

Chapitre 4

Le syndrome de tension musculaire

La plupart de mes patients attribuent leur mal de dos à une blessure subie lors d'un incident d'ordre physique: ils ont soulevé un objet lourd ou ils ont eu un accrochage en automobile. Quelques minutes, quelques heures ou même quelques jours plus tard, un mal au cou ou au dos a commencé, d'où le lien «évident». Certains de ces incidents étaient très peu importants. Comment des douleurs si graves peuvent-elles alors avoir pour cause des événements si divers? Je me souviens d'un homme de vingt-huit ans. Assis à son bureau, après quelques instants de repos, il s'était redressé pour continuer à écrire. C'est alors qu'il a ressenti un spasme extrêmement douloureux dans le bas du dos. Cette crise a été tellement grave qu'on dut appeler une ambulance pour le ramener chez lui. Puis, durant 48 horribles heures, le moindre mouvement faisait renaître les spasmes, en dépit des médicaments. Quel peut être le lien entre le fait de se redresser pour écrire, de subir un choc arrière en automobile, de frapper une balle de golf, de tomber sur la glace ou de sortir les ordures? Selon moi, ce ne sont que des *facteurs déclencheurs* qui n'ont rien à voir avec la cause fondamentale de la douleur.

J'ai effectué en 1978 une étude auprès de 100 personnes souffrant du S.T.M. pour savoir comment leur mal avait commencé. Pour 60 p. 100 des gens, il *n'y avait pas eu*

d'incident d'ordre physique. Ils se sont réveillés un matin avec un mal de dos, ou bien celui-ci s'est peu à peu installé au cours de la journée. Par contre, tous ces patients essayaient de se rappeler un quelconque accident, qui pouvait s'être produit 20 ou 30 ans auparavant. Ils pensaient qu'il *devait* y avoir une cause, car ils étaient persuadés que les maux de dos étaient dus à une blessure ou à une anomalie structurale. Il était clair qu'il n'y avait aucun lien entre ces lointains événements et l'apparition de la douleur.

On peut voir au tableau 1 que 40 p. 100 des patients affirment qu'un événement a marqué leur première attaque, mais une étude plus attentive de ces 100 cas ne montre aucune corrélation entre cet événement et l'importance – en durée ou en intensité – de la douleur. Certains patients dont la douleur est apparue peu à peu ont finalement beaucoup souffert, alors que pour d'autres, chez qui un accident était à l'origine de la douleur, celle-ci a finalement été assez faible.

TABLEAU 1

Les débuts du S.T.M. chez 100 patients

1. Graduel (sans incident physique)	60 %
2. Soudain (par suite d'un incident physique)	40 %
a) accident ou blessure	18 %
b) effort: lever, tirer, pousser	8 %
c) se tourner ou se pencher	10 %
d) autres	4 %

On ne peut conclure logiquement qu'une seule chose: les incidents ne sont pas la cause du mal, ils n'en sont que les déclencheurs. Le S.T.M. existait sans doute depuis des mois ou des années, mais à un état atténué. Rendu à un point critique, il suffit d'une très faible

aggravation du syndrome pour que la douleur apparaisse: c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Dans 40 p. 100 des cas, on associe l'apparition de la douleur à un incident physique, alors que dans les autres cas, la douleur ne semble venir de nulle part. Le fait que les attaques subséquentes ne soient déclenchées qu'occasionnellement par un accident confirme peut-être l'hypothèse du facteur déclencheur.

Par ailleurs, il est fort improbable que des maux de dos prolongés puissent être causés par des fractures, des déchirures, des entorses ou des foulures, puisque toutes ces blessures guérissent en quelques jours ou en quelques semaines. La douleur dure souvent beaucoup plus longtemps.

Il est important de bien évaluer le rôle des incidents physiques déclencheurs, parce que la cause de la douleur influence nécessairement son traitement. Mon expérience me montre que les patients convaincus d'avoir été blessés au dos continuent à souffrir. Si on pouvait leur faire comprendre que seule la tension est responsable et qu'ils n'ont pas à craindre l'activité physique, on résoudrait leur problème. Dès que les patients se rendent compte que la douleur n'est due ni à une blessure ni à une anomalie structurale de la colonne, ils font souvent le lien avec des facteurs d'ordre psychologique: un nouvel emploi, une ambiance tendue au travail, un membre de la famille qui est malade, des problèmes conjugaux, familiaux ou financiers, etc. Ils admettent alors être tendus ou consciencieux à l'excès, accepter trop de responsabilités ou s'inquiéter de tout. Certains reconnaissent avoir un caractère compulsif ou être perfectionniste. Évidemment, certains nient fermement toute influence de la tension dans leur cas. Quelques-uns s'entêtent: leur état ne s'améliorera pas. D'autres finissent peu à peu par accepter le diagnostic: leur état pourra alors s'améliorer.

Le S.T.M. et les muscles

Où ressent-on la douleur? Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, le S.T.M. est causé par une baisse de l'apport sanguin dans les muscles et les nerfs du cou, des épaules, du dos et des fesses. On peut voir ces muscles à la figure 8. Cette figure montre aussi les deux régions les plus souvent douloureuses: la région lombaire et les fesses, et la région du cou, des épaules et du haut du dos.

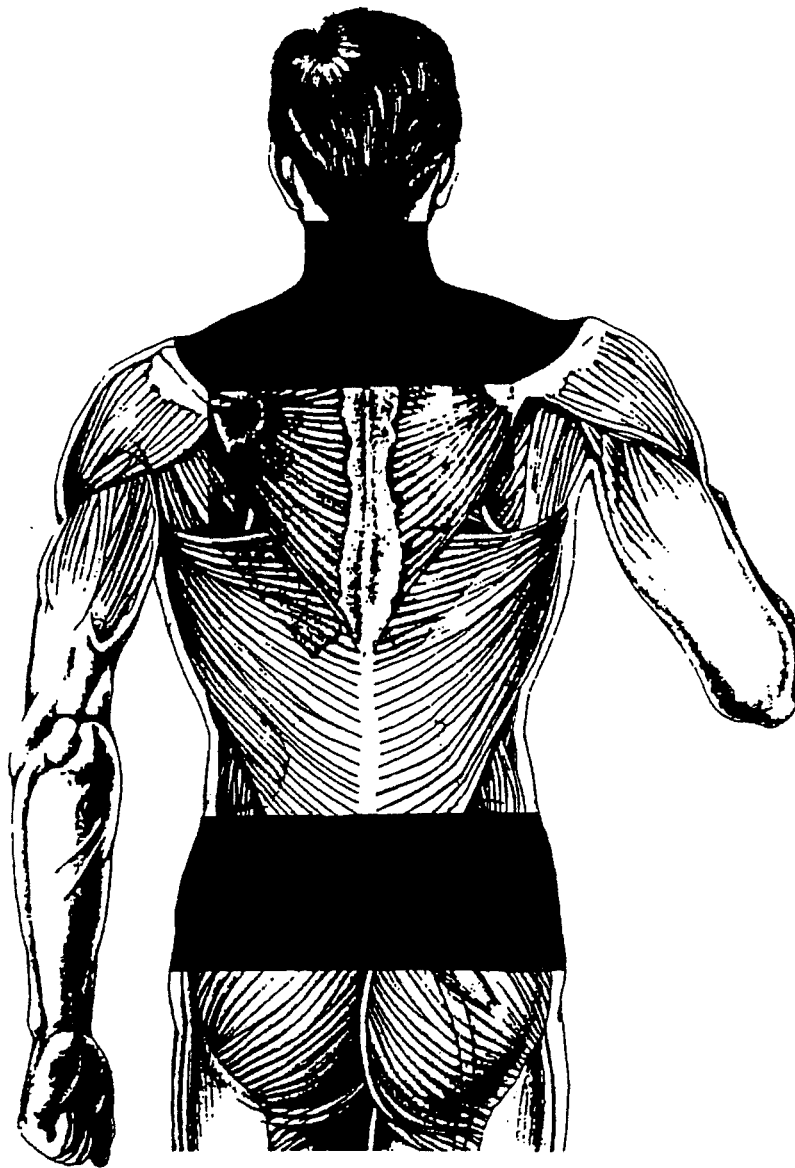


Figure 8.
Muscles posturaux du cou, des épaules et du dos. On y remarque les muscles les plus sujets au S.T.M.

Le tableau 2 indique les zones considérées par 100 patients comme les principales zones de la douleur. Le tableau 3 montre, pour les 100 mêmes patients, l'ensemble des régions douloureuses. Ces chiffres n'étonneront pas vraiment les personnes souffrant de douleurs au dos. Près des deux tiers des patients mentionnent les fesses comme principale région, y compris les côtés des fesses, qu'ils appellent souvent les hanches. Certains croyaient même avoir un problème à l'articulation de la hanche, et il faut souvent une radiographie pour les rassurer. Chez 28 p. 100 des patients, la zone douloureuse la plus importante se trouve dans le cou ou dans le haut des épaules ou du dos (souvent autour des omoplates), mais la douleur est souvent aussi présente ailleurs. On peut constater que la région «des reins» (région lombaire) n'est pas la plus souvent mentionnée, bien que le tiers des patients affirme y avoir mal.

TABLEAU 2

Principales localisations de la douleur
chez 100 personnes souffrant du S.T.M.

Fesses	60 %
Épaules	12 %
Cou	9 %
Région lombaire	8 %
Région thoracique	7 %
Autres	4 %

Un nombre important de patients affirme avoir mal des deux côtés des fesses et du bas du dos (61 p. 100), ou à la fois dans le haut et le bas du dos (44 p. 100). Ces chiffres nous montrent combien il est difficile d'attribuer la douleur à une hernie discale lombaire ou à un «nerf coincé» dans le cou, les deux diagnostics structuraux les plus fréquents. La plupart des problèmes structuraux

ne causent de douleur qu'à un seul endroit et d'un seul côté du corps.

TABLEAU 3

Localisations de la douleur
chez 100 personnes souffrant du S.T.M.

Fesse gauche	67 %
Fesse droite	68 %
Région lombaire gauche	34 %
Région lombaire droite	36 %
Région lombaire centre	9 %
Région thoracique centre	2 %
Cou, à gauche	30 %
Cou, à droite	33 %
Épaule gauche	33 %
Épaule droite	36 %
Région thoracique gauche	15 %
Région thoracique droite	15 %
Le haut et le bas du dos	44 %
Le bas du dos, des deux côtés	61 %

Le torticolis, très courant, est causé par un S.T.M. dans les muscles du cou, mais il n'inquiète pas autant qu'un mal de dos. On le relie presque toujours à la tension.

En plus de montrer les diverses localisations de la douleur, les statistiques des tableaux 2 et 3 nous aident à comprendre que le S.T.M. est un *syndrome*, c'est-à-dire un ensemble de symptômes. Si la douleur implique plusieurs muscles posturaux, on dit que le patient souffre du syndrome de tension musculaire. Par contre, un patient qui souffrirait d'une anomalie structurale ressentirait des symptômes isolés. Il est absurde d'attribuer à des anomalies structurales des douleurs à plusieurs endroits en même temps.

Le S.T.M. et les nerfs

Quand le S.T.M. touche les nerfs, on ressentira de la douleur, le plus souvent dans les jambes, moins souvent dans les bras. C'est tout à fait logique: les muscles des fesses et du haut du dos sont les plus souvent touchés. Les nerfs ne semblent atteints que parce qu'ils traversent ces muscles ou passent près d'eux. L'anatomie de ces régions du corps a déjà été expliquée au chapitre 3: on y a parlé du nerf sciatique, dans la fesse, ainsi que des nerfs rachidiens et du plexus brachial dans la région du cou et des épaules.

Dans les cas de S.T.M, la douleur ressentie dans les bras et dans les jambes est ce qui fait le plus peur. On pense que des problèmes structuraux ont touché des nerfs, et cela évoque l'image de conséquences futures encore plus graves. Les patients savent aussi qu'on recommande souvent la chirurgie dans ces cas. Cela ne peut qu'augmenter l'anxiété, et par conséquent la douleur.

Il peut cependant arriver qu'une douleur à la jambe soit effectivement due à un problème des nerfs rachidiens lombaires ou sciatiques. Elle peut se manifester dans toute la jambe et de manières très diverses. Une personne pourra, par exemple, avoir mal seulement à la cuisse ou seulement au pied, alors qu'une autre aura des douleurs au mollet. La douleur peut aussi s'étendre à la jambe entière. On peut dire la même chose à propos des bras. Le type de douleur peut aussi varier: il peut s'agir d'élançements, de sensations de brûlures ou d'impressions plus diffuses. Le plus souvent, un seul membre est atteint, mais il se peut que les deux soient touchés, ensemble ou l'un après l'autre.

La douleur varie beaucoup dans le temps, ce qui aide à diagnostiquer un S.T.M. Comme elle est due à la tension, et que cette dernière varie de jour en jour –

même d'heure en heure, chez certains – les symptômes varient de même. Si, comme on le croit souvent, c'était une anomalie structurale qui causait la douleur, on s'attendrait à ce que l'intensité de la douleur reste constante.

