

VERS PLUS D'OUVERTURE

Depuis toujours, je me suis intéressée aux liens psycho somatiques. Pendant très longtemps, j'ai cru que ces liens se faisaient uniquement dans le sens psycho vers le soma. Il faut dire que ma formation de kinésithérapeute était basée sur la séparation des différentes disciplines. Chaque professeur, supposant que les autres matières étaient acquises, développait sa discipline comme un objet d'étude sans relation avec les autres. C'était aux étudiants de faire les liens. Le résultat de ce découpage, c'est l'abstraction, la schématisation, le bachotage, la simplification, et donc pour finir une vision matérialiste et technique d'un corps malade, séparé en différents morceaux sans unité, et une négation de l'approche globale d'une personne souffrante avec laquelle j'allais pourtant devoir rentrer en relation.

Cependant, dès mes débuts, agissant sur le corps, je me suis aperçue que la libération de certaines tensions musculaires, ou le massage d'une cicatrice, entraînait la verbalisation de souffrances affectives, voire conduisait au récit d'événements traumatiques, dont je ne savais que faire, vue ma formation technique. Par exemple lors du traitement post-opératoire d'un cancer du sein, lorsque j'avais massé le bras et l'épaule, il était fréquent que la patiente se mette à raconter avec émotion un conflit relationnel avec un proche, voire un deuil douloureux récent.

Plus tard, dans ma formation d'ostéopathe, on m'a présenté de façon toujours technique, et sans prise en compte de la dynamique relationnelle entre le soignant et le patient, la libération émotionnelle comme une conséquence possible de la manipulation de certains organes ou parties du squelette. En ostéopathie, on s'intéresse aussi aux liens entre des organes qui ne sont pas sensibles (excepté lors de la palpation où ils sont alors perçus comme durs et douloureux) et des douleurs projetées sur d'autres parties du corps. Seuls quelques exemples sont acceptés médicalement comme l'infarctus du myocarde qui fait souffrir le patient au niveau du bras gauche. Mais cela marche pour tous les organes. Aujourd'hui, l'imagerie médicale et les mesures biologiques de l'inflammation confirment de plus en plus ces hypothèses.

Ma formation au counselling m'a apporté une méthode de communication plus saine me permettant de me mettre à la hauteur de l'autre et de mieux partager. L'implication affective requise a longtemps été difficile à effectuer, car ce n'était pas le modèle éducatif dans lequel j'avais baigné, ni familialement, ni scolairement. Ce n'est qu'actuellement que j'en expérimente les avantages.

Récemment, étudiant la sophrologie, j'ai découvert que déjà depuis le début du XX^{ème} siècle, de nombreux chercheurs avaient étudié les liens entre les 'pensées négatives' (angoisses, inquiétudes) et les tensions trouvées dans le corps. Avec les premiers électro myographes, ils ont expérimenté le phénomène : la diminution des tensions entraîne celle des pensées négatives (en intensité et en nombre) et inversement. Pour certains, l'entraînement à certaines formes de relaxation suffisait pour que disparaisse le symptôme du patient (par exemple l'eczéma et le psoriasis pour Schultz).

Ces données, même si elles sont très anciennes, ne sont pas à négliger. Pour ma part, pratiquer régulièrement la relaxation m'a appris à me détendre profondément, à lâcher prise, cesser les crispations et tensions inutiles, moins me fatiguer au travail et mieux récupérer de ma journée, y compris par un bon sommeil.

Par la suite, dans les années quarante, Hans Selye développa ses théories sur le stress par l'abord biologique. Il a retrouvé dans le sang des substances spécifiques à certains types de stimulations corporelles (chaud, froid, stimulations électriques et autres). Pour moi, cette étude a validé scientifiquement mes idées. Des stimulations sur le corps entraînent des réponses biologiques réelles, et tout l'individu adopte des modèles de comportement stéréotypés (chez la souris étudiée : principalement l'attaque, la fuite, la résistance ou l'adaptation).

