

Psychosomatique rela

L'accompagnement psychosomatique propose aux patients douloureux chroniques une approche basée sur la compréhension de l'impasse médicale et relationnelle dans laquelle ils sont enfermés, en remobilisant leurs capacités créatrices et projectives pour inventer de nouveaux liens. Illustration avec le parcours d'une patiente « écrasée » sous le poids de sa mère.

De plus en plus de maladies, organiques ou fonctionnelles, apparaissent lors de situations de vie conflictuelles en lien avec un fonctionnement propre au sujet. Cette dimension n'est actuellement pas élaborée par la médecine. Pourtant, à partir de la clinique, la prise en compte de ces éléments permet une nouvelle approche de la personne malade. La pathologie se conçoit alors dans une double appartenance au psychique et au somatique corrélée avec des configurations relationnelles conflictuelles.

Dans ce contexte, la psychosomatique relationnelle se définit comme une discipline ouverte visant à inscrire la pathologie dans une approche globale du patient. La relation devient la base d'un travail spécifique, accessible au soignant et adapté à la position qu'il occupe dans la relation.

Dans cet accompagnement, le travail corporel proposé s'harmonise alors avec le mouvement relationnel dans lequel

le malade récupère ses potentialités et retrouve une unicité psychosomatique et subjective. Le travail en psychosomatique se définit comme une thérapie relationnelle à médiation corporelle et créative élaborée selon un modèle théorique dont la qualité majeure est d'être opératoire directement en clinique et accessible à tout soignant travaillant dans la relation.

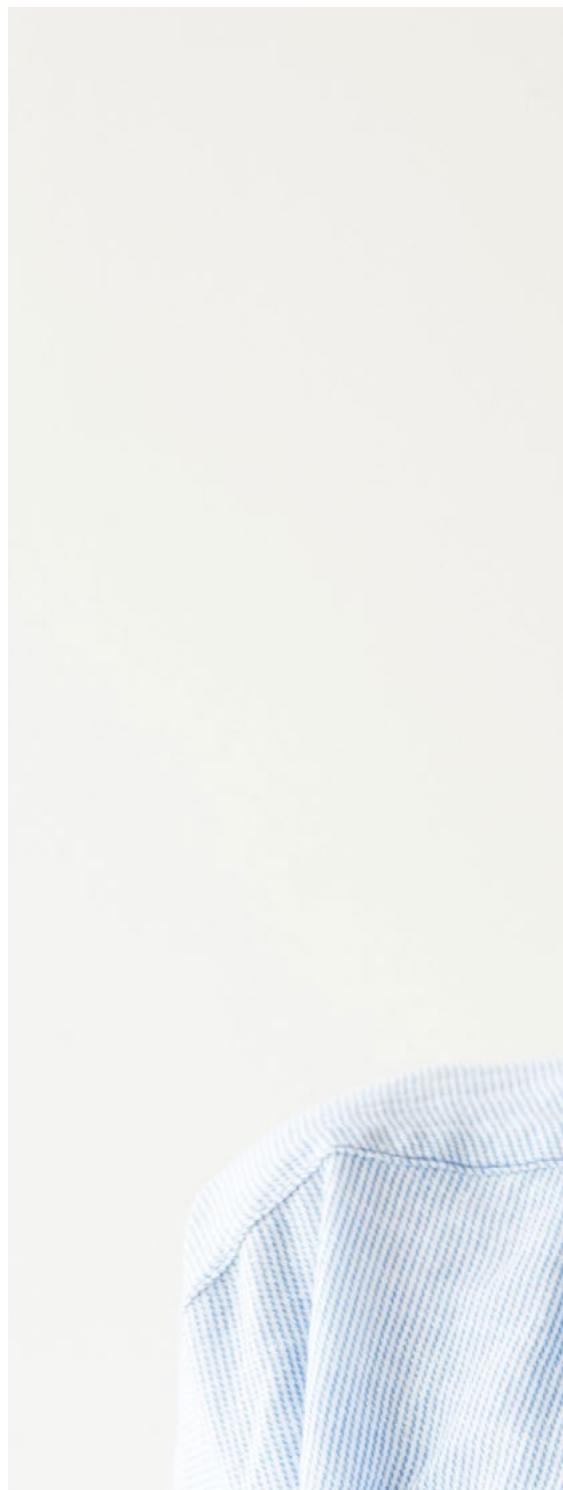
Souffrant de douleurs chroniques depuis plusieurs années, Madame Borée a bénéficié durant 18 mois, toutes les 6 semaines environ, d'un accompagnement innovant au sein de l'Unité de psychosomatique du Centre hospitalier universitaire de Montpellier. Cette prise en charge s'intègre dans le dispositif de soins en psychosomatique du département médical « Douleur, psychosomatique, maladie fonctionnelle » de l'hôpital saint-Eloi décrit dans cet article.