À part la douleur, d'autres symptômes peuvent être amenés par une baisse de l'apport en oxygène. Il s'agit le plus souvent d'engourdissements ou de picotements, qui peuvent inquiéter la personne et donc empirer le problème. Parfois, le réflexe déclenché par un coup au genou ou à la cheville sera affaibli ou disparaîtra. Il s'agit alors d'un cas plus grave, mais pas encore alarmant. Il peut même arriver, dans les cas les plus graves mais néanmoins assez rares, que la jambe ou le bras perde une partie de sa force.

L'examen cherche aussi à déceler des dommages aux nerfs. En plus de tester les réflexes et la force des bras et des jambes, on évalue la qualité de la transmission des stimuli sensoriels vers le cerveau en piquant la peau. Dans les cas de S.T.M., il arrive souvent que la sensibilité diminue un peu.

Souvent, quand un nerf de la région de l'épaule et du cou est atteint, on ressent de la douleur près de l'articulation de l'épaule, avec une perte de mobilité. On croit souvent qu'il s'agit d'une bursite. De même, une douleur à la poitrine ou à l'abdomen peut être causée par une irritation des nerfs rachidiens du haut et du milieu du dos, toujours à cause d'un S.T.M. Tous ces symptômes peuvent être éliminés par le traitement du S.T.M., d'où l'importance d'un bon diagnostic.

Muscles sensibles à la pression

L'expérience de douleurs spontanées aux muscles posturaux et aux membres est elle-même une preuve que le S.T.M. cause la plupart des maux de dos. Mais

on a aussi découvert que le syndrome atteint beaucoup plus de muscles que ceux qui font spontanément mal. Lors de l'étude statistique de 1978, pour cerner les caractéristiques du S.T.M., on a décidé de tester la sensibilité à la pression de tous les muscles posturaux. Auparavant, on ne le faisait que chez les patients se plaignant de douleurs. On a découvert deux choses: d'abord, un grand nombre de muscles posturaux sont douloureux à la pression, bien que le patient ne ressente rien normalement; ensuite, on retrouve une certaine organisation-type des muscles atteints (voir le tableau 4). On remarque que 71 p. 100 des patients sont sensibles à la pression à la fois du côté droit du cou, sur l'épaule droite et à la fesse droite, quelle que soit la zone la plus douloureuse. J'en ai conclu que la tension peut toucher tous les muscles posturaux, mais que certains y sont plus sujets que d'autres (voir la figure 8). Sans doute faut-il comprendre que les muscles les plus touchés sont les plus importants. Remarquez le grand nombre de personnes chez qui les muscles fessiers sont

TABLEAU 4

**Muscles douloureux au toucher
chez 100 personnes souffrant du S.T.M.**

Cou, à gauche	67 %
Cou à droite	83 %
Épaule gauche	72 %
Épaule droite	83 %
Fesse gauche	77 %
Fesse droite	78 %
Région thoracique gauche	12 %
Région thoracique droite	13 %
Région lombaire gauche	45 %
Région lombaire droite	46 %
Les deux fesses	76 %
À la fois le cou, l'épaule droite et le fessier droit	71 %

sensibles: 77 p. 100 pour le gauche et 78 p. 100 pour le droit. Les fessiers sont très importants, ils tiennent le tronc droit. Les muscles du cou servent à tenir la tête droite au-dessus du tronc. Ceux du haut des épaules servent à stabiliser les bras, de manière à les rendre fonctionnels. S'ils travaillent mal, les bras seront beaucoup moins utilisables. Le fait que ce soit surtout le côté droit qui est atteint dépend de ce que nous sommes majoritairement droitiers.

La sensibilité au toucher est un phénomène extrêmement important. C'est la «marque de commerce» du S.T.M. et la seule preuve objective d'un changement physiologique dans les muscles. On comprend maintenant le «point déclencheur»* dont les médecins parlent depuis des années: il s'agit du centre d'une plus grande zone de douleurs musculaires causées par la baisse de l'apport sanguin.

L'expérience a montré que seuls les muscles posturaux et leurs nerfs sont atteints par le S.T.M.; les muscles des jambes et des bras ne sont pas touchés de la même manière. Ceci est un fait d'observation clinique, tout comme on a également observé que l'estomac et le côlon sont des organes particulièrement sensibles à la tension. On n'a pas à en connaître les raisons. On pourrait par contre se demander si ce n'est pas le travail qu'effectuent ces muscles qui les rend plus sujets au S.T.M. Puisque ce sont eux qui tiennent le tronc, la tête et les bras, ils doivent travailler toute la journée; ils sont peut-être plus souvent fatigués que les muscles des bras et des jambes.

Les symptômes du syndrome de tension musculaire

Les douleurs provoquées par le S.T.M. sont très variables, mais ne sont dues qu'à trois choses: spasme

* En anglais: *trigger point*

musculaire, accumulation de déchets organiques et irritation des nerfs. Une attaque se caractérise par une douleur vive et cuisante, due à un spasme musculaire soudain. La douleur est si intense que les gens croient que quelque chose de catastrophique est arrivé à leur colonne vertébrale. Ils disent que «leur dos s'est cassé» ou que «quelque chose a craqué». Il serait en fait fort improbable qu'un problème structural soit aussi douloureux qu'un spasme aigu. La souffrance peut durer des jours, des semaines ou des mois; cela dépend de la conduite du malade.

L'accumulation de déchets organiques provoque une douleur plus sourde, d'intensité variable, qui dure aussi longtemps que la circulation sanguine est ralentie. La douleur aux nerfs peut s'exprimer comme un élancement, une sensation de brûlure ou une sensation plus diffuse. Les douleurs musculaires ne sont dues qu'à la baisse de l'apport sanguin; on a seulement l'impression que les muscles sont enflammés ou infectés. Par exemple, cette sensibilité fait qu'on a mal aux fesses quand on s'assoit. Tant la contraction des muscles – et c'est par contraction que les muscles travaillent – que leur extension sont douloureuses. Beaucoup de patients se plaignent qu'ils souffrent davantage quand ils restent debout sans bouger: c'est un cas de contraction sans mouvement. Se pencher en pliant la taille ou lever une jambe tendue alors que l'on est couché provoquent l'extension des muscles atteints, donc de la douleur. Ces mouvements illustrent le principe qui dit que l'extension d'un nerf atteint par le S.T.M. – dans ce cas-ci le nerf sciatique – cause de la douleur.

Des patients mentionnent souvent que la chaleur humide (compresse, douche ou bain chauds) atténue et peut même dissiper la douleur pendant quelque temps. Cela renforce l'hypothèse selon laquelle un ralentissement de la circulation sanguine cause le S.T.M.: la chaleur accélère la circulation. Mais la douleur revient

toujours, parce que c'est le cerveau qui dirige le processus, et on ne peut rien y changer en agissant localement. À l'opposé, le froid empire habituellement la douleur en ralentissant encore plus la circulation.

L'exercice améliore aussi la circulation, mais son effet dépend de l'attitude du patient. Quelqu'un qui a appris à craindre l'exercice n'en retirera aucun bienfait. On en revient toujours au degré de tension: la peur l'augmente, et on a déjà vu que les personnes atteintes du S.T.M. ont appris à avoir peur de bien des choses. Certains mouvements ou certaines activités physiques déclenchent ou augmentent automatiquement la douleur. Il suffit parfois de *penser* à une activité pour avoir mal.

Portrait d'un syndrome

Il n'existe pas de cas typique de mal de dos, mais un certain profil se dessine. La caractéristique qui revient le plus souvent est sans doute la récurrence de la douleur. Si quelqu'un a souffert d'un mal au cou, aux épaules ou au dos, celui-ci reviendra, mais pas nécessairement au même endroit ou de la même manière, quel qu'ait été le traitement suivi. Cela est vrai même dans les cas de chirurgie, où le répit peut être d'un an ou deux. On entend rarement parler de quelqu'un qui a été opéré et dont le mal de dos ne revient pas. Dans la majorité des cas, la douleur persiste; elle peut même empirer.

Au commencement, les crises sont souvent espacées. La deuxième peut arriver cinq ou dix ans après la première. Puis elles deviennent de plus en plus fréquentes, surtout si un accident a eu lieu, ce qui laisse croire au patient que son dos a été sérieusement atteint. Elles durent ensuite plus longtemps et les remèdes usuels (un jour au lit, une aspirine, des douches chaudes) ne font plus effet. On peut en arriver au point

où le mal de dos est permanent. De plus, les patients se plaignent souvent de malaises à l'extrémité de la colonne vertébrale.

Ces douleurs chroniques se manifestent de plusieurs manières. Certaines personnes vont très mal durant les premières heures de la journée, puis «ça se tasse». D'autres se portent assez bien le matin, mais leur état empire au fur et à mesure que la journée avance. Quoi qu'il en soit, ils ont tous une liste de choses qui leur sont interdites. Même si leur douleur est devenue chronique, la plupart des gens vivent dans la terreur de nouvelles attaques, souvent très douloureuses, à cause des spasmes musculaires, et pouvant amener des déformations du tronc (incapacité de se redresser ou inclinaison permanente sur le côté), ce qui les handicape sérieusement.

Ces phénomènes de récurrence et de chronicité ne sont pas reliés qu'à la personnalité et à la tension. Parce qu'on a dit aux patients qu'ils avaient un problème structural, ils vivent dans la peur permanente d'une nouvelle attaque et évitent toute activité pouvant empirer leur état. Tout ceci engendre plus de tension, ce qui contribue à entretenir le processus. Les mauvais diagnostics et leurs conséquences empirent la situation: il faut donc rééduquer le patient aussi bien que le médecin.

Il arrive souvent que les patients souffrent de douleurs localisées ailleurs dans les jambes et les bras, sans que celles-ci soient d'origine nerveuse. On doit les mentionner puisqu'elles ne sont habituellement pas reliées aux maux de dos et qu'on les considère souvent comme dues à une inflammation. Les plus communes sont diverses formes de tendinites, dont la plus connue est l'épicondylite (tennis elbow). La douleur se manifeste au point où un important tendon s'attache à une protubérance osseuse du coude. On remarque aussi de

nombreuses tendinites au genou et à la cheville, touchant particulièrement le tendon d'Achille.

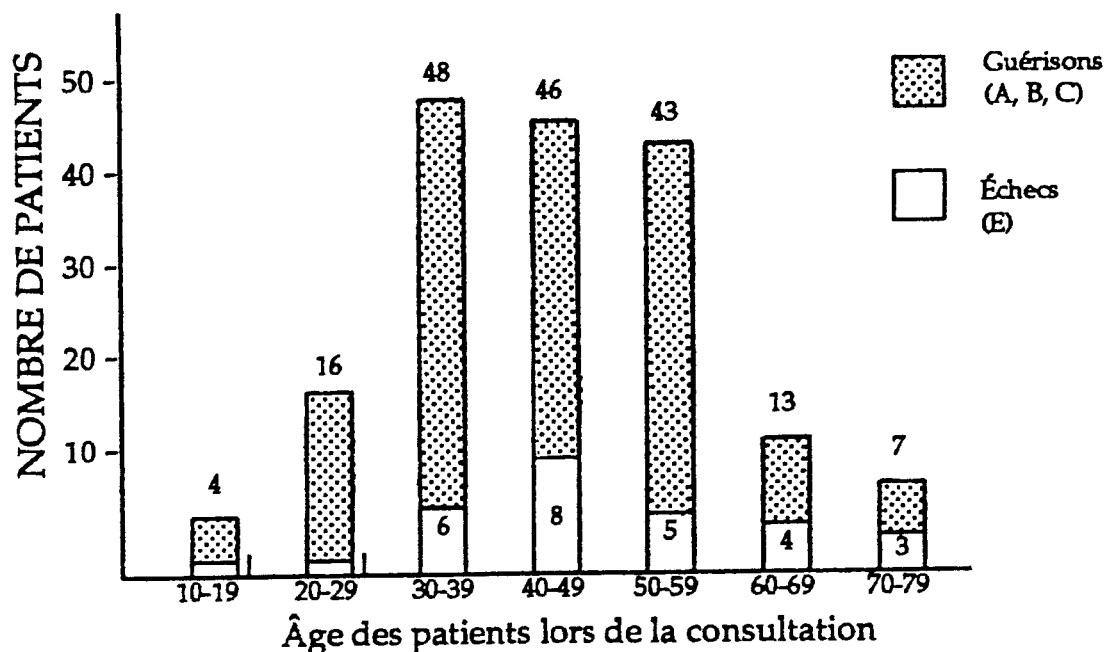
J'ai remarqué que ces douleurs disparaissent lors du traitement contre le S.T.M. Bien que le mécanisme reste obscur, cela arrive si souvent que je crois qu'il existe un lien entre ces malaises et le S.T.M.