La nuance mise par Selye dès cette époque, était que face à une stimulation objective mesurable le stress reste un vécu subjectif (même pour la souris). En effet, toutes les souris étudiées ne développaient pas dans les mêmes mesures les éléments biologiques comptabilisés. Autrement dit pour nous, nous nous stressons lorsque nous estimons subir une stimulation négative. Cette estimation et la réaction qui s'ensuit seront différentes d'une personne à l'autre. C'est là une première raison rationnelle et scientifique de ne pas en rester à une approche mécaniste stéréotypée, mais d'accepter l'individualisation de l'approche du patient. Une deuxième conséquence est d'arrêter tout déni de la souffrance de l'autre dans la mesure où nous

imaginons que nous, dans les mêmes conditions ne souffririons pas autant. (Comportement encore trop fréquent à notre époque dans la bouche de nos patients et aussi dans nos institutions de soins !)

Autre conséquence majeure : à partir du moment où l'on parlait subjectivité, alors, on parlait vécu personnel. Et notre vécu d'humain diffère de celui de la souris en ce sens que nous sommes puissamment socialisés, avec une certaine culture, dans un milieu familial plus ou moins bienveillant. Si nous compliquons et complexifions nos comportements par ces apports, ne négligeons pas pour autant la part animale biologique qui se manifeste aussi en nous. Il restait à vérifier cette dimension sociale et culturelle.

Ainsi, dans les années 2000, les neurosciences ont permis de montrer les liens physiologiques entre le vécu et le comportement, en mettant en évidence les connexions nerveuses du centre affectif du stress avec les aires corticales conscientes ou non conscientes, et notamment celles du langage. Autrement dit, ce que nous vivons, nous le mettons en relation avec tout notre être et nous nous en disons quelque chose qui va conditionner en partie notre comportement.

Pour moi, la boucle était enfin bouclée. Car il s'agit bien d'une boucle. Que l'on entre par le « psy » ou par le « somatique », ces deux structures sont en interaction permanente. On ne peut plus considérer simplement que l'une domine l'autre, mais il nous faut prendre en compte une réalité globale et complexe dont on ne peut isoler une partie par rapport à une autre.

Alors on ne peut plus accepter l'écoute dite rationnelle réservée aux spécialistes. Le vécu est multi dimensionnel : individuel, interactif avec les autres individus de sa famille, de sa culture, en rapport avec les autres cultures, en rapport avec les différents acteurs de la société, avec des acteurs d'institutions plus ou moins oppressives. Le vécu est affectif et émotionnel ! La personne qui souffre vient avec toute sa vie, intellectuelle et affective, arrêtée à un moment crucial. Ne prendre en compte que ses symptômes paraît alors bien réducteur !

À réaliser l'immensité du gouffre dans lequel je m'engageais en m'ouvrant à toute la vie de l'autre, je me suis fait peur et découragée. Passée cette légitime étape de déprime durant laquelle je me suis jugée inutile voire dangereuse, j'ai accepté l'idée de Carl Rogers que ce n'était pas moi l'experte du problème du patient mais bien le patient lui-même. Cela m'a profondément soulagé et redonné de l'énergie pour écouter mieux et surtout accompagner et soutenir afin que la personne puisse résoudre ses difficultés avec moi et non pas en se remettant à moi pour que je les résolve à sa place. J'utilise le counselling à cette fin. J'ai dû m'ouvrir moi aussi à ma vie affective afin de pouvoir écouter celle de l'autre. Cette formation n'est pas simple tant est humilié notre vécu affectif et sensoriel dans nos sociétés et dans nos familles.

Les découvertes de Hans Selye n'avaient pas fini de me rendre service : comme je suis une thérapeute du corps, les personnes viennent vers moi avec des symptômes médicaux. Les symptômes liés au stress m'ont ouvert de nouvelles occasions d'écouter mieux l'histoire des gens et de les aider à la verbaliser de façon moins réductrice et plus complexe.

