soit de la situation menaçante, soit de l'appréciation subjective que le sujet s'en fait. A l'adolescence, les processus de coping sont très actifs car cette période du développement cumule plusieurs stress normatifs. Aider l'adolescent en difficulté par la pratique de la relaxation peut s'avérer utile mais impose de prendre en compte certaines limites. L'apparition d'effets secondaires, anxiété et attaques de panique induites, mérite réflexions. Certaines stratégies de coping, utilisant directement le corps, peuvent s'avérer incompatibles avec la relaxation. En priver l'adolescent l'amènerait à un sentiment de perte de contrôle, probablement à l'origine de certains effets paradoxaux de la relaxation.

MOTS-CLÉS : régulation émotionnelle, stratégies de coping, relaxation, effets secondaires indésirables

SUMMARY

The emotional regulation involves multidimensional control strategies (coping) in addition to defense mechanisms. Their aim is to change whether the stressful situation or the subjective appraisal experienced by the subject. During adolescence, the coping processes are very active because this developmental area adds several normative stress. It can be useful to help the clinical adolescent with relaxation, but this practice reveals some limits. The occurrence of side effects, relaxation-induced anxiety and relaxation-induced panic, is worth thinking over. Some coping strategies, which use more directly the body, can be inconsistent with relaxation. Without them, the adolescent could experiment a loss of self-control, which probably explains some paradoxical relaxation phenomena.

KEY WORDS : emotional regulation, coping strategies, relaxation, undesirable side effects



Les phénomènes complexes de la régulation émotionnelle peuvent utiliser le canal somatique, lors de l'actualisation de certaines stratégies de coping. Celles-ci nous éclairent sur la participation active du sujet dans la gestion de son anxiété. Si quelques stratégies peuvent apparaître opérationnelles, il en est d'autres qui sont antinomiques des procédés thérapeutiques classiques utilisés par le thérapeute comme la relaxation. Il importe donc de réfléchir à une utilisation adéquate et pertinente de cette dernière. Ce qui peut aider certains sujets à réguler une déstabilisation émotionnelle peut, au contraire chez d'autres, aggraver la détresse psychologique par un sentiment généralisé de perte de contrôle. L'adolescence est une étape du développe-

ment au cours de laquelle les processus de régulation émotionnelle ou coping sont fortement sollicités. L'interaction de ces processus avec les thérapeutiques de relaxation peut expliquer certains tableaux d'anxiété ou d'attaque de panique induits par la relaxation.

L'adolescence cumule une grande quantité de facteurs de stress considérés comme normatifs, le plus central étant suscité par le processus pubertaire. Ces facteurs de stress sont en fait de véritables tâches développementales dont il faut s'acquitter afin d'accéder au statut d'adulte responsable. Parmi celles-ci nous pouvons retenir : l'établissement de relations nouvelles avec les pairs ; la réalisation socialisée du rôle sexuel ; l'acceptation des transforma-

*Enseignement de Psychomotricité, Faculté de Médecine, 133 route de Narbonne, 31062 Toulousecedex

tions corporelles ; le suivi des études et la préparation à l'emploi ; la réalisation de son indépendance, émotionnelle mais aussi économique, par rapport aux parents et aux adultes ; la préparation à la vie de couple, etc.

Le coping

Les processus psychologiques qui sont engagés dans la gestion des difficultés et dans la réalisation de ces tâches sont communément appelés processus de coping ou encore d'ajustement face à l'adversité (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994). Ils sont aussi dénommés processus de faire face (Amiel-Lebigre et Gonalons-Nicolet, 1993) ou encore processus de maîtrise (Corraze, 1992).

La conceptualisation du coping tire ses origines de la psychologie cognitivo-phénoménologique des émotions (Lazarus, 1968), et plus particulièrement de la psychologie du stress (Lazarus et Launier, 1978), ainsi que de la psychologie du développement. A l'heure actuelle, la théorie du coping est essentielle à la compréhension de la régulation émotionnelle, elle est aussi au cœur de la psychologie de la santé. Elle complète les théories des mécanismes de défense et des processus de déchargement. C'est enfin la seule théorie qui envisage le traitement de l'émotion dans ses perspectives interactives et psychosociales.