On peut aussi se demander à quel âge ce syndrome est plus répandu. À l'été 1982, afin de mieux me documenter pour ce livre, j'entrepris un suivi pour vérifier les résultats de mon programme de traitement. Pour ce suivi, nous avons rencontré 177 patients; les détails seront donnés au chapitre suivant. Pour le moment, concentrons-nous sur la distribution selon l'âge de ce groupe, représentatif des patients que j'ai traités au fil des ans.

Sur le diagramme de la figure 9, on peut voir que 77 p. 100 des patients sont dans les groupes d'âge de 30 à 59 ans. Remarquez que moins de personnes sont dans la

Figure 9

Distribution selon l'âge de 177 patients rejoints lors d'un suivi



soixantaine que dans la vingtaine! Étant donné qu'on pense que la dégénérescence est responsable de la majorité des maux de dos – dégénérescence des disques ou bien arthrose –, il est vraiment étrange de ne retrouver que 13 patients entre 60 et 69 ans et 7 septuagénaires. Une étude publiée dans une revue médicale canadienne confirme cette distribution selon l'âge¹. Les auteurs rapportent que, parmi 2 200 personnes souffrant de maux de dos, 60 p. 100 étaient âgées de 30 à 50 ans; 25 p. 100 avaient plus de 50 ans et 15 p. 100, moins de 30.

Ces données confirment que la plupart des maux de dos n'ont rien à voir avec la dégénérescence. Celle-ci est progressive et implacable: on le voit bien si on regarde des radiographies prises chez quelqu'un à divers âges. Si l'on en croit le diagnostic usuel, nous devrions tous avoir mal au dos à 60 ans.

Ces statistiques n'aident pas seulement à infirmer les diagnostics structuraux traditionnels; ils aident aussi à déterminer le bon. C'est sans aucun doute entre 30 et 60 ans que nos vies sont les plus mouvementées. On peut évidemment être très occupé entre 10 et 30 ans, mais ces occupations sont moins sérieuses. L'acquisition de responsabilités constitue un changement très important et très stressant. Les gens qui, par nature, ne s'inquiètent pas beaucoup de leurs responsabilités subiront moins de tension ou de maladie psychosomatique, mais ils sont rares. Nous possédons pour la plupart des traits du caractère S.T.M.

Bien que plus fréquent entre 30 et 60 ans, le S.T.M. frappe tout le monde, peu importe l'âge. J'ai eu des patients qui étaient octogénaires à sa première manifestation, et j'ai de bonnes raisons de croire que les enfants aussi sont touchés. Mais, comme pour beaucoup de maladies, son apparence diffère selon l'âge. La partie suivante éclairera ce point.

Le S.T.M. chez les enfants

Après avoir été reçu médecin, j'ai été médecin de famille durant neuf ans. Je recevais alors souvent la visite d'enfants amenés par leur mère à cause de douleurs mystérieuses, habituellement aux jambes, parfois très importantes. Je n'en trouvais jamais la cause et j'étais forcé de me rabattre sur le diagnostic éprouvé de «douleurs de croissance». Il semble que personne n'en ait trouvé la cause.

Une nuit, ma petite fille s'est réveillée en pleurant, à cause d'une douleur à un mollet. J'ai rassuré ma fille et ma femme: il s'agissait sans doute de «douleurs de croissance». Comme je restais au chevet de l'enfant en attendant que la douleur cesse, j'ai pensé que ce pourrait bien être une sciatique. Un examen a révélé une sensibilité des fesses au toucher. J'en ai conclu qu'il s'agissait sans doute d'une sciatique, manifestation d'un S.T.M. aigu.

On oublie souvent que les enfants subissent des tensions comme les adultes, et qu'elles se manifestent fréquemment la nuit. On fait des cauchemars à tout âge; ils sont l'expression des peurs et des inquiétudes récentes ou plus anciennes. Il serait sans doute correct de dire qu'une attaque nocturne de S.T.M., chez un enfant, est un peu comme un cauchemar. Muni de ce savoir, j'ai soigné ma fille comme grand-maman l'aurait fait, en la rassurant et en la réconfortant. Seul élément moderne: un massage de la fesse.

Nous sommes des êtres psychologiques de notre naissance à notre mort. Nous ressentons des émotions tout au long de notre vie et nous pouvons y réagir physiquement. Les distributions selon l'âge confirment que c'est la tension qui provoque les maux au cou, aux épaules et au dos.

Un phénomène intéressant montre bien le lien entre la tension et le S.T.M. Dans les cas importants, que l'on soigne habituellement à l'hôpital, on observe une relation directe entre la tension consciente et l'intensité de la douleur. Le jour où un patient se *sent* particulièrement tendu, il a moins mal. Si, au contraire, le patient est calme, la douleur est habituellement plus grande. Cela montre que la tension exprimée sous forme d'émotion n'est pas redirigée vers les muscles et que la douleur remplace les émotions refoulées. J'ai observé ces faits de nombreuses fois. Comme le dit M^{me} C., «Mon psychologue et moi avons discuté hier de choses très désagréables, de choses dont j'ai horreur de parler. À la fin de la séance, je me suis rendu compte que je n'avais plus mal.»

C'est pour cette raison que j'apprends à mes patients à penser à leur mal en *termes psychologiques*, pour que la tension cesse d'engendrer une *réaction physique*, et qu'elle se manifeste plutôt comme une émotion – ce qu'elle est – et non plus dans le dos – qui n'est pas sa place et où elle se cache, pour ainsi dire.

La sagesse de la nature

La nature montre sa sagesse de bien des manières, dont les plus impressionnantes comprennent les mécanismes complexes de guérison que possèdent tous les êtres vivants. Les progrès de la médecine moderne nous ont fait perdre de vue ce fait fondamental. Les médecins sont tellement absorbés par leurs propres efforts de recherches et de traitements qu'ils en oublient l'efficacité de certains processus naturels. En conséquence, ceux-ci ne font pas partie de leur approche thérapeutique.

Le S.T.M. et les autres maladies psychosomatiques en sont de bons exemples. Grâce au S.T.M., j'ai appris que les humains ont une grande capacité d'autoguérison.

On doit cependant reconnaître et libérer ce pouvoir. Le travail d'un médecin devrait être de permettre au patient de se rendre compte de ses possibilités naturelles et de les utiliser. Je crois que mes patients se guérissent eux-mêmes dès qu'ils ont reçu une information adéquate. Selon moi, c'est la meilleure médecine: libérer la possibilité innée qu'ont les gens de guérir.

Chapitre 5

Le traitement du S.T.M.

Le traitement du S.T.M. découle de deux choses: mes observations du résultat des méthodes traditionnelles de traitement et ma découverte de ce pourquoi les patients réagissaient différemment les uns des autres.

J'ai toujours expliqué à mes patients ce dont ils souffraient, jusque dans les moindres détails. Quand j'ai commencé à identifier des S.T.M., je trouvais les explications encore plus importantes à cause du caractère inusité de ce désordre et de mon désir d'assurer au patient que son dos ne comportait aucune anomalie structurale grave. Je me suis peu à peu rendu compte que l'état des patients qui *acceptaient* mon diagnostic s'améliorait, alors que l'état de ceux selon qui la tension n'avait certainement rien à voir avec leur douleur s'améliorait peu ou pas du tout. Ce phénomène est singulier: comment le fait de connaître et d'accepter ce diagnostic peut-il contribuer au traitement?

Au chapitre 3, j'ai émis l'idée que les malaises psychosomatiques, tels que les ulcères, les migraines et le S.T.M., sont une tentative inconsciente d'éliminer une tension excessive tout en niant son existence. Un tel artifice est nécessaire parce qu'une manifestation évidente de tension est inadmissible, tant pour l'individu que pour la société. Inconsciemment, nous

n'aimons pas être vus comme nerveux ou poltrons. J'ai aussi émis l'idée que si les ulcères à l'estomac sont maintenant de moins en moins fréquents, c'est que tout le monde sait qu'ils ne sont dus qu'à la tension: le secret est éventé et ils deviennent un exutoire moins efficace.

Quand je me suis rendu compte que le syndrome disparaissait quand on en connaissait les détails et la cause, j'en ai conclu que cela devait marcher comme pour les ulcères. Si les gens savent que leur mal de dos n'est dû qu'à la tension, et non à une anomalie structurale, la douleur cesse.

À quoi est dû ce phénomène singulier? Est-ce parce que le patient est devenu conscient de la vraie nature de son problème, auparavant enfoui dans l'inconscient? Quoi qu'il en soit, le fait de savoir ce qui se passe empêche le système neurovégétatif de transmettre l'ordre de contraction des vaisseaux sanguins et donc de causer des douleurs dans les muscles et les nerfs.

D'après moi, quand le patient connaît la cause et la nature de ses symptômes, la réaction psychosomatique peut être interrompue. J'ai moi-même vécu, il y a quelques années, une expérience analogue. Quand j'ai commencé à pratiquer la médecine, je souffrais régulièrement de migraines. C'était un cas classique: 15 minutes avant que la migraine ne commence, ma vue s'embrouillait. Un jour, un ami psychiatre m'a fait part d'une théorie selon laquelle les migraines sont dues à de la colère refoulée, et que je devrais y penser la prochaine fois que ma vue s'embrouillerait. J'ai suivi son conseil. À mon grand étonnement, je n'ai pas eu de migraine. Depuis, je n'en ai jamais plus souffert, bien que ma vue se trouble de temps à autre. Cette anecdote illustre bien la manière dont une activité cognitive peut agir sur une réaction psychosomatique.

Quand quelqu'un apprend qu'il souffre du S.T.M., il

pense habituellement qu'il doit éliminer ou réduire la tension pour se débarrasser de la douleur. Cela semble logique, et il ne fait pas de doute qu'une réduction significative de la tension éliminerait la douleur. Mais il peut être difficile, voire impossible, de réduire son niveau de tension, parce que celle-ci est due principalement au caractère. Elle peut aussi être causée par des circonstances contre lesquelles on ne peut rien. On ne peut pas démissionner tout simplement d'un emploi stressant. Et qu'est-ce que vous feriez avec un enfant malade, ou un enfant à problèmes? La tension est partout.

Certaines personnes se proposent d'éliminer leur tension de diverses manières, telles que la méditation, le yoga, les exercices de relaxation ou aérobiques. Mais mon expérience me montre que ces techniques ne réduisent pas suffisamment la tension pour arrêter un S.T.M. Plusieurs de mes patients avaient essayé ces méthodes avant que je ne les traite, sans diminution significative de la douleur.

On peut penser encore à une autre possibilité. Si le mal de dos s'en va, la tension trouvera peut-être un autre exutoire et causera ainsi d'autres problèmes physiques, tel un ulcère. Cela ne s'est heureusement jamais produit, bien qu'il arrive souvent, avec d'autres traitements, que des symptômes soient remplacés par d'autres: c'est ce qu'on appelle la substitution des symptômes.

Nous voici donc devant une étrange situation: la tension n'est pas atténuée par des changements de caractère ni de circonstances, ni par la relaxation ni par un transfert vers une autre partie du corps. Comment donc la douleur s'en va-t-elle? Considérons une situation analogue. Les personnes souffrant d'une peur irrationnelle (phobie), due à une grande anxiété, voient leur phobie disparaître lorsqu'elles en découvrent la

vraie source. Par exemple, une femme s'était soudain mise à avoir une peur malade de prendre le métro, bien qu'elle l'ait fait toute sa vie. C'est avec un psychothérapeute qu'elle s'est rappelée avoir lu, la dernière fois qu'elle avait pris le métro, un journal dont les gros titres annonçaient l'histoire d'une mère ayant blessé son bébé. Cette nouvelle avait visiblement fait resurgir un ancien sentiment de culpabilité, engendrant une grande anxiété qui s'est manifestée en phobie du métro. La discussion avec le psychothérapeute a ramené la culpabilité à de justes proportions. L'anxiété a diminué et la phobie a disparu.

Il suffit que la personne soit confrontée au fait que la tension peut engendrer des maux de dos pour que la tension diminue, et conséquemment la douleur aussi. L'assurance que celle-ci n'est pas causée par une quelconque anomalie structurale diminue encore plus la tension.

On peut aussi voir les choses ainsi: puisque la tension se déguise en symptômes physiques, la situation cesse quand la supercherie est mise au jour. En d'autres termes, dès que l'on prend conscience que la tension est à la source de la douleur, le processus perd sa raison d'être.

Ce ne sont que des spéculations, des tentatives d'explication d'un phénomène observé. On ne saura pas ce qu'il advient de la tension avant d'en connaître davantage sur le fonctionnement du cerveau. Mais il est clair que si le cerveau peut provoquer des réactions indésirables comme le S.T.M., la pensée et la réflexion peuvent les éliminer. Si ce n'était pas le cas, je n'aurais pas pu traiter le S.T.M. Pourtant j'ai observé que la compréhension et l'acceptation du diagnostic sont à l'origine de la guérison de la majorité des cas.