UNE INTERVENTION MULTIPLE

Le dispositif de soins en psychosomatique repose sur des entretiens psychosomatiques effectués par deux médecins et des entretiens dispensés par une psychologue d'orientation lacanienne. Ces rendez-vous s'articulent avec des médiations corporelles en psychosomatique (voir *infra*), de la sophrologie, des massages thérapeutiques, de l'hydrothérapie, des médiations sensorielles, l'utilisation de méthodes de type photolangage (1) ou

Pierre BOQUEL

Médecin psychosomaticien, spécialisation en psychiatrie, psychothérapeute, directeur du Centre de formation en psychosomatique relationnelle de Montpellier.



tionnelle et douleurs



© Fotolia - Natalieb.

de différents matériaux, souvent les plus banals, pour solliciter les traces mnésiques d'une mémoire sensorielle et gestuelle.

Le projet de soin du patient est élaboré par l'équipe de psychosomatique (deux médecins, une psychologue, une cadre, une infirmière et une aide-soignante). Une fois par semaine, un recueil des données de chaque atelier est effectué. Le suivi patient est alors ajusté, orienté vers tel ou tel atelier en fonction de la problématique tout en gardant à l'esprit l'orientation principale initialement déterminée. Le rôle de ces échanges est capital car ils renforcent l'adhésion et la participation des membres de l'équipe à un projet où la recherche de sens est constante. Cette évaluation « participative » introduit régulièrement du changement dans le parcours thérapeutique et s'oppose ainsi aux dimensions temporelles des situations bloquées et répétitives liées à la chronicité : la stagnation, le cercle vicieux ou la répétition, jusqu'à l'épuisement.

Ce cadre fait bouger également les conséquences spatiales de la chronicité, à savoir l'isolement et le retrait socioprofessionnel des patients. Le dispositif propose en effet des ateliers de groupe variés, avec comme point de départ le corps dans ses différentes dimensions : tonique, rythmique et sensorielle, émotionnelle et affective, imaginaire et symbolique.

Cette prise en charge de la douleur chronique, effectuée dans des espaces de soin reliés les uns aux autres et convergeant vers un lieu de « mise en sens » (la salle de réunion), possède en quelque sorte un corrélat neuroscientifique. En effet, cette organisation se calque sur la représentation neuroscientifique récente du modèle subjectif multidimensionnel de la douleur. Selon ce modèle, il n'existe pas dans le cerveau de « centre de la douleur » mais plutôt un vaste réseau neuronal appelé « *matrice de la douleur ou neuromatrice* » (Coghill et al., 1999).

L'expérience douloureuse activerait un ensemble de sous-matrices défini comme un système non spécifique. Les différentes composantes de la douleur seraient traitées en parallèle par des structures cérébrales distinctes impliquant l'activation d'un ensemble de régions cérébrales fonctionnelles, y compris celles de la sensation et de la motricité, de l'affect et de l'attention.

Tous ces éléments fournissent la base d'un travail clinique qui a des effets plus ou moins directs sur l'expérience douloureuse et participe à sa transformation. Cependant, cette évolution ne peut se faire qu'après avoir dénoué les problématiques qui ont conduit le malade dans le service, après un long et interminable parcours médical et parfois même psychiatrique sans que leur souffrance n'ait été amoindrie.

Cette situation bloquée, restée sans solution et repérable par sa temporalité, est une « *impasse médicale* » (2). Elle est l'une des formes apparentes d'une situation conflictuelle relationnelle sans issue (3) dans laquelle le sujet éprouve un sentiment d'impuissance radicale à changer les termes d'une situation inévitablement délétère et vouée à se répéter.