Selye décrit trois étapes :

- une phase d'alarme puis d'adaptation finale suivie du retour à la normale,
- une phase de résistance, de perturbation permanente sans retour à la normale, puis une usure de la santé à long terme suivie du déclenchement de maladies dégénératives dues au stress. C'est aussi l'« état de stress ».
- une phase de dépassement, d'épuisement et de décompensation où l'organisme ne peut plus gérer la maladie et finit par mourir.

Ces trois phases sont biologiquement très différentes. Mais elles mettent en relation le vécu animal de l'événement et les affects rattachés. Passionnant !

La phase d'alarme est essentiellement neurologique (système nerveux végétatif). C'est la fameuse 'décharge d'adrénaline'. La mise en route du système nerveux permet une réaction quasi immédiate.

Biologiquement les neurotransmetteurs de la famille de l'adrénaline sont appelés catécolamines :

- Dans les muscles squelettiques, celles-ci agissent sur l'AMP cyclique, enzyme qui accélère la dégradation du glycogène et la formation du lactate : les muscles sont prêts à l'action.

- Dans le même temps et dans le même sens, l'irrigation sanguine du tractus digestif est réduite au profit de celle des muscles favorisant leur oxygénation : La digestion se fera plus tard, la priorité est à l'action.
- Par leur effet inotrope positif sur le cœur, elles augmentent le volume systolique et le débit cardiaque. Elles élèvent par conséquent la pression artérielle : Le cœur est prêt à suivre l'effort.

Exemple : un bruit soudain, une tape dans le dos inattendue et nous avons sursauté, plus attentifs à l'origine de la stimulation, prêts à adapter notre comportement en 'attaque ou fuite'. De plus, le centre neurologique du système nerveux végétatif mis en route étant le système limbique (centre affectif des émotions) nous éprouvons une émotion désagréable avec des irradiations dans le ventre, l'accélération des battements de notre cœur, etc..

Certains diront avoir eu peur, d'autres avoir ressenti de l'agressivité. Pour moi, l'important est de reconnaître (et de 'faire la paix' avec) ce qu'on ressent. Nous réduisons tout un ensemble de sensations à un ou 2 mots qui sont sensés représenter ces sensations. Mais pour chacun, les sensations et les mots sont différents. Autant ne plus être surpris des quiproquos ou malentendus. Si je trouve une araignée sur mon couvre-lit : est-ce que je m'effraie ou que je m'énervé ? Si je ne reviens pas sur toute la panoplie des sensations que j'ai éprouvées en découvrant la bestiole, alors je ne ferais que réduire mon vécu à un 'faire' (crier, pleurer, fuir..) et sans doute finir par me dire du mal de moi. Alors qu'en fait, revenir sur cette panoplie va nous ouvrir à des 'faire' multiples et complexes : j'inspire à fond par le thorax en même temps que je fais une grimace d'horreur, mes jambes me font reculer, je crie pour avoir du soutien, puis mon buste se projette en avant, l'expression de mon visage se mue en masque de haine, puis mon bras droit se lève et ma main vient brutalement s'abattre sur la 'chose'... et je n'ai rien dit de ce que je me suis dit en ce dixième de seconde ni de ce que j'ai éprouvé à chaque étape !

Si la stimulation s'interrompt, alors tout rentre dans l'ordre. « Nous avons eu chaud » dit l'expression populaire. Car durant cette phase, la décharge d'adrénaline et de ses dérivés a préparé notre corps à l'action : énergie dans les muscles, dans le cœur, vigilance accrue. Si la stimulation s'arrête sans qu'il y ait eu mouvement, alors l'énergie est relâchée sous forme de chaleur, de transpiration par stimulation des glandes sudoripares.

Conclusion de cette phase : nous vivons quotidiennement des phases d'alarme répétées dont nous ne disons rien de constructif : les stress des transports en commun, au travail avec les réflexions désobligeantes, infantilissantes, des supérieurs hiérarchiques etc. Ces agressions permanentes vont entraîner des tensions musculaires et articulaires vont s'accumuler progressivement le plus souvent dans les trapèzes, les muscles para vertébraux, les mâchoires, etc.. ils sont muets si on n'apprend pas à les repérer et les détendre pour avoir accès au stress que nous avons vécu. Puis, un beau jour, c'est la lombalgie, la sciatalgie ou le torticolis.