Avant de poursuivre en présentant les programmes de

traitement du S.T.M., regardons de plus près d'autres cas de l'influence du psychisme sur le corps.

Un des événements médicaux les plus célèbres des dernières années a été relaté dans le livre *La volonté de guérir* de l'écrivain bien connu Norman Cousins¹. Alors qu'il souffrait d'une grave maladie, qui avait érodé la plupart de ses articulations (spondylarthrite ankylosante), il a finalement conclu que son caractère devait jouer un rôle actif dans son traitement. Il s'est rendu compte que des émotions négatives avaient été un facteur important dans l'apparition de sa maladie et que, par conséquent, des émotions positives devaient avoir une place dans son traitement. Avec l'aide de son médecin de famille et à la suite de ses propres conclusions, il a mis au point un programme de traitement. Le résultat fut un revirement complet: lentement et progressivement, son état commença à s'améliorer. M. Cousins admet que la médecine actuelle ne peut pas expliquer sa guérison, sûrement accomplie par le pouvoir de son esprit. La communauté médicale accepte généralement cette conclusion. Selon moi, c'est parce que M. Cousins s'est rendu compte du rôle des émotions dans sa maladie que son corps a pu la chasser. Je crois que c'est la *conscience* de ce rôle et la conviction qu'il pouvait faire quelque chose qui se sont avérées les facteurs cruciaux dans sa guérison. Il s'agit de beaucoup plus que d'un effet placebo. Ce dernier repose sur une confiance aveugle, alors que celle de M. Cousins ne l'était pas: il croyait en la capacité de son esprit à le guérir et savait qu'il devait jouer un rôle actif pour mobiliser ce potentiel.

C'est par effet placebo que quelqu'un qui souffre d'un mal de dos qu'il croit causé par une anomalie structurale peut voir un traitement améliorer son état. Par conséquent, on peut s'attendre à un retour des symptômes, ce qui est fréquent. Si, par ailleurs, le patient conclut que c'est la tension qui engendre son

mal de dos, qu'il n'y a rien à craindre et qu'il ou elle peut contribuer à sa propre guérison, alors celle-ci sera permanente.

Le sorcier

Dans un article de Louis C. Whiton, ingénieur et explorateur, paru dans *Natural History*, j'ai trouvé un autre excellent exemple de l'interaction de l'esprit et du corps². Le Dr Whiton a mené pendant plusieurs années des études anthropologiques au Surinam, en Amérique du Sud. Il s'intéressait particulièrement aux cérémonies, aux rites et aux guérisons accomplis par les sorciers-guérisseurs d'une tribu de la région. Il souffrait depuis deux ans de douleurs à la jambe et à la hanche droites, attribuées à une bursite au trochanter et réfractaires à tout traitement. Il a donc voulu tenter sa chance auprès d'un de ces sorciers et il a visité un certain Raineh. Le Dr Whiton était accompagné par son médecin personnel, cinq amis et le rédacteur en chef d'un journal du Surinam. Le lieu du traitement était à 60 kilomètres de Paramaribo, dans la forêt. La cérémonie qu'il a décrite en détail a commencé à minuit et a duré jusqu'à 4 h 30 du matin. Elle comportait plusieurs étapes: protection du patient contre les mauvais esprits, interrogation de son âme sur sa vie passée, appel des divinités locales bienfaisantes et exorcisme de l'esprit malfaisant hors du corps du malade pour le mettre dans celui du sorcier. Après quoi, le Dr Whiton s'est levé et s'est aperçu que son mal avait disparu. D'autres rites ont permis d'exorciser le sorcier-guérisseur et de transférer le mauvais esprit dans un poulet, qui est mort. La cérémonie s'est terminée par des incantations visant à empêcher le même esprit de réintégrer le corps du Dr Whiton.

De cela on doit conclure que le Dr Whiton ne souffrait sans doute pas de bursite au trochanter, mais plutôt d'un syndrome de tension musculaire. Si c'est le cas,

n'importe quel traitement suffisamment impressionnant aurait pu réussir. Le sorcier avait l'air imposant, très sérieux, sûr de lui. Il l'a visiblement touché et saisi. Plus important encore, l'écrivain croyait en la capacité de l'esprit de guérir le corps; la cérémonie du sorcier n'a fait que lui fournir une occasion de réaliser cette conviction.

L'influence de l'esprit sur le système immunitaire

On soupçonne depuis longtemps que des facteurs psychologiques peuvent modifier le fonctionnement du système immunitaire, influençant ainsi la réaction aux infections, aux allergies, aux cancers et à d'autres agents nocifs. Un article important, paru dans l'édition d'avril 1982 de la revue *Science*, relate une expérience où on a implanté des tumeurs cancéreuses à des rats qu'on a ensuite divisés en trois groupes³. Ceux du premier groupe recevaient des chocs électriques, sans possibilité de les éviter; ceux du deuxième groupe pouvaient éviter les chocs, alors que ceux du troisième groupe ne recevaient pas de chocs. Les chercheurs ont observé que seulement 27 % des rats du premier groupe ont résorbé la tumeur, alors que ce pourcentage s'établit à 63 chez ceux qui pouvaient éviter les chocs et à 54 chez ceux qui ne recevaient aucun choc. Ils concluent ainsi: «Ces résultats impliquent qu'un manque de contrôle sur des facteurs de stress réduit les possibilités de rejet des tumeurs et de survie.» Si les émotions affectent le système immunitaire des rats, elles ont sûrement le même effet chez les humains. On tient peut-être là l'explication de plusieurs guérisons du cancer jusqu'ici inexplicables.

On a présenté ici quelques-unes des preuves que la littérature, tant médicale que générale, donne un pouvoir de guérison à l'esprit. La préface du livre de Norman Cousins, *La volonté de guérir*, a été écrite par le regretté Dr René Dubos, chercheur médical renommé,

qui a contribué à certaines des découvertes médicales les plus fondamentales de ce siècle. Vers la fin de sa vie, le Dr Dubos aurait dit: «J'ai une très grande certitude que presque tout le corps est dirigé par l'esprit, que l'esprit est beaucoup plus important que quoi que ce soit d'autre⁴.»

Sans que j'aie voulu m'inscrire sous quelque philosophie que ce soit, mon expérience du diagnostic et du traitement du S.T.M. m'a amené à des idées semblables à celles du Dr Dubos. L'observation de mes patients m'a appris que, s'ils pouvaient se défaire des idées fausses et des peurs engendrées par le diagnostic et le traitement traditionnels du mal de dos, leur état s'améliorerait et resterait bon. C'est un exemple clair de résistance biologique, de la capacité qu'a l'esprit de créer les conditions dans lesquelles le corps peut guérir, grâce à une information juste. C'est le point central de mon traitement, la pierre angulaire de ce qu'on appelle la thérapie cognitive.

La thérapie cognitive

J'ai déjà mentionné que le placebo avait un effet dans l'inconscient, qu'il dépendait d'une «confiance aveugle». J'ai pour ma part découvert que la confiance dans une notion peut avoir un effet thérapeutique puissant et durable *si elle se fonde sur une information juste*. Quand on apprend aux patients ce qu'est le syndrome de tension musculaire, ils peuvent se fier à ce diagnostic, qui leur dit quelque chose. Ils ont une confiance *consciente*. D'une certaine manière, mes patients deviennent mes partenaires dans le diagnostic. Je leur dis: «Voici comment ça marche. Êtes-vous d'accord?» J'ai découvert que l'état des patients capables de répondre *oui* à cette question s'améliorait de manière permanente. Je crois que la croyance consciente est intériorisée, qu'elle agit dans l'inconscient, et que la douleur disparaît peu à peu. Cela peut se passer très

vite, en quelques jours. J'en ai conclu que l'acceptation d'une idée dans l'inconscient est semblable à l'effet placebo, à la différence près que l'effet semble permanent quand la croyance repose sur un fondement rationnel. Avec le temps, c'est devenu si évident et si efficace que j'ai finalement organisé une série de cours pour m'assurer que les patients aient la possibilité de se renseigner sur le S.T.M. J'invitais chaque patient à quatre heures de conférences et de discussions. Puis l'invitation est devenue une prescription.

Il peut paraître très étrange de soigner des gens en les invitant à une conférence où on leur enseigne la nature de leur maladie. Nous sommes habitués à aller chez le médecin, à être examinés, à nous faire dire ce que nous avons et à recevoir une prescription. Nous ne sommes que les bénéficiaires passifs du traitement administré par le médecin omniscient; notre participation se limite à suivre les instructions. C'est à cause des médecins que cette attitude est généralisée dans la société occidentale. Elle découle normalement de la non-reconnaissance du potentiel d'autoguérison que nous avons.

La guérison du S.T.M. est l'affaire d'un patient actif, bien informé et confiant. Il n'y a ni formule magique, ni pilule miracle, ni incantation, ni exercice rituel, ni astuce technologique. Il suffit que les gens sachent ce dont ils souffrent, ce dont ils ne souffrent pas, et qu'ils ont au-dedans d'eux-mêmes la capacité de renverser le processus. On pourrait dire que le gros du travail du médecin est de changer l'attitude des patients. Il s'agit là d'un défi de premier ordre pour la profession médicale, qui a besoin d'une modification complète de sa propre attitude avant de pouvoir changer celle des autres.

L'histoire qui suit montre l'importance décisive de l'attitude du patient. Il s'agit d'une femme mariée de trente-cinq ans qui souffrait de maux au bas du dos et

aux jambes depuis plusieurs mois. Elle avait rencontré les spécialistes habituels. Peu avant qu'elle ne me rencontre, on lui avait conseillé la chirurgie. Elle est venue me voir à la suggestion d'un parent médecin qui espérait pouvoir lui éviter l'opération.

Tant son dossier que l'examen ont montré les symptômes classiques du S.T.M.: sensibilité à la pression de presque tous les muscles posturaux, des deux côtés, du cou aux fesses. Je lui ai dit que ce devait être la cause de la douleur et que sa hernie discale n'était que fortuite. Quand elle a quitté mon bureau, elle n'était visiblement pas convaincue, mais elle a décidé de suivre mon programme: elle a commencé la physiothérapie et comptait assister aux cours. Ses doutes ont persisté durant les deux semaines entre sa visite et les conférences, et sa douleur n'a pas changé. Il est important de mentionner qu'elle demeurait en dehors de New York et qu'elle ne pouvait pas y venir pour les traitements. Je lui ai conseillé un physiothérapeute de sa localité qui avait été formé à l'*Institute of Rehabilitation Medicine* du *New York University Medical Center*. J'ai discuté avec lui du diagnostic en espérant que ses traitements seraient utiles malgré sa faible expérience du S.T.M., mais il m'a dit plus tard qu'il avait douté lui aussi de l'exactitude du diagnostic. Il a tout de même assisté avec la patiente aux conférences, et il semble que les preuves que j'y ai données les aient convaincus tous deux. Désormais confiants, ils se sont remis au travail, et la douleur a disparu en quelques semaines. Cette femme s'est ensuite remise au tennis et ses douleurs ne sont pas revenues.

Il est clair que tant qu'elle doutait du diagnostic, elle ne pouvait pas amener ses pouvoirs intérieurs à régler son problème. Elle pensait que sa douleur était causée par une anomalie structurale grave que seule une intervention extérieure pouvait corriger. Quand elle a

compris qu'il s'agissait du S.T.M., qu'elle a perdu sa peur d'une anomalie structurale et a pris confiance dans sa capacité de participer au traitement, elle a rapidement récupéré.

C'est par essais et erreurs que j'ai établi ce qu'on devait enseigner aux gens pour faire naître la confiance nécessaire à l'élimination du S.T.M. Je commence dans mon bureau, lors de la consultation, et cela continue sous forme de conférences et de discussions, puis lors de la physiothérapie. Pour un bon résultat, il est important que le physiothérapeute soit bien préparé pour répondre aux questions lors du traitement. Beaucoup de patients sont très craintifs au début; on leur a dit que leur dos était fragile et ils ont souvent souffert d'attaques soudaines et douloureuses, maintes fois associées à des mouvements ou à des blessures. Un physiothérapeute bien informé peut faire renaître petit à petit la confiance du patient en lui assurant qu'il n'y a aucun problème structural et en lui rappelant la raison de la douleur qu'il ressent à un moment donné.

Il y a certains traitements de physiothérapie que l'on prescrit toujours à cause de leur pertinence locale. On utilise des appareils réchauffant les muscles et les nerfs douloureux, ce qui améliore la circulation en ouvrant les vaisseaux sanguins. Les massages et les exercices ont le même effet. On prescrit habituellement les trois. Ces mesures diminuent ou éliminent la douleur, parfois pour plusieurs heures. Cela peut aider à convaincre les patients de la pertinence de ce qui a été dit lors des conférences. On met l'accent sur le fait que ces traitements ne pourraient pas soulager la douleur due à une anomalie structurale, comme une hernie discale.