IMPASSES MÉDICALE ET RELATIONNELLE

Que faire quand tout a déjà été fait et que rien n'a pu soulager ? Selon moi, il ne s'agit pas tant d'un défi que d'une demande, l'espoir d'un ultime recours. Répondre à cette question nécessite d'explorer et de traiter, comme on le ferait pour une pathologie, l'impasse elle-même. Il faut donc rebrousser chemin et ce parcours nous mène souvent à la découverte, en arrière-plan, d'une impasse relationnelle restée inaperçue, impliquant toute l'histoire subjective de la personne en lien avec une souffrance régulièrement non exprimée et réduite à des douleurs corporelles associées à différents troubles.

Tant que cette impasse relationnelle sous-jacente n'est pas abordée et dissoute, elle constitue un blocage médical dans le sens où elle met en échec les prises en charge et les thérapeutiques les mieux adaptées, tout en entraînant le malade dans une spirale d'aggravation. Tout l'enjeu du travail de l'équipe de psychosomatique est donc de défaire cette spirale infernale. Cela après une investigation selon trois axes, explorant :

- les conditions d'existence actuelle de cette impasse ainsi que la participation médicale à sa perpétuation ;
- ses circonstances de formation : comment s'est-elle construite tout au long du parcours médico-social du sujet ;
- ses conséquences présentes et à venir pour le malade, qui sont souvent délétères et marquées par la perte : perte du travail, retrait social, isolement familial...

C'est alors toute la subjectivité du malade qui se rétrécit corrélativement à l'augmentation d'un mal-être.

C'est donc à cette seule condition, le dépassement relationnel des situations bloquées (sans toutefois prôner une relation d'équivalence entre ce qui se joue dans la relation et ses répercussions sur le plan biologique), que le changement peut advenir et infléchir l'évolution morbide de ces malades. La guérison n'est alors pas l'objectif de la prise en charge de ces patients douloureux chroniques. Il serait illusoire de prétendre réussir là où beaucoup de praticiens compétents ont échoué. Si le problème de l'impasse relationnelle est au centre de la thérapie en psychosomatique et motive le travail dans les ateliers à médiation, il se fait conjointement à la relance d'une dynamique de subjectivation par laquelle les patients retrouvent les ressources nécessaires pour se confronter aux situations conflictuelles de leur histoire afin de se transformer.

En effet, toute l'activité physique et psychique du patient reste focalisée sur ses douleurs corporelles. Son espace existentiel est rétréci, son langage devient de plus en plus descriptif, dans un effort pour rendre compte du problème de manière littérale. Par cette expression sans cesse réitérée aux professionnels de santé, la subjectivité se réduit. Ainsi, imbriquée à la douleur, la souffrance résulte d'une conscience subjective profondément altérée, parfois depuis très longtemps. Il s'agit alors de permettre au malade d'adopter une position active pour

Se former à la psychosomatique relationnelle, le Cresmep

Depuis 1994, le Centre de psychosomatique relationnelle de Montpellier (Cresmep) propose des formations à la dimension psychosomatique, au personnel soignant du milieu hospitalier et extra-hospitalier (médecins, psychologues, psychothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...).

Le Cresmep publie régulièrement dans *Esprit et corps, revue de psychosomatique relationnelle*, éditée par l'Association des thérapeutes en psychosomatique relationnelle (ATPR), www.atpr.info/

• En savoir plus : Cresmep, 7, rue des rêves, 34920 LE CRES. <http://cresmep.com/>

la restauration de sa propre subjectivité. La subjectivation est le nom donné à cette activité de reprise, de réappropriation de soi qui permet au patient de récupérer ses potentialités afin qu'il ne se réduise pas à la douleur physique et que celle-ci ne soit pas amplifiée par une souffrance indicible. À l'intérieur d'une relation thérapeutique fondée sur

interventions abdomino-pelviennes, avec des douleurs importantes des deux jambes qui ont conduit au diagnostic de fibromyalgie (4).

Dans ses antécédents, on retrouve une mère anorexique-boulimique, autoritaire, qui maltraitait son mari, effacé, et sa fille. La patiente évoque une situation conflictuelle avec sa mère : « Dès ma

des rapports sexuels avec son mari, ce qui est source de conflits importants et d'un retrait relationnel de sa part.