La phase de résistance intervient quand la stimulation désagréable perdure et que nous ne pouvons ni attaquer, ni fuir. Par exemple, des travaux bruyants qui ont lieu dans l'appartement voisin ou dans la rue et qui vont durer plusieurs jours. Un « quel est ce bruit ? » traduira verbalement l'état de vigilance par lequel le corps sera en alerte d'informations et un « mince des travaux ! » montrera le côté désagréable de la stimulation qu'il va falloir endurer un certain temps avec son lot de 'mauvaise humeur'. Notons que si ce stress n'est pas perçu en permanence comme désagréable, alors l'organisme va s'adapter au changement sans rien occasionner de pathologique.

Durant cette phase, ce n'est plus la rapidité qui est requise mais l'endurance. Aussi, le corps va solliciter le système hormonal.

Les hormones sont produites ici par les glandes surrénales qui, comme leur nom l'indique, se trouvent anatomiquement au-dessus des reins, lesquels organes sont situés en dessous du muscle respiratoire principal : le diaphragme. L'emplacement anatomique des 'organes du stress' est très important pour moi, car il permet de comprendre que lorsque nous sommes stressés, nous perdons la respiration ventrale. En effet, tout organe trop sollicité va gonfler et durcir, ce qui fait que les structures proches perdent de leur mobilité. Le diaphragme ne pourra plus s'appuyer sur les reins pour l'inspiration, il va compenser en sollicitant le thorax. C'est comme cela que pour moi, le premier critère du stress est la perte de la respiration ventrale ou diaphragmatique. Il suffit souvent de retrouver cette respiration profonde et diaphragmatique pour que la détente s'installe à nouveau en nous.

Les hormones produites par les surrénales sont de deux sortes : l'adrénaline déjà évoquée lors de la phase d'alarme (mais ici le mode de communication n'est pas le même) et des dérivés du cortisol (bien connu pour ses vertus anti-inflammatoires), les glucocorticoïdes. Les hormones vont se mettre en route plus

tard et agir de façon plus prolongée. L'adrénaline va maintenir un état d'irritabilité (un 'toujours prêt à attaquer ou fuir') et les glucocorticoïdes vont lui enlever les moyens d'agir. Socialement, ils vont augmenter notre capacité à nous soumettre en attendant que le stress diminue. Mais soumission n'est pas adaptation.

Comment agissent les glucocorticoïdes ? Ils interviennent partout où les organes concourent à la réaction : entre autres, ils enlèvent les protéines du muscle qu'ils transforment en graisse, ils retiennent l'eau dans les tissus et les vaisseaux pour tempérer le cœur (qui bat plus vite à cause de l'adrénaline), ils agissent sur le cerveau pour déconnecter un peu la personne de la réalité (effet euphorisant, dynamisant). À terme, si le stress perdure, nous allons produire tous les effets secondaires des corticoïdes.

Quels sont donc les premiers effets du stress, les premiers symptômes ?

Globalement et simplement pour la majorité d'entre nous : de la fatigue (puisque notre masse musculaire diminue), de l'irritabilité, de la nervosité, de l'impatience (par l'adrénaline), une maladie 'ORL' virale (puisque nous baissons nos défenses immunitaires). Ainsi que nos modes habituels de réaction face à un stress prolongé : se sentir abattu, impuissant, en repli sur soi ou au contraire trépigner, râler, gémir etc..

À ce stade, nous pouvons compenser utilement : partir en week-end, faire du sport, du yoga de la psychologie... ou avec nocivité : par l'addiction aux produits toxiques. Il y a bien sûr d'autres moyens de compenser entre ces deux extrêmes comme par exemple celui de parler de ses difficultés autour de soi et de trouver un interlocuteur concerné et plutôt bienveillant (le coiffeur, l'esthéticienne, la boulangère, le kiné...).