Le mauvais côté de la physiothérapie est que certains patients se mettent à penser que la solution du S.T.M. réside dans des mesures physiques, surtout les exercices. Cela concerne principalement les gens peu

disposés à admettre que c'est la tension qui cause tout cela et qui croient que le renforcement des muscles et les exercices réguliers vont les préserver de la douleur. Parmi ces personnes, on retrouve ceux qui ont une ferveur presque religieuse envers les exercices. Il s'agit surtout d'hommes. Bien que je croie que l'exercice soit très important, il faut tout de même en reconnaître les limites. Il ne préserve pas du S.T.M. ni ne l'élimine. J'ai déjà mentionné que la physiothérapie exerce un effet placebo sur certains patients, d'où un soulagement toujours temporaire.

On utilise très communément l'exercice physique pour soigner les maux de dos, mais son utilité véritable est très mal comprise. Dans notre traitement, les physiothérapeutes l'utilisent pour augmenter la circulation locale, pour étirer les muscles contractés et pour améliorer le bien-être physique. Le renforcement des muscles abdominaux et du dos ne diminue pas le S.T.M., mais redonne confiance en son corps. Beaucoup de patients ont besoin de quelqu'un pour les aider lors des semaines où la douleur se résorbe; le physiothérapeute tient ce rôle à merveille. Il peut encourager, rassurer, conseiller et expliquer. Pendant le traitement, les patients retombent souvent dans l'habitude d'attribuer la douleur à certains mouvements ou positions. Le physiothérapeute peut corriger cette attitude, consolider le savoir acquis et ainsi contribuer à la guérison.

Alors que la douleur s'atténue, on recommande toujours de faire du sport. Pour certains, c'est la reprise d'anciennes activités, comme la course à pied, le vélo ou le tennis. On doit encourager les autres à entreprendre de nouvelles activités. Les exercices aérobiques sont importants pour tout le monde, non seulement parce qu'ils ont un bon effet sur le système cardiovasculaire et le bien-être général, mais aussi parce qu'ils constituent un excellent moyen de brûler un excès de

tension. On conseille aux personnes âgées la marche à bon pas ou la natation. Le physiothérapeute a aussi le rôle d'aider le patient à choisir et à entreprendre ces nouvelles activités.

Les physiothérapeutes enseignent souvent des techniques de relaxation, mais je n'accorde pas une très grande valeur à ces techniques, tout comme je mets en garde mes patients pour qu'ils ne donnent pas une trop grande importance aux exercices. Ce ne sont que des à-côtés. La meilleure manière de soigner le S.T.M. passe par la connaissance, la prise de conscience et l'acceptation du diagnostic.

Mais comment enseigner la prise de conscience et l'acceptation? Le dernier mot fait penser aux prédicateurs exhortant leur auditoire à renoncer au péché pour suivre le droit chemin. C'est cet élément qui tracasse et ennuie les patients et les médecins, surtout ces derniers, qui le considèrent comme non scientifique. La plupart des médecins réduisent la science à la méthode scientifique, qui se fonde surtout sur l'expérimentation. C'est la méthode scientifique qui a permis l'essor de la physique, de la chimie et de la biologie modernes. Mais la science est plus que cela. Dans la nature, certaines choses résistent à la méthode scientifique, et il faut alors faire des déductions à partir des données disponibles pour en arriver à une théorie. Benjamin Franklin a écrit: «Il ne nous est pas si important de savoir la manière par laquelle la nature suit ses lois; il nous suffit de savoir lesdites lois⁵.» On exposera vers la fin de ce chapitre un suivi qui montre que la majorité de nos patients est complètement guérie. Comme l'acceptation du diagnostic est l'aspect fondamental du traitement, il est logique de supposer que c'est l'élément clé de la guérison.

L'acceptation dépend de la capacité qu'a le médecin de convaincre le patient que le S.T.M. est une explication

logique, plus logique que les diagnostics structuraux émis par d'autres médecins. On consacre beaucoup de temps à donner des informations physiologiques et psychologiques sur le syndrome. Mais la logique appartient au niveau conscient et rationnel de l'esprit. On doit aussi satisfaire son niveau inconscient, lieu des émotions. C'est là que l'on retrouve la crainte, l'intimidation, l'impuissance et le sentiment d'être une victime, qui caractérisent les personnes souffrant depuis longtemps d'un mal de dos.

L'idée que la maladie est causée par des forces tout à fait hors de son contrôle est certainement très répandue. Quand on a mal, on se demande d'abord pourquoi et on s'inquiète de l'importance de la douleur. Les personnes naturellement anxieuses songent tout de suite au cancer ou à une autre maladie grave. Mais le pire est de se sentir une victime impuissante. Comme on ne sait habituellement pas pourquoi on souffre ni ce qu'on peut faire, ce sont là des sentiments normaux. Ironiquement, la pensée médicale moderne a renforcé ces sentiments par inadvertance, parce qu'elle considère que la maladie est un désordre de la «machine corporelle», et que le rôle de la médecine est de la réparer. Nous attendons que celle-ci nous délivre des affres de la maladie, dont nous nous sentons les victimes impuissantes. Il est regrettable que la médecine pense d'une manière structuro-mécaniste. Les malades se croient les jouets du destin. On ne leur a pas appris que la nature nous a donné des mécanismes d'autoguérison et qu'il suffit de savoir les activer.

Je regardais l'autre jour une cicatrice se former sur une de mes mains et je réfléchissais aux voies incroyables de la nature: une simple écorchure déclenche tout un processus de guérison, avec ses réactions chimiques et physiques qui reconstituent peu à peu la peau. Et tout ceci se fait sans qu'on ait à y penser. Je m'étonnais devant les forces à l'œuvre et je m'émerveillais des

possibilités d'auto-entretien inscrites dans chaque être vivant. Ces pouvoirs fonctionnent si on leur en laisse la chance. La vie moderne nous a fait perdre cela de vue. Nous ne connaissons pas cette puissante force qui nous habite. On nous a appris à attendre le «salut» de la médecine, de la technique médicale moderne, qui peut résoudre tous les problèmes et qui éliminera un jour toutes les maladies.

Notre programme de traitement permet d'utiliser nos pouvoirs d'autoguérison. Comme les patients apprennent que la douleur est causée par un désordre musculaire bénin dû à la tension, ils prennent conscience de leur pouvoir de changer les choses. Le corps peut alors se guérir. En enlevant la peur, la confusion et le sentiment d'être une victime, si caractéristiques du S.T.M., on donne au corps la chance de faire ce qu'il a à faire.

La tension est un phénomène psychologique. Si elle peut rendre les muscles douloureux, on peut penser qu'un autre phénomène du même ordre, comme d'apprendre la vérité sur ce qui se passe, peut y mettre fin.

Ce ne sont bien sûr que des spéculations. Notre connaissance de la physiologie du cerveau est très sommaire, et il peut couler beaucoup d'eau sous les ponts avant qu'on en découvre tous les secrets. D'ici là, contentons-nous de bien connaître les lois qui gouvernent le mal de dos et d'aider les gens à utiliser ce savoir pour régler leurs problèmes.

Et les médicaments? On a déjà traité de ce sujet au deuxième chapitre et on a vu qu'ils sont communément utilisés dans les traitements traditionnels. Pour traiter le S.T.M., on utilise parfois des médicaments de deux types: les analgésiques et les tranquillisants. Jamais dans le but de soigner, mais plutôt pour calmer la

douleur ou l'anxiété pendant le traitement du problème fondamental. Leur usage est limité aux patients souffrant de symptômes très prononcés. D'ailleurs, selon moi, ni les analgésiques courants ni les tranquillisants ne peuvent enrayer complètement la douleur ou l'anxiété. C'est pourquoi j'utilise souvent des analgésiques puissants et même des narcotiques.

Une expérience du Dr H. K. Beecher, chercheur célèbre dans le domaine de la douleur, est bien connue des milieux médicaux⁶. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, en divers endroits en Europe, il a questionné 215 soldats grièvement blessés sur leur besoin en morphine peu après leur blessure. Il a trouvé que 75 p. 100 d'entre eux souffraient si peu qu'ils ont refusé les injections. Remarquant qu'une émotion violente peut arrêter le processus de la douleur, le Dr Beecher spéculait: «À cet égard, on doit se rappeler la situation du soldat: sa blessure lui permet de quitter un milieu caractérisé par un très grand danger, l'épuisement, l'inconfort, l'anxiété, la peur et un risque réel de mort, et lui donne accès à la sécurité d'un hôpital. Ses ennuis sont finis, du moins le pense-t-il.»

Ceci suggère que l'état émotionnel du patient influence énormément l'intensité de sa douleur et sa tolérance face à elle. Si le malade est apeuré, déprimé, en colère ou frustré, la douleur sera plus grande; de même, s'il ne comprend pas la cause de sa douleur ou s'il est inquiet quant à son origine. Par contre, s'il est joyeux, comme certains des soldats vus par le Dr Beecher, ou n'est pas inquiet de la raison de son mal, la douleur sera beaucoup plus supportable.

Selon moi, les analgésiques améliorent plus l'état d'esprit du patient qu'ils n'enlèvent la douleur. En d'autres termes, ce sont des tranquillisants très efficaces, rendant la douleur supportable sans l'éliminer. Ceux à qui on vient de donner de la morphine le disent: «J'ai

encore mal, mais ça ne me fait plus rien.» Si c'est vrai, on peut dire que les narcotiques, c'est-à-dire les meilleurs analgésiques, sont en fait des tranquillisants très puissants. C'est pourquoi on les utilise en cas de douleur et c'est sans doute pourquoi tant de personnes en sont dépendantes. Ce sont les meilleurs produits pour «bien se sentir», qu'on souffre ou non d'une douleur.

J'ai souvent dit que si je pouvais me procurer légalement de l'héroïne, comme les médecins britanniques, je l'utiliserais dans les cas de douleurs extrêmes, parce que je crois qu'elle est plus efficace que n'importe quel médicament autorisé. Cela choque, parce qu'on associe très fortement l'héroïne à la toxicomanie. Mais on peut abuser de toutes les drogues. C'est parce que l'héroïne est très efficace qu'on en abuse si souvent.

Ces observations m'ont été très utiles dans les cas graves de maux de dos chroniques. Elles m'ont permis d'utiliser les meilleurs médicaments disponibles sans craindre la dépendance. Quand on souffre d'une douleur intense, on peut tolérer une dose de morphine qui provoquerait un coma chez une personne saine. C'est sans aucun doute parce qu'une douleur intense engendre une anxiété intense; c'est l'anxiété et non la douleur que la drogue calme.

À part les analgésiques, et parfois les tranquillisants, je n'utilise aucun médicament dans le traitement du S.T.M. En fait, même si l'industrie pharmaceutique mettait au point un médicament efficace et spécifique au S.T.M., je ne m'en servais pas. Qu'il agisse sur les muscles ou sur l'anxiété, il ne soignerait pas le désordre. Il endormirait le patient dans une fausse sécurité et lui enlèverait toute motivation d'aller au fond du problème. La douleur disparaîtrait et les patients en seraient enchantés. Mais dès que le

traitement serait interrompu, la douleur reviendrait. Ce remède miracle irait alors à l'encontre des intérêts de la personne en nuisant à son apprentissage.

En dernière analyse, le traitement du S.T.M. est d'abord de la médecine préventive. Une guérison durable passe par la compréhension du problème et de son fonctionnement et par la confiance que cette compréhension arrangera les choses. Aucun médicament ne peut faire cela. Nous avons postulé qu'une guérison réelle devait être permanente, et nos suivis montrent que c'est le cas. Dans les quelques situations où la douleur revient, c'est que le patient n'a pas abandonné ses anciennes idées, soit parce qu'il n'a jamais accepté le diagnostic de S.T.M., soit parce que sa tension est tellement élevée que d'autres mesures s'imposent pour la diminuer. Heureusement, on trouve peu de patients qui se classent dans l'une ou l'autre de ces catégories. S'il s'agit d'un patient qui refuse le diagnostic mais qui désire toujours se faire traiter, on peut envisager d'autres consultations ou conférences. Dans les deux cas, une psychothérapie pourrait être utile.

Le recours à la psychothérapie n'est pas un déshonneur, bien qu'il soit entouré de tabous, surtout pour les personnes plus âgées. Des attitudes qui datent de l'enfance persistent souvent à l'âge adulte. Elles peuvent être tout à fait inconscientes jusqu'à ce que les circonstances les fassent réapparaître. Par exemple, le travail manuel peut engendrer un sentiment d'infériorité, d'où beaucoup de tension, ce qui peut conduire à un S.T.M. On doit prendre conscience de ses problèmes, parce que cette action diminue habituellement la tension et, par conséquent, la douleur.