UNE POSITION ACTIVE

Au début de l'accompagnement par le nouveau dispositif, Mme Borée, déprimée par le changement, s'enfonce dans la passivité. La perte de ses repères



C'est donc à cette seule condition, le dépassement relationnel des situations bloquées, que le changement peut advenir et infléchir l'évolution morbide de ces malades. »

la réceptivité (Sami-Ali, 2003) et la spontanéité (Boquel, 2010), le malade va reprendre les situations relationnelles à l'origine de sa propre construction subjective et dans lesquelles s'inscrira, à un moment donné, la douleur. Si la différenciation entre la douleur et la souffrance semble primordiale dans un travail global avec le malade, il ne faut pas mélanger les méthodes de prise en charge. L'abord médical médicamenteux et technique de la douleur ne doit pas se confondre avec l'accompagnement relationnel de la souffrance.

LES DOULEURS DE MME BORÉE

L'histoire de Mme Borée illustre ce qui a permis de faire apparaître l'impasse relationnelle en arrière-plan de ses douleurs chroniques. J'en décris les séances principales à travers le travail, réalisé dans deux ateliers, qui permettent d'objectiver la situation bloquée et de libérer la souffrance, deux étapes espacées de 6 semaines qui s'inscrivent dans la dynamique relationnelle de subjectivation.

Mme Borée, 45 ans, est une habituée du service de prise en charge de la douleur, elle y vient ponctuellement depuis plusieurs années et cette régularité, associée à la permanence du cadre représentée à la fois par les locaux et le personnel soignant, a permis jusque-là un mieux-être et une stabilisation de ses douleurs chroniques. Aussi a-t-elle été complètement bouleversée par le changement d'équipe médicale. C'est dans ce contexte que je la rencontre, en lui présentant le nouveau dispositif dont elle va bénéficier.

Mme Borée présente un syndrome douloureux composé de douleurs abdominales, conséquence de nombreuses

naissance ma mère ne m'a jamais supportée, elle a été alitée plus de 6 mois... »

Mme Borée décrit les coups réguliers de sa mère. Très tôt, l'enfant vomit le lait maternel, ce qui sera attribué plus tard à une malformation du cardia (jonction gastro-œsophagienne) mais sa mère force l'ingurgitation. Mme Borée dit : « *La nourriture, c'était la punition.* » Par ailleurs, durant toute son enfance, elle est asservie par sa mère pour faire le ménage.

Lors du divorce de ses parents, à l'âge de 7 ans, délaissée par sa mère et son père, elle subit les attouchements de son grand-père avant d'être abusée par les garçons de la cité où elle vit. Le souvenir de « *tournantes* » reste assez banalisé : « *Finalelement, je savais qu'ils profitaient de moi, mais ça me faisait plaisir. J'avais le sentiment d'exister.* » À ce sentiment d'existence se mêle un refoulement comme le laisse penser la période d'amnésie consécutive à ces abus. Mme Borée est énurétique jusqu'à sa majorité. Se sentant seule, elle fait plusieurs tentatives de suicides.

Placée adolescente à l'Aide sociale à l'enfance durant 8 ans, elle se marie immédiatement après et donne naissance à un fils.

Une série de pathologies somatiques émaillent son histoire, notamment une éventration consécutive à une intervention de réduction de l'estomac liée à une obésité puis des problèmes d'infections rénales suite au décès de sa mère. Après une intervention chirurgicale de la vésicule biliaire, l'amnésie des traumatismes sexuels de son passé se lève, s'accompagnant d'une recrudescence de douleurs et d'un retour de l'énurésie. Actuellement, Mme Borée refuse d'avoir

et la sensation de délaissement qu'elle ressent font écho aux multiples situations d'abandon de son histoire. Les douleurs sont maximales et une insomnie s'est installée. L'équipe décide de ne pas laisser la dépression s'aggraver et de soutenir Mme Borée en la plaçant rapidement dans une position active pour limiter l'effondrement psychique et physique. Des massages soutenant, à visée sensorielle, font partie du programme de soin ainsi qu'une médiation corporelle en psychosomatique.