Le coping désigne globalement un processus stabilisateur dans la gestion des événements éprouvants, gestion qui poursuit deux buts principaux : aider le sujet à maintenir une adaptation psychosociale à son milieu, mais aussi éliminer ou réduire la détresse psychologique inhérente à ces situations. Le coping est une réponse à l'évaluation d'une menace, il se définit comme "un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer des demandes spécifiques internes et/ou externes évaluées comme épuisant ou excédant les res-

sources de la personne" (Lazarus et Folkman, 1984).

La finalité de ces stratégies est soit le changement de la situation réellement menaçante, soit le changement de l'appréciation subjective que le sujet s'en fait et donc de l'affect associé.

Les stratégies de coping sont déterminées par l'évaluation de l'événement, par les ressources personnelles (traits de personnalité, croyances, norme d'internalité) et par les facteurs environnementaux (caractéristiques de la situation, présence ou non du soutien social). Les études portant sur les modalités d'action et d'orientation de ces stratégies de coping sont considérables. Pourtant, peu d'entre elles ont dégagé la place du corps. Les travaux sur le coping à la période sensible de l'adolescence sont ceux de Seiffge-Krenke (1989 à 1996) à l'université de Bonn, de Frydenberg (1989 ; et Lewis 1991) à Melbourne, de Rodriguez-Tomé et Bariaud (1990) en France et de Bolognini et coll. (1994) à l'Université de Lausanne.

Un consensus assez général existe pour classer les diverses catégories de coping selon deux grandes orientations : focalisation sur le problème (FP) et focalisation sur l'émotion (FE).

Le coping focalisé sur le problème

Ce premier ensemble regroupe toutes les stratégies qui visent et gèrent la source du problème. On trouve dans ce groupe des comportements tels que : établir un plan d'action et le suivre, demander des explications et rechercher de l'information, tenir bon et se battre pour ce que l'on veut, etc. Se concentrer sur le problème, c'est mettre en jeu des comportements qui visent à modifier le milieu ou les rapports que le sujet a avec lui. Cela peut prendre la forme d'un affrontement direct ou, au con-

traire, de la fuite, d'une discussion, d'une prise de médicament ou d'une augmentation de ses capacités personnelles (endurance physique par le sport, la stimulation intellectuelle). Les stratégies générales de coping qui rentrent dans cette catégorie sont les suivantes :

- la recherche de l'information, savoir ou être en mesure de comprendre ce qui crée la difficulté est une première forme de maîtrise cognitive qui donne sens à l'épreuve ;
- la résolution de problème, stratégie hautement finalisée, très efficace et adaptée (par exemple, quitter le domicile familial quand il existe une mésentente chronique au sein de la famille, recherche d'un internat ou d'un foyer pour l'adolescent) ;
- l'organisation de l'action ;
- l'automédication, elle se réfère à l'utilisation de tranquillisants, d'alcool ou de drogues afin de réduire les effets négatifs. Ce sont des conduites compensatrices ou palliatives, de courte durée mais qui, momentanément, ont de l'effet. Malheureusement, elles peuvent dévier vers l'addiction si elles prennent un caractère chronique.

Le coping focalisé sur l'émotion

Il s'agit de stratégies internalisées ou orientées vers soi. La concentration sur soi vise le changement de la conception du problème négatif. Les stratégies sont essentiellement la restructuration cognitive, la minimisation de la portée de l'événement, la relativisation ou encore la négation du problème.

L'action peut être plus directe sur les affects négatifs. Les attitudes palliatives réduisent l'impact du désagrément interne : par exemple, augmenter sa ration alimentaire ou sa consommation d'alcool ou de tabac, mais aussi se relaxer. L'auto-accusation, le fatalisme, le détachement, la diversion, l'humour en font partie.