Les gens nous demandent souvent dans combien de temps la douleur va disparaître. Mon expérience montre que de quatre à huit semaines s'écoulent habituellement entre le diagnostic et la guérison

complète – parfois plus, parfois moins. Je trouve ce délai remarquablement court, surtout pour ceux qui ont mal au dos depuis des années. Notre suivi auprès de 177 patients a révélé que les symptômes étaient présents depuis en moyenne 8 ans, et parfois depuis plus de 15 ans. Or tous les cas sont guéris en quelques semaines. On ne peut pas expliquer avec certitude cette rapidité, mais je soupçonne que les patients n'avaient besoin que de comprendre et d'accepter le diagnostic de S.T.M., pas de changer leur caractère ou leur vie.

D'un autre côté, s'il suffit de comprendre et d'accepter, pourquoi cela peut-il prendre huit semaines? Certains patients trouvent le diagnostic logique et l'acceptent tout de suite. Mais accepter consciemment n'est pas suffisant pour qu'un travail s'accomplisse dans l'inconscient. Celui-ci intègre plus lentement les idées nouvelles, et on doit y travailler en se les représentant clairement: les doutes doivent être balayés. Dans ce but, les conférences-discussions sont très utiles: les participants y obtiennent des réponses à leurs questions. Des personnes partagent souvent leur expérience et leurs réflexions pour renforcer un point. C'est pendant cette période de quatre à huit semaines que les idées nouvelles envahissent peu à peu l'inconscient, source du S.T.M., et que la douleur disparaît peu à peu.

Même si les symptômes disparaissent en quelques semaines, certaines personnes ont besoin de quelques mois avant que tout soit sous contrôle. C'est à cause de facteurs psychologiques qu'il serait trop long d'exposer ici. Ces patients semblent guérir tout à fait en quatre à huit semaines, mais se remettent à avoir mal quelques semaines ou quelques mois plus tard, souvent lors d'une situation émotionnellement tendue. Il est alors de première importance de les interroger sur ce qu'ils croient être la cause de cette douleur. Pensent-ils qu'il s'agit encore du S.T.M.? Admettent-ils que la tension a

causé le retour de la douleur? Parce que les symptômes sont différents, l'attribuent-ils à une anomalie structurale? Quand la localisation de la douleur change, les patients sont très tentés de penser à des problèmes structuraux, et on doit leur montrer qu'il ne s'agit que d'une autre manifestation du S.T.M.

Je me souviens d'un homme qui avait très bien réagi au traitement et s'était remis à courir après avoir souffert pendant des années au dos et aux jambes. Quelques mois plus tard, il a eu mal à un genou, et même s'il disait être tout à fait convaincu que ses anciennes douleurs étaient dues au S.T.M., il s'inquiétait de ce nouveau symptôme. Je l'ai examiné, nous avons discuté et décidé qu'il devrait continuer à courir. Sa douleur est finalement disparue. Peu après, il a eu des spasmes au dos, mais ils étaient clairement reliés à des événements chargés d'émotions et ils n'ont pas persisté. Chaque fois, il croyait davantage à l'idée du S.T.M. et se rendait mieux compte de sa très grande tendance à exprimer physiquement sa tension. J'ai suivi son cas de près: il continuait à avoir souvent mal dans le bas du dos, mais cela ne l'empêchait pas de courir plusieurs kilomètres par semaine. Il menait une vie tout à fait normale.

Quand un patient se rétablit complètement en quelques jours, je soupçonne l'effet placebo. Ça ne va pas du tout: il s'agit d'un effet temporaire, alors que nous désirons une guérison permanente. Seules les personnes dont le mal a été de durée et d'intensité faibles peuvent espérer guérir en quelques jours.

Le traitement du S.T.M. présenté dans ce livre n'a pas de meilleur avocat que ses résultats. Les chiffres qui suivent montreront que la plupart des patients ont connu la guérison.

À l'été 1982, au cours d'une enquête téléphonique, on a interrogé 177 patients sur les suites de leur traitement.

Ils ont été choisis par un assistant de recherche et ma secrétaire, à partir de mon carnet de rendez-vous et d'une liste des patients dirigés vers un certain physiothérapeute. On voulait ainsi comparer les résultats d'un physiothérapeute en particulier à ceux d'un ensemble aléatoire de physiothérapeutes. On n'a trouvé aucune différence.

Chez tous ces patients, j'avais diagnostiqué un S.T.M. Ils avaient tous reçu auparavant des diagnostics structuraux, dont les plus fréquents étaient la hernie discale, l'ostéo-arthrite lombaire, une maladie des disques intervertébraux cervicaux (du cou) et l'ostéo-arthrite cervicale. On leur a tous appris ce qu'était le S.T.M. La plupart ont assisté aux conférences, bien que certains aient été traités avant leur mise sur pied. La plupart ont reçu des traitements de physiothérapie.

La distribution d'âge s'étendait de 15 à 77 ans, et 79 p. 100 des sujets avaient entre 30 et 59 ans. Le groupe comptait 95 hommes et 82 femmes. Leur mal de dos datait de 1 mois à 42 ans, avec une médiane de 5 ans et une moyenne de 8 ans. Ces chiffres montrent qu'il ne s'agissait pas de problèmes récents et sans importance. La douleur était profondément enracinée et aucun traitement ne l'avait éliminée de manière durable.

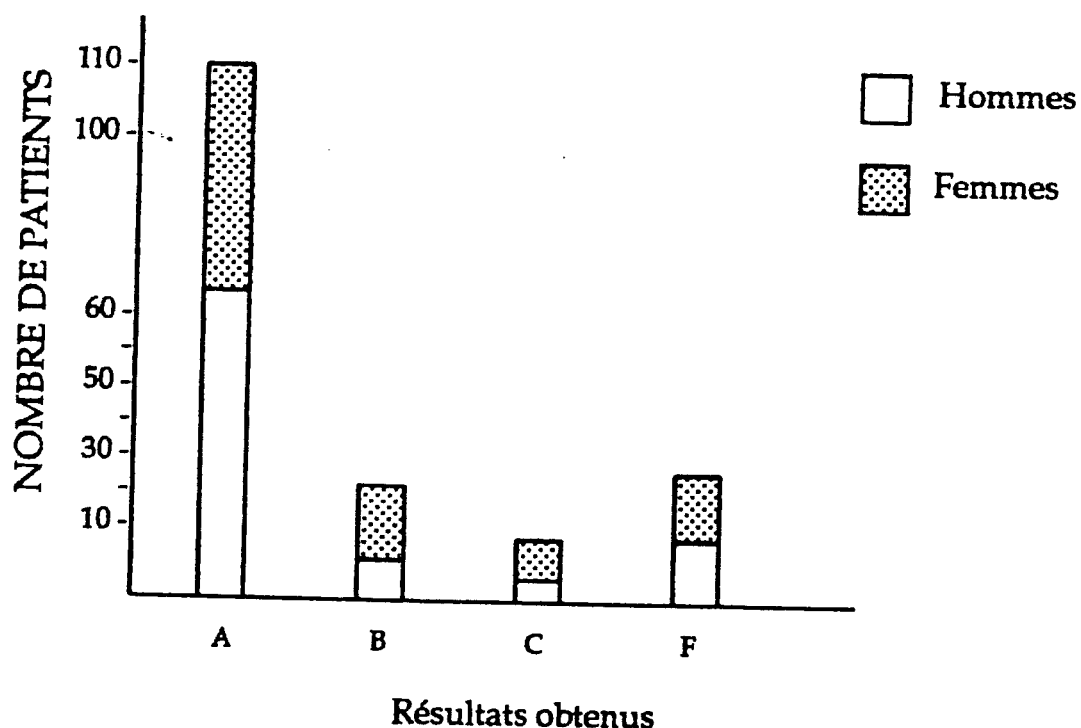
Pour montrer que la guérison était durable, on n'a pas considéré les sujets dont le traitement s'était terminé moins d'un an avant l'enquête. Le temps écoulé entre la fin des traitements et l'enquête s'étendait de 12 à 42 mois.

Les chiffres parlent par eux-mêmes (voir la figure 10). En tout, 76 p. 100 des patients ont vu leur état s'améliorer énormément; 62 p. 100 ont vu toute douleur disparaître (groupe A) et 14 p. 100 (groupe B) souffrent encore de maux peu intenses et passagers, qui n'empêchent aucune activité physique. Les 14 patients

du groupe C ont vu leur état s'améliorer à divers degrés, alors que le traitement de seulement 28 patients (16 p. 100) a été un échec (groupe E). On a posé plus de questions à ces derniers: la plupart n'acceptaient pas le diagnostic de S.T.M. Ce groupe comptait plus que sa part de personnes âgées de 60 à 77 ans. Les personnes traitées avec succès menaient une vie normale, sans limitation d'ordre physique. La plupart pratiquaient des exercices aérobiques ou des sports comme le tennis, la course à pied ou le ski.

Figure 10

Suivi
12 à 42 mois après le traitement
177 patients



La douleur chronique

Ce livre veut aussi traiter du problème causé par *la douleur chronique*. Aux États-Unis, de nombreuses personnes sont incapables d'avoir un emploi ou de tenir maison à cause de ce problème. Elles vivent

d'indemnités d'accidents du travail, d'assurances ou de l'assistance sociale. L'appareil médical n'a rien pu faire contre ces douleurs rebelles à tout traitement et limitant les activités. Plusieurs de ces personnes ont subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ou ont reçu une foule d'autres traitements. Bien que la majorité ait été traitée avec soin et respect, on a accusé certains de simuler la maladie, ou d'être affligés d'une maladie mentale, et on les a considérés irrécupérables.

Une des principales solutions proposées par la médecine a été la mise sur pied de «centres de la douleur» à la grandeur des États-Unis, principalement dans les hôpitaux universitaires et publics. Ces centres réunissent diverses disciplines médicales et para-médicales qui emploient autant les méthodes physiques que les méthodes psychologiques. Le principe de base de la plupart d'entre eux veut que la douleur soit une maladie à part entière. On croit qu'une anomalie structurale en est la cause, et que les patients qu'elle handicape ont inconsciemment appris à en tirer profit. Ce peut être un profit pécuniaire, une fuite de l'esclavage du travail, ou l'attention de ses parents et amis. En accord avec les principes de la psychologie behavioriste, on veut aider les patients à se défaire de ces habitudes pour acquérir une attitude plus saine envers la douleur.

Je pense que cette approche est vouée à l'échec, pour les deux raisons suivantes:

1. On croit que la douleur a une cause structurale sous-jacente;
2. et qu'elle est maintenue et aggravée par un désir inconscient d'un «bénéfice secondaire».

Mon désaccord avec ces deux idées se base sur mon expérience avec des personnes souffrant de maux de

dos chroniques. Mon équipe et moi menons depuis 1974 un programme de soins pour ces personnes à l'*Institute of Rehabilitation Medicine*. Voici nos conclusions:

1. Il n'y a, dans la majorité des cas, aucune anomalie structurale sous-jacente. La plupart de ces gens souffrent de S.T.M., problème physique et non structural, comme j'ai tenté de le montrer dans ce livre.
2. Ce n'est pas le «bénéfice secondaire» mais bien l'anxiété, la dépression et les conflits psychologiques, qui causent la douleur. Le «bénéfice secondaire» existe indubitablement mais son importance est faible et on ne doit pas fonder le traitement sur cette seule notion.

Mon expérience avec un grand nombre de personnes souffrant du S.T.M., du plus faible au plus grave, me porte à dire que cette notion de «douleur comportementale» est dégradante et, à long terme, destructrice. Elle porte les patients à penser qu'«ils l'ont voulue», bien qu'inconsciemment. J'ai entendu des patients exprimer ces sentiments avec beaucoup d'amertume et de tristesse. De fait, ils réagissent souvent ainsi au diagnostic de syndrome de tension musculaire, et on doit tout de suite les rassurer qu'il ne s'agit pas du tout d'un désir caché de souffrir. Comme ces personnes sont consciencieuses à l'excès et se sentent coupables d'avance, la pensée qu'elles sont responsables de leur mal ne fait qu'augmenter leur anxiété.

La notion de douleur comportementale devient encore moins convaincante quand on voit comment le système médical crée et renforce l'idée que le dos des malades est fragile et abîmé. Le patient pense: «Puisque j'ai reçu les meilleurs traitements disponibles et que rien ne s'est amélioré, je dois vraiment aller très mal.» En même temps, le système engendre une grande peur. Je me souviens d'une femme qui s'est affolée quand elle a lu,

dans un livre réputé traitant du dos, que si on a un début de hernie discale et qu'on reprend trop tôt ses activités, la hernie deviendra complète et nécessitera une opération. Un médecin avait dit à une autre patiente, après que celle-ci eut refusé de subir une opération: «Vous allez revenir dans deux semaines en hurlant de douleur et en me demandant à genoux de vous opérer.» Ce sont deux exemples parmi tant d'autres de la manière dont le système médical entretient le problème du S.T.M. en terrorisant ses patients. Ce sont l'anxiété et la peur qui entretiennent le mal de dos, pas un «bénéfice secondaire».