MÉDIATION CORPORELLE EN PSYCHOSOMATIQUE

Dans cette médiation corporelle en psychosomatique (Boquel, 2012), il s'agit d'amener la personne à comprendre son organisation tonico-rythmique, de l'inviter à se la représenter puis de lui proposer de faire des liens avec les situations relationnelles à l'origine de cette construction corporelle.

Chaque proposition prend alors sens et s'adapte à une organisation corporelle singulière. Celle de Mme Borée est dominée par les douleurs chroniques et le travail débute en prenant en compte ces éléments.

Outre les douleurs viscérales, les douleurs musculaires de la patiente se situent principalement dans les jambes. La douleur la plus importante part de la racine de la cuisse droite et irradie jusqu'aux orteils.

Lors de l'entretien de médiation corporelle, je lui demande ce qu'elle pourrait faire pour diminuer cette douleur. Habituellement, les mouvements améliorent un peu ses douleurs : Mme Borée ne supporte pas de rester allongée et doit

marcher ou alors s'étirer fortement. « *Je m'étire parfois jusqu'à avoir l'impression de m'arracher la jambe* », dit-elle.

Je l'invite alors à faire, assise dans le fauteuil du bureau, un étirement qui la soulage sans que cela soit douloureux. Par cette proposition, je la place dans une position active et lui fais part de mon souci qu'elle ne se fasse pas mal. Je suis son allié dans la problématique qu'elle affronte.

La jambe est très tendue mais l'étirement diminue un peu la douleur. Mme Borée m'explique : « *Il faut que je sois tendue... C'est possible que ce soit une force en moi qui fait que j'arrive parfois à me dépasser pour me débarrasser de cette douleur... J'aimerais retrouver l'état d'avant où je n'arrêtais pas... Je n'étais jamais fatiguée...* »

Elle évoque son fonctionnement hyperactif à l'âge de 20 ans et fait alors le lien avec le comportement de sa mère. Dès l'âge de 6 ans, cette dernière, insomniaque, la réveillait la nuit pour faire le ménage. « *Je n'avais pas le droit de m'arrêter...* », dit-elle.

Actuellement, épuisée, elle ne peut plus être dans l'hyperactivité et attribue cet état à la prise de poids et l'insomnie.

Comme elle le souligne ensuite, dans sa jeunesse, deux composantes participent à son fonctionnement hyperactif : une adhésion inconsciente aux prescriptions maternelles, lui interdisant de s'arrêter avec l'injonction de devoir servir, et une composante défensive qui lui permet de dépasser la souffrance liée à cette situation relationnelle.

Je lui fais la proposition suivante : « *Reprenez le mouvement en faisant des petits étirements en trouvant le rythme qui vous convienne, toujours en évitant au maximum de vous faire mal.* »

Mme Borée : « *Ça fait mal, c'est dur de trouver un rythme et une tension musculaire qui me corresponde... C'est douloureux. Pour diminuer le poids pénible de la jambe, il faudrait régler quelques problèmes... Ma mère, c'est un poids énorme!* » Elle poursuit : « *Aller à l'extrême dans l'étirement, c'est une manière de la repousser... Le poids, c'est elle... Je tends et elle s'éloigne...* »

Mme Borée se demande s'il n'y a pas un lien entre le « poids maternel » qu'elle ressent dans sa jambe sous forme de douleur, son surpoids et l'anorexie de sa mère. Après l'avoir forcé, enfant, à manger, cette dernière la privait de

nourriture. Mme Borée pense que cette privation est à l'origine de ses crises de boulimie. Sa mère ne cessait de la traiter de « *grosse et de moche* ».

Cette séance illustre une partie de l'élaboration réalisée par Mme Borée en médiation corporelle. Elle identifie le « *poids de sa mère en [elle]* » et les contraintes toujours présentes qui conditionnent et limitent son comportement. La patiente est dans une organisation corporelle indifférenciée.

TRAVAILLER LA DIFFÉRENCIATION

Ces éléments permettent d'orienter plus précisément les objectifs du travail relationnel avec Mme Borée. Définis en réunion d'équipe, plusieurs nouveaux objectifs vont guider les activités en ateliers :

- toujours favoriser la reconstruction de points de repère ;
- privilégier une différenciation d'avec la figure maternelle par un travail autour du rythme dépendance/autonomie avec aménagement progressif d'un espace d'apparition subjective ;

– favoriser l'appropriation d'un rythme propre qui ne soit pas associé à l'émergence ou l'aggravation de la douleur.