Les principales catégories de stratégies qui nous concernent ici sont la réduction de la tension, la vigilance face au stress, l'anticipation face au stress et, de manière secondaire, l'assertivité, la recherche du support social ou encore l'organisation de l'action, stratégies dans lesquelles l'image du corps peut être valorisée mais aussi où le corps peut être utilisé dans son instrumentalité afin d'atteindre un certain niveau de bien-être (par exemple, la pratique d'activités sportives plus que de coutume, les efforts importants réalisés au niveau de la présentation physique, dans une dynamique de contrôle du soi).

Bien entendu, chaque sujet personnalise et fait appel à son inventivité afin de réguler ses émotions.

Utilisation du corps dans les stratégies de coping

La "réduction de la tension" est une stratégie qui a pour but de maîtriser les désagréments physiologiques que provoque le stress en augmentant le niveau de performance et de bien-être du sujet. Cela inclut des procédures de relaxation spontanées comme le relâchement neuromusculaire, les exercices respiratoires visant l'expulsion des tensions, ainsi que des exercices amenant une concentration abdominale à l'aide du massage diaphragmatique. A ces exercices improvisés est parfois adjoint l'arrêt de la pensée. La stratégie de réduction de la tension est donc cognitivo-comportementale car elle utilise la médiation corporelle afin d'influer sur l'état psychique et de garder un sentiment de contrôle interne et externe. Elle demande une certaine attention aux modifications physiologiques internes. L'anxiété, l'angoisse ou le stress opèrent un certain nombre de bouleversements physiologiques, par activation du système neurovégétatif, tels que les

variations de la réponse électrodermale, des fonctions cardio-pulmonaires, du tonus musculaire... Un certain nombre d'actions sont alors entreprises afin de retourner à un équilibre antérieur. A l'extrême, et à un niveau psychopathologique, cette modalité peut entraîner des conduites addictives, par la recherche de stratégies parallèles visant à atténuer ces modifications.

La "vigilance face au stress" est sensiblement différente. Ici, les processus attentionnels sont les plus sollicités. La personne est sur le qui-vive devant un environnement qui peut lui apparaître comme hostile. Elle se prépare à tous moments à faire face à l'adversité. Les moindres variations physiologiques constituent des signaux d'alarme qui aident le sujet à s'organiser. Dans ce contexte, la conscience de soi est particulièrement aiguë car le sujet a appris à apprécier son propre seuil de résistance au stress et à repérer les pensées qui peuvent à tout moment le déstabiliser.

"L'anticipation face au stress" agit sur le même principe mais cette stratégie peut pousser la personne à l'évitement, au retrait et la soustrait donc au problème. Ce répit temporaire peut être alors recherché, laissant malheureusement intactes les causes de la difficulté première.

Les études développementales ont permis de repérer l'existence de ces modalités de gestion émotionnelle auprès d'enfants. L'ensemble des études a porté sur des situations hautement anxiogènes telles que les expériences algiques lors d'hospitalisation ou de soins dentaires par exemple.

A la question : "qu'est-ce qui t'aide à te sentir mieux quand tu as mal ?", posée par Branson et Craig (1988) auprès d'une population de 214 enfants de 9 à 12 ans, la plupart des enfants rapportent les stratégies suivantes : prise de médicaments, relaxation ou recherche du repos, recherche d'attention de la présence

d'autrui, absorption de nourriture ou de boisson. Ces stratégies mettent en jeu un contrôle externe de la douleur.

L'étude menée par Ross et Ross (1984) a tenté de cerner les stratégies de contrôle interne, c'est-à-dire celles qui sont initiées spontanément par l'enfant. La question posée ici est "que fais-tu ou à quoi penses-tu quand tu as mal ?". Parmi les 994 enfants de 5 à 12 ans, 21% rapportent des stratégies cognitives telles que : la distraction en imagination, une activité physique orientée vers soi comme serrer les poings, la relaxation ou la détente neuromusculaire, l'arrêt de la pensée. Une grande majorité d'enfants fait appel aux stratégies externes issues du contexte relationnel.