Selon moi, la notion behavioriste du mal de dos chronique repose sur l'ignorance de la psychologie et de la physiologie de ces syndromes. J'ai peur que les effets négatifs de cette théorie prennent plusieurs années à s'estomper.

L'Institute of Rehabilitation Medicine s'occupe aussi de patients hospitalisés. On emploie alors les mêmes techniques que pour les consultations externes, mais de manière plus soutenue. On traite trois ou quatre personnes à la fois, de manière à développer entre elles une camaraderie et à leur donner l'occasion de partager leur expérience, d'approfondir leurs connaissances et de se fournir un support mutuel. Tous les jours, je passe d'abord une heure à enseigner ce qu'est le S.T.M. et à rencontrer les patients un à un pour discuter de problèmes individuels. Ils suivent ensuite une psychothérapie individuelle ou de groupe. Puis ils passent à des séances de physiothérapie ou d'ergothérapie, individuelles ou de groupe, pour améliorer la mobilité et la flexibilité, pour accroître la circulation sanguine locale et, d'une manière générale, pour faire renaître la confiance en leur corps. Pour ceux qui en ont besoin, des services sociaux et d'orientation professionnelle sont disponibles.

On discute de la douleur de manière ouverte et libre, pour que les gens arrivent à la voir comme une manifestation de la tension. On les encourage à «penser psychologique». Ils apprennent ainsi à relier un accroissement de la douleur à des phénomènes psychologiques plutôt que physiologiques.

On administre des médicaments au besoin, mais, contrairement à la pratique behavioriste, les patients participent à cette décision. Quand la douleur diminue, ils cessent habituellement leur médication de manière spontanée. S'ils veulent des médicaments alors que la douleur s'est affaiblie, c'est qu'ils en sont devenus psychologiquement dépendants. On doit donc s'occuper de ce problème en psychothérapie.

L'histoire d'un cas

L'histoire suivante montre bien ce qui arrive à un patient hospitalisé. Il s'agit d'une femme de 44 ans, qui avait mal au dos depuis l'âge de 25 ans. Huit ans avant que je la voie, sa jambe gauche s'engourdit, et elle subit une opération au dos un an plus tard. La douleur ne diminua pas. Un an plus tard, une autre opération, sans résultat, suivie, après 13 mois, d'une fusion vertébrale, en vain. La malade était presque invalide. Deux ans avant sa visite chez moi, on lui passa une scanographie. On ne lui trouva aucune anomalie structurale; la douleur devait être due à un «tissu cicatriciel», et elle aurait sans doute à l'endurer toute sa vie. Puis, petit à petit, elle s'est mise à se droguer.

On peut voir l'importance de son handicap quand on sait qu'elle avait une formation de pianiste et de professeure de piano, mais qu'elle était incapable de jouer ou d'enseigner parce qu'elle ne pouvait plus s'asseoir. Elle était mariée et mère de deux enfants adoptés. La plupart des tâches domestiques lui étaient inaccessibles. Ces limitations empoisonnaient ses

relations avec son mari et ses enfants. Pour éviter de rester couchée chez elle toute la journée, elle avait pris un emploi dans une banque. Quand je l'ai rencontrée, elle souffrait d'une douleur continue dans le bas du dos et dans la fesse gauche, aggravée d'abord par l'activité mais aussi par les positions assise et debout. Habituellement, la douleur empirait au fur et à mesure que la journée passait.

L'examen ne montra rien d'anormal, sauf l'absence de réflexe tendineux à la cheville gauche, une faiblesse apparente de la jambe gauche et la sensibilité à la pression des muscles du cou, des épaules, du bas du dos et des fesses, pour les deux côtés. Les données du dossier médical et de l'examen étaient typiques du S.T.M. Une connaissance plus approfondie de cette femme nous a révélé des traits de personnalité caractéristiques du S.T.M. Elle était compulsive, perfectionniste et encline à négliger ses besoins au profit de ceux des autres, surtout ceux de sa famille. Elle doutait beaucoup d'elle-même, même si elle était intelligente et talentueuse. On ressentait clairement une colère retenue.

Elle a entrepris le traitement bien à sa manière, avec énergie et enthousiasme. C'est après qu'elle eut appris que son mal n'avait aucune cause structurale qu'elle a pu se concentrer sur la psychothérapie. Elle s'est mise peu à peu à admettre ses sentiments réprimés et à comprendre la signification de divers aspects de son caractère. Ces démarches ont entraîné des transformations étonnantes: elle a recouvré toute sa mobilité, la douleur a diminué peu à peu, et, la sixième semaine, elle a arrêté d'elle-même l'usage de narcotiques, sans aucun effet secondaire. À sa sortie de l'hôpital, la douleur avait presque entièrement disparu. On peut aisément imaginer ses réactions à cette expérience. Mais laissons-lui la parole:

«Les dix semaines passées à l'*Institute of Rehabilitation Medicine* ont été pour le moins étonnantes. Grâce à une psychothérapie et à un traitement médical intensifs, grâce aussi au Dr Sarno, qui m'a réhabilitée, l'avenir ne m'apparaît plus bouché, sans alternative. Je suis plutôt au cœur de l'action, je fonctionne à pleine capacité, sans médicaments, et je me sens devant un grand choix d'autoroutes, aucune d'entre elles ne menant à un cul-de-sac! J'ai repris ma carrière musicale: j'enseigne le piano et j'accompagne, ce qui m'était impossible auparavant. Ma famille aime m'entendre rire, et j'ai découvert que je ne l'avais pas fait depuis des années. En fait, je ne suis pas la seule à avoir profité de mon séjour à l'institut, il suffit de voir mon mari et mes deux enfants adolescents pour s'en convaincre.»

J'ai évidemment choisi ce cas à cause de la rapidité et de la qualité de la guérison. Ça ne va pas toujours aussi bien. Beaucoup ressentent encore de la douleur lors de leur sortie, et on doit continuer la physiothérapie et la psychothérapie en clinique externe. Il y a aussi des échecs. Mais, en général, les résultats sont bons. J'ai publié en 1976, dans le *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, un article présentant le résultat du traitement de mes 28 premiers patients. Parmi eux, 68 p. 100 ont quitté l'hôpital sans douleur ou dans un état suffisamment bon pour permettre une vie normale. Un suivi à long terme a révélé que 64 p. 100 sont restés dans les mêmes catégories. On a constaté une légère amélioration chez 21 p. 100, alors que l'état de 11 p. 100 est resté stable⁷.

Dans ce chapitre, j'ai essayé de transmettre les principes et les techniques qui ont amené nos résultats. Il est difficile de les rendre clairs, puisqu'il s'agit d'un sujet abstrait et auquel nous ne sommes pas habitués de penser.

Pour diagnostiquer et traiter le S.T.M., on doit comprendre le principe fondamental selon lequel le corps et l'esprit sont indissociables. C'est ainsi que l'étude de la physiologie et des maladies est incomplète si on néglige le rôle des facteurs psychologiques. De même, l'étude de la maladie mentale doit tenir compte de l'influence du corps sur l'esprit. Si on néglige ce principe, on s'expose à des erreurs de diagnostic et de traitement. Les maux de dos en sont un bon exemple, mais ne sont aucunement uniques.

Selon moi, la méthode par laquelle nous diagnostiquons et traitons le S.T.M. est une bonne application des pouvoirs d'autoguérison de chacun. Il n'y a là rien de magique: c'est aussi scientifique que l'usage approprié des antibiotiques, car la science comprend tout ce qui est vrai dans la nature. Nous devons apprendre à reconnaître les vérités de la nature même si nous ne les comprenons pas: l'esprit humain est peut-être incapable de les comprendre toutes. Nous avons besoin d'une juste combinaison d'humilité, d'imagination, d'obéissance à la vérité et, par-dessus tout, de confiance en la sagesse éternelle de la nature.

Addendum

Je me sens obligé, à la fin de ce livre, d'ajouter un mot pour situer dans la médecine actuelle mon expérience sur les maux de dos. De quelle sorte de médecine s'agit-il?

Il n'y a sans doute aucun autre syndrome traité d'autant de manières différentes et par des praticiens si divers. Même si cette idée peut être dure à admettre, la communauté médicale doit en assumer la responsabilité, à cause de son approche trop restreinte du problème. Elle a été piégée par une manière ancienne de faire le diagnostic et, ce qui est fort étonnant, a accepté aveuglément l'idée que les maux de dos sont dus à des anomalies structurales, d'où l'incapacité de les traiter efficacement, ce qui a poussé les gens à chercher l'aide de non-médecins.

Mon diagnostic et mon traitement sont-ils un exemple de médecine holiste? Ceux qui pratiquent cette médecine disent avoir comme philosophie de considérer et de traiter l'humain dans sa totalité, de tenir compte de ses aspects physiques et émotionnels. Mais sir William Osler, célèbre médecin britannique du XIX^e siècle, parfois appelé le père de la médecine moderne, a souvent mentionné l'importance des facteurs émotionnels dans le cas des maladies physiques. Cependant, beaucoup de chercheurs du XX^e siècle, obnubilés par leur appareillage, semblent avoir oublié les enseignements de leurs prédécesseurs et voient le diagnostic

et le traitement des maladies comme si l'humain était une machine complexe et comme si la connaissance de la physique et de la chimie du corps était suffisante pour résoudre tous les problèmes médicaux. En plus, ces chercheurs tendent à séparer les phénomènes physiques des phénomènes psychologiques, comme s'ils n'étaient pas reliés. L'épidémie de maux de dos montre bien ce qui peut se passer dans cette situation.

Il est alors inévitable que des médecins veuillent rétablir la situation. D'où le mouvement holiste. Malheureusement, l'approche de la maladie de certains propagateurs de la médecine holiste n'est pas du tout objective et les problèmes ne sont pas mieux résolus. Selon moi, ce mouvement n'est pas nécessaire. Tous les médecins devraient pratiquer une médecine holiste, c'est-à-dire reconnaître le lien entre l'esprit et le corps. Négliger ce lien montre un préjugé qui n'a pas sa place dans la science.

Je ne suis pas un médecin holiste. Mes conclusions sont basées sur l'observation et l'expérience. Bien que la cause du S.T.M. soit la tension, le diagnostic se fonde sur la physiologie et pas sur la psychologie, et s'inscrit dans la tradition de la médecine clinique. J'invite d'ailleurs mes confrères dont le travail s'inscrit dans une autre tradition, celle de la recherche médicale, à vérifier ou à corriger mes conclusions. Ils ne devraient pas s'en désintéresser: les maux de dos sont un problème trop important et une solution est urgente.

Postface

par
Daniel Moreau

Dans les pages qui suivent, je veux tout d'abord vous communiquer les modifications que le Dr Sarno a apportées au S.T.M. depuis la parution de la version originale de ce livre. Par la suite je vous ferai part de mes réflexions ainsi que de mes propres constatations cliniques.

Le traitement du S.T.M.

Si vous vous rappelez le cinquième chapitre, le traitement du Dr Sarno se résumait comme suit: une rencontre individuelle, des séances d'information de groupe et de la physiothérapie. Aujourd'hui, ce traitement est encore plus simple. Le volet «physiothérapie» a été abandonné parce que ces traitements entretiennent l'idée qu'une anomalie structurale causerait la douleur et que la solution résiderait dans des mesures physiques, surtout des exercices. Comme le Dr Sarno le dit clairement, «la meilleure manière de soigner le S.T.M. passe par la connaissance, la prise de conscience et l'acceptation du diagnostic». Les efforts sont donc maintenant essentiellement centrés sur ces dimensions.

En premier lieu, une consultation entre la personne touchée et le Dr Sarno permet à ce dernier de poser un diagnostic, d'informer son client et de l'inviter aux deux

soirées d'information de groupe. Selon lui, environ 90 p. 100 des gens souffrant d'un S.T.M. acceptent le diagnostic et peuvent ainsi passer à la seconde étape.

Peu de temps après la première rencontre, les gens sont invités à deux soirées d'information qui ont lieu dans la même semaine: par exemple, les lundi et mercredi soirs. Ces soirées durent trois heures chacune. Une trentaine de patients y assistent. On leur suggère fortement de se faire accompagner de leur conjoint respectif. Leur présence est importante puisque eux aussi doivent comprendre ce qui se passe; de cette façon, ils peuvent fournir un meilleur support. À cause du nombre important de personnes qui consultent le Dr Sarno, des soirées d'information ont lieu aux 15 jours, et c'est lui-même qui agit comme animateur. Il considère qu'un interlocuteur **crédible** doit animer ces soirées, en l'occurrence un médecin.

La première rencontre de groupe est consacrée aux explications physiologiques: les diagnostics médicaux usuels, le processus du S.T.M. et les mythes s'y rattachant. En bref, on discute des trois premiers chapitres du livre. Des planches dont sont tirées les illustrations du livre sont utilisées pour permettre aux gens de mieux visualiser le phénomène. Ensuite il y a une période de questions et d'échanges entre les participants.