Au fil des séances, une situation d'impasse relationnelle apparaît progressivement.

Mme Borée est prise dans une relation de dépendance radicale avec sa mère, comme à un objet unique.

Sa mère destructrice représente tout pour elle. Toute séparation s'avère impossible et réactive une situation abandonnique mortifère. Mme Borée disparaît dans cette relation fantasmagique que son corps actualise mais elle ne peut survivre en dehors de cette relation. Une forte culpabilité mobilise les entraves maternelles en elle, celles-ci traduisent une souffrance relationnelle transposée sous forme de douleurs et de contraintes limitant sa mobilité.

L'atelier de médiation créative gestuelle est proposé à Mme Borée afin de poursuivre le travail sur l'impasse et d'affiner les associations ébauchées lors de l'accompagnement corporel.



© DR.

UNE REPRÉSENTATION DE SOI

Cette médiation a été mise au point à partir de la technique de l'imagination matérielle dynamique créée par Susana Rotbard (2011) (5). Différents espaces-temps se succèdent dans cette activité créatrice.

– **La perception sensorielle** : sur une table, des matériaux banals (écorce d'arbre, coquillages, pierres, fils de fer, plumes, morceaux d'étoffe...) sont à la disposition de Mme Borée. Ils sollicitent la sensorialité dans toutes ses dimensions : visuelle, tactile, kinesthésique et même olfactive et auditive ainsi que les associations entre elles (synesthésie, 6). La proposition de travail prolonge l'expérience de l'atelier de médiation corporelle. L'aide soignante ou l'infirmière restent avec elle durant les différents moments de la construction de sa réalisation.

– **La proposition thérapeutique** : « *Je vous propose de prendre le temps de découvrir tous les matériaux sur la table, de vous laisser, sans réfléchir, choisir par certains... De les prendre et de faire la*

création suivante : une représentation de vous-même, de votre corps, tant dans ses douleurs, ses zones de tension que dans ses parties relâchées. »

– **La perception de rêverie créatrice** : dans cette phase, la mémoire émotionnelle est activée. La projection sensorielle est le moteur de la construction créative. La patiente entre dans une sorte de rêve éveillé dans lequel elle effectue certains gestes pour construire sa réalisation. Cet espace réactive ainsi une mémoire gestuelle ancienne constituée de traces kinesthésiques.

Calme et silencieuse, Mme Borée prend le temps de choisir quelques matériaux et produit une représentation d'elle-même (voir photo page de gauche).

– **Un espace-temps narratif** : la patiente est invitée à décrire les différentes étapes de sa réalisation et la manière dont elle s'y est prise. Mme Borée a commencé par choisir une pochette en carton, qui constitue le point central de sa réalisation. Elle explique : « *Une partie de mon ventre est à l'intérieur... Pour le cacher, car il*

déborde. » Par la suite, elle associera la partie cachée à la honte et à son refus des rapports sexuels avec son mari.

En plaçant des brins de raphia sortant de cette pochette (perçue comme son éventration), Mme Borée signifie qu'elle est ficelée par les douleurs. De même, les écorces traversant le haut et le bas du corps symbolisent douleurs et tiraillements. Deux feuilles de bambou représentent les jambes, chacune avec une pierre dessus « *qui montre ses douleurs et ses blocages* ». Elle ajoute : « *Quand j'avance, des choses m'entravent et m'empêchent d'avancer...* » Un autre caillou noir est posé sur la tête, il représente son « *mal-être* », ses « *idées noires* ».