L'étude de Brown et coll. (1986) s'adresse à un millier d'enfants de 8 à 11 ans et se propose de considérer leurs stratégies de coping mais après reconstruction de la situation douloureuse. Les enfants doivent décrire comment ils se sont comportés devant la douleur, par exemple lors de la visite chez le dentiste. Les catégories de stratégies cognitives rapportées sont au nombre de quatre : la pensée positive (se dire que l'on tiendra le coup, se rassurer), l'attention-diversion, la relaxation et les exercices respiratoires, l'arrêt de la pensée. Ces dernières stratégies sont plus fréquemment rapportées au-dessus de 11 ans.

Le repérage de ces stratégies d'action sur le soi physique dès la fin de l'enfance peut justifier leur utilisation dans un contexte thérapeutique.

Relaxation et effets secondaires

Face à toute manifestation d'anxiété ayant des répercussions sur le plan somatique, le thérapeute serait tenté de recourir de façon systématique à la relaxation. Il n'en reste pas moins que certaines précautions sont nécessaires compte tenu notamment des tableaux d'anxiété ou d'attaque

de panique induits par la relaxation (Heide et Borkovec, 1983).

Rappelons que l'état de relaxation est un état psychobiologique caractérisé par trois dimensions : cognitive, affective et physiologique. La dimension cognitive comprend, d'une part, un arrêt du traitement des informations réalisé par un isolement sensoriel partiel résultant de la diminution des stimuli externes associé à une diminution des informations provenant du corps et, de l'autre, la fixation sur une seule idée (consigne dans le training autogène de Schultz, mantra dans la méditation transcendantale) que l'on appelle monoïdéisme. La dimension affective est constituée par un état affectif neutre qui, seul, permet d'atteindre un niveau de relaxation suffisant. Quand à la dimension physiologique, elle peut être considérée, à la suite des travaux de Benson et coll. (1975), comme le résultat d'une inhibition du système orthosympathique.

La relaxation réalise une inversion de l'attitude vitale du sujet (Corraze, 1979), dans laquelle, au lieu de s'orienter vers les stimuli externes comme l'exige son adaptation au monde, il dirige son attention vers l'intérieur du corps. Cette inversion peut être à l'origine des tableaux d'attaque de panique ou d'anxiété déclenchés par la relaxation. Souvent mentionnées de façon anecdotique dans la littérature, ces manifestations n'en demeurent pas moins préoccupantes pour une thérapeutique destinée justement à les combattre et constituent des effets secondaires indésirables dont il importe de comprendre le ou les mécanismes responsables. Différentes hypothèses, purement descriptives, ont été formulées à l'égard de ces phénomènes qui, dès les premières séances de relaxation, peuvent apparaître de façon tellement violente qu'ils nécessitent, au minimum, un aménagement des séances, voire, dans certains cas, leur interruption définitive. Heide et Borkovec

(1984) en proposent cinq :

- peur des sensations, des réactions physiologiques et comportementales ou des éléments cognitifs et affectifs qui résultent directement de la pratique de la relaxation ;
- peur d'une perte de contrôle ou croyance qu'il faut " faire un effort " pour atteindre l'état de relaxation ;
- orientation de l'attention, par le biais de la relaxation, sur des symptômes résiduels de l'anxiété ;
- peur à l'égard des sensations internes en général avec le sentiment que toute focalisation sur l'intérieur du corps est synonyme d'expérience désagréable ;
- création d'une situation qui exacerbe des sensations désagréables associées à des événements indépendants de la relaxation.