Conclusion de cette phase : soumis à des stress répétés contre lesquels il ne peut rien faire, le sujet va développer des 'petits bobos', des 'pets de travers' et finir par changer de comportement. Il est rarement calme et détendu mais plutôt irritable et distant, un rien peut le faire sortir de ses gonds.

L'individu peut supporter longtemps un stress modéré permanent. Longtemps, c'est entre 15 et 25 ans. Puis les structures anatomiques soumises à une stimulation permanente de la part des dérivés de l'adrénaline et des corticoïdes vont s'abîmer. Les maladies dues au stress vont alors apparaître. D'abord, si le stress s'arrête, elles seront réversibles, puis plus. C'est à ce moment que Hans Selye déclare le stress dépassé, quand les symptômes et les maladies s'installent et que l'animal finit par mourir. La mort peut survenir plus ou moins rapidement en fonction de la fragilité de l'individu, et bien sûr de l'intensité du stress permanent dans lequel il était baigné.

Quelles sont les dégradations dues au stress :

1. Action sur le métabolisme des hydrates de carbone et des acides aminés : le cortisol augmente la concentration du glucose sanguin ('diabète stéroïdien') en consommant des acides aminés des muscles. Ceci entraîne une augmentation de l'excrétion d'urée, une augmentation du stockage des graisses (cellulite) et un amaigrissement musculaire à long terme qui majore la sensation de fatigue et de manque de force.
2. Action sur le métabolisme des lipides : le cortisol augmente les dépôts lipidiques dans les artères, avec risque d'athérome, artériosclérose et artérite.
3. Cœur et circulation : les glucocorticoïdes provoquent une augmentation de la force de contraction cardiaque et une vasoconstriction périphérique. Ces deux phénomènes sont dus à une augmentation de l'effet des catécholamines.
4. Au niveau de l'estomac, les glucocorticoïdes stimulent la production du suc gastrique. A forte dose, ils représentent un risque d'ulcère d'estomac.
5. Action sur le tissu osseux : diminution de la croissance, diminution de l'absorption du calcium et du phosphore, avec calciurie et risque d'ostéoporose.
6. Reins : les glucocorticoïdes ralentissent l'excrétion de l'eau et maintiennent un taux de filtration glomérulaire normal. A forte dose, ils ont le même effet que l'aldostérone (rétention du sodium, fuite du potassium) : oedèmes, augmentation de la pression artérielle,.....
7. Au niveau du cerveau, en cas de forte concentration de glucocorticoïdes, apparaissent, en plus de l'effet sur l'hypothalamus, des modifications de l'EEG et des 'variations psychiques' comme l'euphorie ou l'excitation. Les travaux de Mc Ewen et Sapolsky ont montré l'extrême fragilité des cellules de l'hippocampe, très sensibles aux glucocorticoïdes libérés lors d'un stress, réduisant la capture du glucose par la cellule et entraînant sa mort.

On constatera à terme des troubles irréversibles de l'humeur, de l'acquisition et de la mise en mémoire des connaissances. Pour finir, c'est la capacité d'adaptation du sujet à toute situation nouvelle ou imprévue qui est diminuée.

8. A forte dose, les glucocorticoïdes ont des effets anti-inflammatoires et anti-allergiques. Ces effets sont dus, d'une part à l'inhibition de la synthèse protéique et de la formation des lymphocytes, d'autre part, à l'inhibition de la libération de l'histamine et enfin au blocage des lysosomes participant à la phagocytose. A terme, le stress entraîne une diminution de la résistance aux infections.

Des stress répétés ou soutenus, en intensité ou durée, peuvent parfaitement modifier la production hormonale de l'hypophyse, provoquant à terme :

- une diminution de la diurèse,
- des troubles du cycle menstruel chez la femme, avec
- une absence d'ovulation,
- des problèmes relationnels sexuels type impuissance ou frigidité.

Des auteurs, tels C. Delbende, chercheur au CNRS, maître de conférence à Lille, suggèrent que des stress répétés entraîneraient une plus grande susceptibilité au développement de tumeurs ou la mort des neurones, notamment au niveau de l'hippocampe.