– **Un espace-temps associatif**, à partir de la sensorialité, puis symbolique utilisant la mémoire sémantique, se déroule ensuite. Lors de l'exploration sensorielle des différents matériaux, en touchant la pierre lisse posée sur la tête de sa représentation d'elle-même, Mme Borée ressent des douleurs dans les mains et les poignets. Resurgissent alors des injonctions maternelles de l'enfance : « *Tu es moche, tu ne vauds rien, tu es laide et grosse...* »

Ce qui se révèle dans cette « *image matérielle* » est l'existence d'un schème d'inclusion (Tisseron, 1995). En effet, Mme Borée s'est représentée avec son fils (forme en papier plus petite, de la couleur orange préférée de ce dernier sur laquelle elle a posé une feuille de chêne signifiant la force). « *Il faut qu'il m'entoure* », explique-t-elle, et l'image montre cet entour (ruban orange du côté droit). Elle a envers lui une demande de protection et les gestes agacés qu'elle a fait pour froisser le papier témoignent d'une culpabilité, celle de le laisser seul lorsqu'elle est hospitalisée. Tout se passe comme si son fils la contenait fantasmatiquement de la même manière qu'elle englobe sa mère. À partir des cailloux sur les jambes, elle a un éprouvé identique à celui apparu en médiation corporelle, lui faisant dire à propos de sa mère : « *Elle est morte mais elle est toujours là!* » Cette réalisation matérielle d'une inclusion réciproque est connotée d'une forte culpabilité et d'une dépression; elle concrétise une situation insoluble. Rien d'étonnant à ce que Mme Borée remarque l'absence de bras, l'image de soi n'est pas différenciée. Cette image d'inclusion réciproque (7) dans laquelle la partie est égale au tout, le dehors au



dedans, où l'autre est inclus dans soi et soi dans l'autre, sera le support d'un travail de différenciation complémentaire à celui initié en médiation corporelle.

« JE N'ARRIVE PAS À M'EN DÉFAIRE... »

Durant cette période, les relations de Mme Borée avec son mari se dégradent et la rupture devient inévitable, la confrontant brutalement à la situation d'impasse de son histoire. Lors d'un autre atelier, elle figure cette impasse (voir photo ci-contre), qui affecte toutes les dimensions de l'être, le corps étant emprisonné par de la ficelle et un bracelet de fer. Une flèche de papier bleu montre une direction : le ciel pour « partir et mourir ». Mme Borée pleure en terminant « l'image de son corps » : « C'est une grosse boule, liée par la souffrance psychologique, la maladie, toutes les interventions chirurgicales, ma mère, mon passé... Je n'arrive pas à m'en défaire... Un boulet emprisonné qui a envie de partir vers le ciel, mourir... Je n'en peux plus, je suis fatiguée... Je ne m'aime pas, les gens n'arrivent pas à m'aimer. » Alors qu'elle exprime sa souffrance devant cette impasse relationnelle alors entièrement représentée, Mme Borée n'est déjà plus totalement prise dedans. Malgré la séparation conjugale et grâce à l'avancée du processus d'élaboration, elle ne fait pas de tentative de suicide et demande à être hospitalisée.

Une relation thérapeutique à l'écoute de la souffrance, inscrite à la fois dans une impasse médicale et relationnelle, lui permet progressivement de dénouer ces situations auparavant inextricables et de poursuivre un processus de subjectivation.

CONCLUSION

L'abord psychosomatique de la personne souffrant des douleurs chroniques réinterroge les liens entre le corps et l'esprit afin qu'elle en établisse de nouveaux et se libère des carcans de son histoire. La douleur prend alors une autre place et n'entrave plus l'évolution subjective du malade.

Le dispositif de soin en psychosomatique dédié à une prise en charge globale des malades atteints d'une pathologie chronique, c'est-à-dire touchés dans leur corps et leur esprit, me semble indispensable pour aborder la complexité d'une souffrance qui dure depuis des années. Maltraités par la vie, ces patients sont allés d'échecs en échecs, pris dans une spirale infernale d'aggravation. La douleur s'est installée un jour et ne s'est plus arrêtée. Ils arrivent en consultation psychosomatique au terme d'un long parcours médical et souffrent d'un fort sentiment d'impuissance et de désespoir. C'est l'ultime recours. La pensée psychosomatique doit donc poser la question de l'échec, c'est-à-dire de la situation d'impasse médicale, sociale et relationnelle dans laquelle ils sont et en faire le point central du parcours thérapeutique. Une patiente atteinte de fibromyalgie confie : « J'aborde l'atelier et le thème avec plus ou moins de difficultés et d'appréhension, car ce qui en ressort est douloureux mais ça m'apporte énormément. » Le chemin est difficile pour le patient mais l'émotion et l'affect deviennent des outils de travail. Le malade est ainsi reconnu à la fois dans sa souffrance et dans sa douleur sans qu'aucune de ces dimensions ne soit négligée.