La deuxième soirée d'information permet d'éclairer les gens sur le rôle des facteurs psychologiques. Quels sont les liens entre la tension, l'anxiété et les symptômes physiques? Pour renforcer son exposé, le Dr Sarno utilise des témoignages écrits qu'il a reçus de clients soignés antérieurement. Voici un exemple d'une personne qui avait consulté le Dr Sarno pour la première fois en février 86; ses douleurs avaient disparu jusqu'au moment du nouvel épisode qu'elle relate:

«11 décembre 1986

«Cher Dr Sarno,

«Nous avons tous besoin d'être encouragés et c'est pourquoi je vous écris. Si vous vous rappelez bien, on s'est parlé récemment à propos d'une «blessure à la hanche» que je me suis infligée en pratiquant la course à pied. J'étais allé consulter un médecin orthopédiste qui avait alors diagnostiqué une bursite à la hanche. Les traitements habituels m'ont été prescrits: radiographies, injections, médicaments. Vous m'aviez alors grondé, à juste titre d'ailleurs, de ne pas vous avoir téléphoné et d'avoir privilégié cette solution. Lorsque je me suis enfin décidé à vous appeler, j'étais très souffrant. Cela faisait environ trois semaines que j'endurais cette douleur. Après avoir raccroché l'appareil téléphonique, j'ai réfléchi longuement à notre conversation; je me sentais mal et très en colère vis-à-vis de moi-même, surtout envers mon cerveau. Je lui ai dit ma façon de penser pour son mauvais tour. Eh bien, croyez-le ou non, en moins de deux minutes ma douleur était complètement disparue. Elle n'est pas réapparue depuis ce moment. Étonnant, n'est-ce pas? Ça s'est fait si vite !

«Je ferai comme vous me l'avez recommandé et je recommencerai ma course à pied tout en me souvenant que la cause fondamentale de ma douleur est l'anxiété générée par la peur de me faire mal. Vous ne savez pas jusqu'à quel point je vous suis reconnaissant. Jusqu'à présent, j'ai dû donner à des amis une bonne quinzaine d'exemplaires de votre livre.»

Une période d'échange et de questions fait aussi partie de la deuxième rencontre. Le groupe permet aux individus de sortir de leur isolement respectif.

Ces deux réunions consacrées au syndrome de tension musculaire constituent la fin du traitement pour 95 p. 100 des participants. Ces gens comprennent alors suffisamment le processus pour retrouver leur bien-être sans autre forme de support. Si certains participants ont besoin d'autres informations, ils sont invités à revenir à une autre série de soirées.

Environ 5 p. 100 des personnes souffrant du S.T.M. ont besoin de soins et de support psychologiques. À cet effet, une équipe de psychologues travaille en collaboration avec le Dr Sarno. Les rôles de chacun sont très bien définis: il y a vraiment séparation entre le corps et l'esprit. Quand une personne consulte un psychologue de l'équipe et qu'elle soulève certains doutes ou interrogations sur le diagnostic physique, elle est rencontrée par le Dr Sarno, qui lui réexplique minutieusement son cas pour éliminer toute ambiguïté. De cette manière, le client ne retombe pas dans le piège de l'anomalie structurale. Cette séparation des rôles est nécessaire, selon le Dr Sarno, à cause de la tendance des gens à vouloir rencontrer des spécialistes pour chaque matière.

Les résultats obtenus ces dernières années ont démontré que la simplification du traitement était justifiée: la physiothérapie n'est pas nécessaire dans la très grande majorité des cas. La connaissance approfondie du diagnostic et la compréhension du phénomène grâce à un interlocuteur crédible produisent des effets thérapeutiques puissants et durables.

L'apport de John Sarno

C'est le Dr Sarno qui le premier a identifié le syndrome

de tension musculaire. Il en a proposé une explication logique et simple à comprendre. Il a eu le mérite de reconnaître le rôle majeur des facteurs psychologiques dans le S.T.M. Le traitement qu'il propose pourrait avoir des répercussions importantes sur le monde médical et sur les soins actuellement prodigués aux gens souffrant de maux de dos. La simplicité de la cure permet de remettre entre les mains des gens la responsabilité de leur santé et de leur bien-être. Dans ce traitement, une information juste et adéquate est capitale; cependant, cela exige une humilité certaine face aux limites de nos connaissances médicales. Au long de ma pratique en tant que psychologue, j'ai aussi maintes fois constaté l'ignorance des gens face à leurs «maladies». Nombreux sont ceux qui ne comprennent pas les différents diagnostics posés. Alors il faut leur expliquer longuement, pour qu'ils puissent saisir ce qui se passe en eux, sinon ils se nourrissent d'idées préconçues, se construisent des drames intérieurs et alimentent ainsi leur anxiété. La connaissance de ce qu'ils ont ou de ce qu'ils n'ont pas est effectivement un élément important dans la prise en charge de leur santé. Cet élément vaut pour toutes les maladies. Cette connaissance permet de mieux accepter le diagnostic, donc de mieux cerner le problème auquel ils sont confrontés. De là, des solutions peuvent être envisagées et par la suite être mises de l'avant. Dans le cas du mal de dos, qui est un problème tellement mal connu, il ne peut en résulter, dans le monde médical, que de nombreuses «zones d'incertitude» et en conséquence beaucoup d'insécurité et de tension.

Le Dr Sarno mentionne que certains traits de personnalité semblent se retrouver chez les gens souffrant d'un S.T.M. À cet effet, il nous rappelle les travaux des Drs Friedman et Rosenman: les gens souffrant d'un S.T.M. seraient de type A plutôt que B. C'est une piste de recherches intéressante qu'il faudrait explorer; pour

ma part, cette hypothèse m'apparaît très vraisemblable. Les clients qui sont venus me consulter et qui présentaient des problèmes de dos ont pour la plupart les traits de personnalité mentionnés par le Dr Sarno. Ce sont des gens responsables et fortement motivés à réussir ou dans leur travail ou dans leur vie familiale. Le travail est pour eux une source de valorisation importante. Ils ont tous des problèmes de douleurs chroniques et des troubles d'anxiété.

Le ton mordant et sévère qu'emploie occasionnellement le Dr Sarno envers ses collègues est une gifle révélatrice. Ses idées vont tellement à l'encontre des enseignements habituellement donnés qu'elles provoquent des réactions violentes du milieu médical. Il en est très conscient; cependant, les gens œuvrant dans les milieux de la santé se doivent de se poser constamment des questions sur leurs connaissances et sur leurs manières de soigner leurs patients et ils auraient intérêt à écouter ce que le Dr Sarno a à leur dire.

Les limites de cette approche

La première condition nécessaire pour obtenir quelque succès chez une personne ayant des maux de dos est une grande ouverture d'esprit. Il faut être prêt à entendre un type de diagnostic différent de ce qu'on reçoit habituellement et il faut pouvoir en tirer tous les enseignements nécessaires. Il faut apprendre à s'ouvrir au monde psychologique, à se défaire des vieilles idées, à faire le lien entre l'esprit et le corps, et à prendre ses responsabilités dans sa santé. Une ouverture d'esprit est nécessaire parce qu'il faut d'une certaine manière se rééduquer. Le corps n'est pas une machine qui fonctionne indépendamment de la tête; cependant, cette croyance est fortement ancrée dans notre société occidentale. Le Dr Sarno pense que son approche ne peut pas convenir à la très grande majorité des gens ayant des maux de dos à cause de la force de cette

croyance, tant chez le personnel médical que dans la population.

Je me souviens d'un cas que j'ai eu à traiter. C'était un homme dans la quarantaine, victime d'une entorse lombaire. Examens, expertise et contre-expertise étaient toujours négatifs. Il n'y avait aucune anomalie structurale, seulement des douleurs lombaires telles que décrites pour un S.T.M.; elles duraient depuis des années. Il errait de médecin en médecin pour trouver la cause physique, et personne ne pouvait lui ouvrir l'esprit à d'autres possibilités. Le fait d'avoir à me rencontrer, moi un psychologue, équivalait à un diagnostic de folie, pour lui qui avait toute la gamme des préjugés rattachés au monde psychologique.

La deuxième condition pour espérer avoir du succès dans cette approche du S.T.M. est qu'il faut prendre du temps. Le thérapeute doit prendre conscience qu'il a affaire à des personnes et non à des machines; ces personnes souffrent souvent depuis des années, et il faut être capable de compassion envers elles. Cela requiert du temps. Or notre système de rémunération à l'acte des soins favorise la multiplication des actes médicaux bien souvent au détriment de leur qualité. Pourtant, mon expérience en réadaptation me montre que prendre du temps n'est pas une «perte de temps»: cela a des effets durables et rentables à long terme.

La troisième condition de succès est qu'il est nécessaire que s'établisse un lien de confiance entre la personne soignée et l'intervenant. Une consultation est avant tout la rencontre de deux êtres humains. Il faut donc que s'établissent des relations interpersonnelles de qualité entre la personne et l'intervenant; pour ce faire, nous revenons encore au besoin essentiel de temps.

Le traitement mis de l'avant par le Dr Sarno va à l'encontre des enseignements officiels et cela crée de

sérieux remous dans le monde médical. Il faudra attendre longtemps pour que ces idées fassent leur chemin. D'après les discussions que j'ai eues avec le Dr Sarno, il rencontre beaucoup d'opposition aux États-Unis, car sa méthode menace des intérêts importants et réveille bien des susceptibilités. Même lui protège le «pouvoir médical» en fermant la porte à tout intervenant «extérieur». Il lie en effet la crédibilité au titre de médecin. Il croit que les soirées d'information doivent être données par un médecin pour que les patients aient pleine confiance. Je crois qu'il a tort. D'abord, il n'a jamais essayé de faire animer les rencontres d'information par quelqu'un d'autre qu'un médecin. Ensuite, la crédibilité n'est pas reliée à une profession en particulier mais elle est plutôt le résultat d'une relation de confiance entre des individus. Elle sera donc fonction de la vraisemblance des propos tenus par un individu sur un sujet donné. D'autres facteurs peuvent aussi jouer, telle l'apparence extérieure de l'intervenant. Malgré tout, il est important de noter qu'il faut être crédible à l'autre pour qu'il puisse s'ouvrir sur des horizons nouveaux.

Les recherches sur la douleur chronique montrent qu'elle est une expérience subjective influencée par des événements de notre enfance, par des variables culturelles et ethniques, par des facteurs socio-économiques, par des prédispositions génétiques et par des facteurs physiques, perceptuels, cognitifs et émotifs. On doit traiter une personne qui souffre plutôt que la douleur. Les limites du traitement sont donc fonction des limites personnelles de chaque individu. Les croyances de notre civilisation occidentale qui favorise la dichotomie entre le corps et l'esprit constituent un frein important aux possibilités de succès d'une méthode comme celle mise au point par le Dr Sarno. Plusieurs personnes vivent dans des situations qui leur causent des conflits psychologiques importants,

lesquels, à leur tour, provoquent tension musculaire et douleurs. Or ces situations sont souvent difficiles à changer. Ces gens, même s'ils possèdent une bonne connaissance de leur diagnostic, ont encore des problèmes de douleurs chroniques parce qu'ils sont incapables d'agir sur les sources de leur stress.

Lors de mes discussions avec le Dr Sarno, celui-ci m'a confié que son syndrome pouvait s'élargir pour inclure d'autres symptômes physiques comme les tendinites. Je crois en effet que ce concept peut englober une liste très longue de symptômes ou de maladies. En fait, les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans la plupart des maladies.

En résumé, si les gens sont d'accord avec les connaissances qui leur sont transmises lors des différentes rencontres, ils se retrouvent face à eux-mêmes et à leurs problèmes quotidiens. S'ils peuvent agir rapidement et efficacement, les douleurs disparaîtront. Ceux qui n'ont pas les habiletés nécessaires pour réagir doivent tenter de les acquérir; mais il y a toujours des gens trop démunis et il y a ceux qui ne veulent pas s'ouvrir aux nouvelles possibilités.

Le S.T.M. dans ma pratique

Dans ma pratique, j'ai à voir de nombreuses personnes aux prises avec le mal de dos. Je me sers du livre du Dr Sarno comme outil de référence. Ceux qui acceptent de le lire comprennent rapidement l'origine de leur mal et voient habituellement comment se servir de cette information d'une façon appropriée, dans leur vie quotidienne. À ceux qui ne lisent pas (parce qu'ils sont analphabètes ou bien parce qu'ils n'aiment pas les activités intellectuelles), j'en enseigne personnellement le contenu adapté à leur propre situation. Et ce n'est qu'un outil parmi d'autres pour les aider à comprendre ce qu'ils vivent. J'utilise souvent des fiches d'auto-

observation qui leur permettent de faire le lien entre les symptômes d'ordre physique et les vécus émotifs. Les douleurs ou les symptômes constituent des signaux d'alarme qui nous informent des tensions et conflits; c'est un langage qu'il faut apprendre à décoder.