Quels sont les symptômes médicaux dus au stress ?

- douleurs au niveau du plexus solaire, aigreurs d'estomac,
- difficultés de digestion : ballonnements, maux de ventre du type colites ou constipations,
- douleurs du type appendicite,
- perturbation des cycles menstruels chez la femme,
- problèmes de retour veineux avec apparition de varicosités, veines gonflées, douleurs dans les jambes,
- palpitations ou sensation d'étouffement,
- prise de poids avec augmentation du volume de graisse du type cellulite et diminution du volume musculaire,
- vieillissement cutané,
- fatigue, asthénie,
- perturbation du sommeil.

Toutes ces sensations physiques ressenties, donc conscientes, sont autant de symptômes que l'on retrouvera systématiquement en échangeant avec le patient. Elles peuvent même devenir un motif de consultation si le sujet ne les tolère plus.

Moi qui officie d'abord sur le corps, j'observe notamment l'aspect musculaire de ces blocages : le patient est globalement 'tendu', sur la défensive. Il se raidit, ne respire pas par le ventre, garde les yeux ouverts, attentif à toute tentative 'd'agression' de ma part, certains s'agrippent à la table... Il me consulte pour des douleurs qu'il ressent et lorsque je les mets en évidence, par le toucher ou un mouvement, pour les valider, il m'en attribue la cause par un 'arrêtez, vous me faites mal !'

Directement liées aux effets chroniques de la sécrétion de cortisol et de la stimulation neurovégétative les maladies reconnues dues au stress sont : L'HTA, l'angine de poitrine, l'Infarctus du Myocarde, les accidents vasculaires cérébraux (surtout d'origine ischémique à cause de l'hyper-cholestérolémie et de l'hypertriglicéridémie) le diabète, l'obésité, l'anorexie/boulimie, les ulcères, l'asthme, l'eczéma et les maladies de la peau (calvitie, blanchiment des cheveux, pigmentation type vitiligo, prurits et urticaires,...) l'appendicite, la néphrite, les néphroscléroses, l'algoneurodystrophie, les lombalgies, certaines migraines, le bégaiement, certaines maladies auto-immunes, la sclérose en plaques, etc.

Aussi, le 'recul', la 'remise en question' dont tous les magazines parlent, ne peut avoir lieu toute seule (c'est rare). On ne peut pas traiter son stress soi-même. L'organisme s'engage automatiquement dans la phase de résistance s'il n'est pas aidé par un tiers.

Comment, alors, avec tous ces symptômes, passer à côté du diagnostic et ne pas intervenir ? Les risques sont pourtant graves sur la santé voire conduisent à la mort. Il y a pour moi 'non assistance à personne en danger'.

Rappelons ici la définition de la Santé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « la santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne (image POSITIVE de la santé). Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ». Une personne stressée n'est donc pas en bonne santé. De plus, il s'agit pour moi depuis longtemps de santé publique et non seulement individuelle.

Le stress est admis comme maladie de nos sociétés depuis la fin du siècle dernier et comme maladie professionnelle seulement très récemment. Celle-ci pourra bientôt faire l'objet d'une prise en charge sociale par la reconnaissance des symptômes musculo squelettiques. Mieux vaut tard que jamais.

À quel titre intervenir, et comment ?

Nous avons vu que le stress est un phénomène subjectif qui met en jeu tout le vécu de la personne. Il n'y a pas de spécialiste a priori. C'est le patient qui nous choisit comme il choisirait sa coiffeuse ou son docteur.

On peut donc intervenir très tôt dans les symptômes (au stade 'cellulite', douleurs musculaires ou 'aigreurs d'estomac') ou lors du déclenchement d'une maladie (HTA), ou beaucoup plus tard en accompagnant la fin de vie. L'éventail est très large et les patients de tous âges, des enfants aux vieillards.

Mais comment intervenir ? C'est là la question la plus délicate car nous devons reconnaître que le seul vrai spécialiste de son propre cas, c'est lui-même ! Nous devons alors respecter sa capacité à s'occuper de lui sinon on risquerait de lui imposer un nouveau traumatisme. Le counselling est ici pour moi d'une aide précieuse pour ne pas entrer dans son jeu et l'amener en douceur, à son rythme, et avec mon aide, à accepter de se confronter à ses difficultés.