L'étude de Adler et coll. (1987) porte sur sept patients à qui l'on propose successivement trois cassettes sur lesquelles sont enregistrées une séance de relaxation progressive, une séance ne comportant qu'une phase de contraction musculaire et de retour à l'état tonique initial et, pour la troisième, des passages d'un roman. Plusieurs mesures de variables physiologiques sont réalisées, ainsi que des auto-évaluations et une appréciation clinique de l'intensité des symptômes. Les résultats indiquent que, même lorsque l'anxiété et les manifestations somatiques sont présentes, certains sujets ne rapportent pas l'existence d'une attaque de panique tant qu'ils ne font pas l'expérience d'une atténuation du sentiment de sécurité ou d'une perte du sentiment d'auto-contrôle. Il semble que les patients développent, par un processus de conditionnement intéroceptif, une phobie à l'égard des sensations physiologiques qui pourraient préfigurer une attaque de panique. Le sujet est donc sensible à des phénomènes extrêmement spécifiques qui correspondent à des réponses physiologiques, déjà expérimentées, auxquelles il répond

par de l'anxiété ou une attaque de panique.

Articulation du coping et des effets secondaires de la relaxation

Nous serions enclin à penser que les adolescents qui utilisent et improvisent spontanément des exercices de relaxation, cherchant donc à réduire leurs tensions internes, sont ceux qui ne luttent pas contre l'expression de leurs émotions. Ils en gèrent seulement les conséquences. Par contre, les adolescents qui sont à l'affût de la moindre modification interne, c'est-à-dire ceux qui utilisent préférentiellement des stratégies comme l'anticipation ou la vigilance face au stress sont ceux qui réprimeront davantage les émotions négatives et qui agiront de manière à ne pas être confrontés à la totalité de la réponse anxieuse. Ce groupe-là cherche avant tout à garder en permanence un sentiment de contrôle efficace et général. Priver ces individus de tous les signes annonciateurs de l'anxiété de fond par une utilisation généralisée de la relaxation serait une erreur qui pourrait conduire à une multiplication de ces effets secondaires indésirables.

Il semble donc intéressant de déterminer, au préalable, les processus de coping utilisés par le sujet et, parmi eux, ceux qui sont en rapport avec les phénomènes somatiques. Une étude sur le lien entre les processus de coping et les manifestations d'anxiété et/ou les attaques de panique induites par la relaxation permettra de préciser les sujets à risque pour lesquels la relaxation ne doit être envisagée qu'après mûre réflexion et éventuellement laissée de côté au profit d'approches de nature différentes (psychothérapies verbales, thérapies cognitives, médicaments).

Reste la possibilité d'adjoindre à la relaxation une approche cogni-

tive comme le recommandent Borkovec et coll. (1987). Un travail sur les pensées irrationnelles associées aux manifestations anxieuses peut permettre de minimiser l'importance de celles-ci et d'insister sur le caractère rassurant du cadre dans lequel se déroule la relaxation, cadre qui, comme le montrent Adler et coll. (1987), joue un rôle non négligeable dans la reconnaissance ou non de la survenue d'une attaque de panique.

Nous avons également utilisé sur plusieurs patients (une vingtaine au total), avec succès, une technique dérivée de la désensibilisation systématique, mise au point par Corraze

(1979) appelée inhibition par alternance. L'individu est invité à signaler immédiatement les réactions négatives se produisant au moment d'un exercice (dans la majorité des cas au cours de la concentration sur le cœur ou la respiration), en levant le bras. Il quitte ainsi l'exercice et le thérapeute reprend les premières consignes (lourdeur des bras et jambes, puis chaleur) avant de revenir à l'exercice problématique. De cette façon, une inhibition réciproque au sens de Wolpe (1975) se met progressivement en place, jusqu'à ce que la présentation de la consigne ne déclenche aucune des manifestations antérieures.

Ces trois éléments, à savoir l'appréciation de l'organisation émotionnelle du sujet et de ces processus de coping, l'adjonction éventuelle d'une thérapie cognitive et la modification de la relaxation, sont en mesure d'améliorer la prise en charge des adolescents. Il convient en fait de ne pas banaliser la relaxation qui ne saurait se résumer à une simple thérapie de confort. Ce n'est qu'après avoir envisagé la plainte du sujet et le degré du préjudice subi que l'on peut étudier un protocole thérapeutique adapté aux ressources psychologiques de l'adolescent en mal de croissance. ■