1- Le photolangage est une méthode consistant à utiliser des photos pour servir de support à la parole avec des personnes qui ont de la difficulté à s'exprimer, seul ou en groupe.

2- Regroupés, certains indices permettent de la repérer et d'alerter le soignant : résistance au traitement, échecs successifs, répétition des consultations et examens multiples, escalade thérapeutique, interventions successives, surabondance d'effets secondaires... (Boquel, 2016)

3- Cette situation sans solution est appelée « impasse relationnelle » (Sami-Ali, 1987)

4- Du point de vue rhumatologique, la fibromyalgie est la plus fréquente des douleurs musculo-squelettiques, caractérisée par un nombre important de zones douloureuses

et leur fort retentissement sur la vie du sujet. D'un point de vue psychosomatique, il s'agit d'un mode d'expression corporelle d'une souffrance conditionnée par le contexte social et culturel de notre époque, marqué par l'hyperactivité et une mobilité nécessaire pour passer d'un espace de vie à un autre. La fibromyalgie met en échec l'activité attendue par la société et enferme le sujet dans un cadre corporel douloureux qui le restreint socialement sans possibilité d'exprimer sa souffrance.

5- L'imagination matérielle est un état de conscience conservant les supports concrets qui sont à l'origine des images. Ceux-ci comprennent non seulement les sensations liées aux perceptions qui soutiennent les représentations mais aussi les gestes, les actions qui interviennent dans la création. Ainsi l'imagination matérielle est dynamique en tant que déploiement d'un jeu de tensions et forces se projetant dans l'acte créatif.

6- Association d'impressions venant de domaines sensoriels différents.

7- À l'origine de la construction de cette image, un père soumis et une relation avec une mère maltraitante se répercutant sur les schémas de base, d'où l'apparition répétée d'un schéma d'enveloppe.

BIBLIOGRAPHIE

- Boquel Pierre, « Renouveau de soi, ouverture et transformation thérapeutique », Une nouvelle attitude thérapeutique, Revue Esprit et Corps, Sipayat, Aniche, 2010.
- Boquel Pierre, « Fondements et principes de la médiation corporelle en psychosomatique relationnelle », La médiation corporelle en psychosomatique, Revue Esprit et Corps N° 4, Publication de l'ATPR, Paris, 2012.
- Boquel Pierre, « Impasse institutionnelle et relation thérapeutique », La relation Soignant-Soigné, de la formation à la pratique, Revue Esprit et Corps N° 7, Publication de l'ATPR, Paris, 2012.
- Coghill et al., 1999. Pain Intensity Processing Within the Human Brain : A Bilateral, Distributed Mechanism, Journal of Neurophysiology Published 1 October 1999 Vol. 82 n° 4, 1934-1943
- Rotbard Susana, Psicología y Creatividad Terapéutica de la Imaginación Material Dinámica (T.I.M.D), Lugar Editorial Buenos Aires, 2011.
- Sami-Ali Mahmoud, Penser le somatique, Imaginaire et pathologie, Dunod, Paris, 1987.
- Sami-Ali Mahmoud, Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle, Dunod, Paris, 2003.
- Tisseron Serge, Psychanalyse de l'image, Des premiers traits au virtuel, Dunod, Paris, 1997.

Résumé : Envisager différemment la prise en charge de la douleur et des pathologies chroniques grâce à un accompagnement psychosomatique individualisé avec médiation corporelle, médiation créative, massages, hydrothérapie... mais pas de médicaments, est une initiative innovante mise en place par l'Unité de psychosomatique de l'Hôpital Saint-Eloi à Montpellier. L'article illustre une partie de l'accompagnement d'une patiente, Mme Borée, souffrant de douleurs chroniques invalidantes, par ce nouveau dispositif.

Mots-clés : Carence maternelle – Cas clinique – Douleur chronique – Enfant maltraité – Médecine psychosomatique – Médiation thérapeutique – Perception sensorielle – Psychothérapie corporelle – Souffrance psychique – Subjectivation – Symbolisation.