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER C.M., CRASKE M.G. et BARLOW D.H.**, Relaxation-induced panic (RIP) : When resting isn't peaceful, *Integr. Psychiatry*, 1987, 5, 94-112.
- AMIEL-LEBIGRE F. et GOGNALONS-NICOLET M.**, *Entre santé et maladie*, Paris : PUF, 1993.
- BENSON H., GREENWOOD M.M. et KLEMCHUK H.**, The relaxation response : psychophysiological aspects and clinical applications, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1975, 6, 1/2, 87-98.
- BORKOVEC T.D., MATHEWS A.M., CHAMBERS A., EBRAHIMIS., LYTLE R. et NELSON R.**, The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55, 6, 883-888.
- BRANSON S. et CRAIG K.**, Children's spontaneous strategies for coping with pain : a review of the literature, *Canad. J. Behav. Sci. Rev.*, 1988, 20, 4, 402-412.
- BROWN J.M., O'KEEFE J., SANDERS S.H. et BAKER B.**, Developmental changes in children's cognition to stressful and painful situations, *Journal of Pediatric Psychology*, 1986, 11, 3, 343-357.
- BRUCHON-SCHWEITZER M. et DANTZER R.**, *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF, 1994.
- CORRAZE J.**, Psychothérapie pluridimensionnelle d'une stéréotypie motrice, *La Psychomotricité*, 1979, 3, 1, 19-26.
- CORRAZE J.**, *Psychologie et médecine*, Paris : PUF, 1992.
- FRYDENBERG E.**, *The concerns and coping strategies of youth ; A study of Australian adolescents*, La Trobe University, Melbourne : Doctoral Thesis, 1989.
- FRYDENBERG E. et LEWIS R.**, Adolescent coping : the different ways in which boys and girls cope, *Journal of Adolescence*, 1991, 14, 119-133.
- HEIDE F.J. et BORKOVEC T.D.**, Relaxation-induced anxiety : paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 171-182.
- HEIDE F.J. et BORKOVEC T.D.**, Relaxation-induced anxiety : mechanisms and theoretical implications, *Behaviour Research and Therapy*, 1984, 22, 1-12.
- LAZARUS R.S.**, Emotions and adaptation : conceptual and empirical relations. In ARNOLD D.W.J.(Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, University of Nebraska Press, 1968, 175-270.
- LAZARUS R.S. et FOLKMAN S.**, *Stress, appraisal and coping*, New York : Springer, 1984.
- LAZARUS R.S. et LAUNIER R.**, Stress-related transactions between person and environment. In PERVIN L., et LEWIS, M. (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*, New York : Plenum Press, 1978.
- RODRIGUEZ-TOME H. et BARIAUD F.**, L'anxiété à l'adolescence : sources et réactions. In BOSMA H. et JACKSON S.(Eds), *Coping and self-concept in adolescence*, Heidelberg : Springer-Verlag, 1990, 169-184.
- ROSS D.M. et ROSS S.A.**, Childhood pain : the school-aged child's viewpoint, *Pain*, 1984, 20, 179-191.
- SEIFFGE-KRENKE I.**, Problem intensity and the disposition of adolescents to take therapeutic advice, In LÖSEL F. et HURRELMAN K. (Eds), *Children at risk : assessment and longitudinal research*, Berlin : de Gruyter, 1987, 169-184.
- SEIFFGE-KRENKE I.**, Developmental processes in self-concept and coping behaviour, BOSMA H. et JACKSON S.(Eds), *Coping and self-concept in adolescence*, Heidelberg : Springer-Verlag, 1990, 49-68.
- SEIFFGE-KRENKE I.**, Coping behavior of Finish adolescents: remarks on a cross-cultural comparison, *Scandinavian Journal of Psychology*, 1992, 33, 301-314.
- SEIFFGE-KRENKE I.**, Le coping à l'adolescence, In BOLOGNINI M., PLANCHEREL B., NUÑEZ R. et BETTSCHART W. (Eds), *Préadolescence : théorie, recherche et clinique*, Paris : ESF, 1994, 173-183.
- WOLPE J.**, *Pratique de la thérapie comportementale*, Paris : Masson, 1975.