Le patient joue-t-il un jeu ? Oui, car ne l'oublions pas, le stress inonde le cerveau de substances qui l'excitent et l'euphorisent. Il est 'endormi' dans ses capacités à réaliser les événements qui se produisent et le font souffrir. Il faut aussi admettre que de reconnaître ses difficultés, c'est accepter de s'écouter et donc de s'entendre intérieurement souffrir. Cela entraîne alors davantage de souffrance subjective, ce qui n'est pas facile. De plus, socialement et culturellement, cela ne se fait pas ! Il ne faut pas s'écouter, encore moins se plaindre, c'est mal ! Il faut au contraire prendre sur soi, s'endurcir !

Il y a donc au moins un triple verrouillage, un biologique (hormonal), psychologique (« je ne veux pas ressentir ma souffrance ») et un culturel (« c'est pas bien, cela ne se fait pas »).

Je vois une autre barrière, celle du professionnel spécialiste que je peux représenter (le phénomène de la 'blouse blanche'). Le patient veut souvent parler le langage 'pro' et va m'expliquer en long, large et travers l'usure de ses vertèbres, avec preuves radiologiques à l'appui. Il va omettre tout à fait honnêtement de me dire comment cette usure a bien pu s'installer et d'ailleurs sa première demande est une demande de réparation technique, comme si son corps était un robot dont il suffirait de graisser les rouages pour qu'il fonctionne de nouveau 'comme avant' que ne se déclarent les symptômes. Comment s'étonner d'ailleurs de cette vision technique alors que c'est celle qui domine dans nos sociétés et dans les études médicales. Alors que pour moi, le symptôme apparaît justement lorsque la personne ne peut plus fonctionner comme avant au risque de tomber malade. Il faut changer quelque chose radicalement.

Comment passer les barrières ?

Point numéro zéro pour moi : ne pas avoir peur de la relation. C'est ma formation personnelle et mon expérience quotidienne qui m'ont permis de lâcher progressivement cette peur. J'ai tant à apprendre de l'autre. Il m'aide à avancer dans ma propre rencontre avec moi-même. Cela m'intéresse vraiment de savoir quel a été son parcours de vie, comment il en est arrivé là. Souvent sa colère me dynamise, sa peine me remplit de tendresse.

J'ai aussi appris à l'accueillir à la bonne distance : celle qui le met en confiance. Il ressent alors que je ne joue pas les spectateurs ennuyés et que c'est bien lui le héros qui va enfin réussir sa prestation. Cette distance n'est pas donnée d'emblée, elle varie dans la séance. Ce n'est pas celle qui est enseignée dans ma formation de base, elle n'est pas froide ni distante. Il s'agit plutôt de la distance proposée par Carl Rogers : je ressens une véritable estime pour l'autre, un vrai respect pour le travail qu'il fait avec moi. Alors je m'implique émotionnellement, je réagis affectivement à ce qu'il me raconte ou ce qu'il fait. Et plus il accepte de s'impliquer lui-même, plus je m'implique et me rapproche corporellement, jusqu'à quelque fois le prendre dans mes bras, rarement.

Quand il se sent bien accueilli, il se met en confiance et lâche ses premières barrières. Il est là pour se faire du bien et je vais l'aider dans ce sens. Ma première action est de lui demander de respirer profondément pour lâcher

la barrière du stress. Tout au long de la séance, et quelque soient les techniques utilisées, je vais l'aider à verbaliser ses sensations et ses affects. Ce n'est pas facile car, rappelons-le, nous n'avons pas été éduqués en ce sens et le patient ne met, au départ, aucun sens à parler subjectivement. Très vite il se sent profondément compris et prend l'initiative de parler vraiment de ce qui ne va pas. Et ce n'est sûrement pas de son arthrose vertébrale, de sa sciatique ou de son asthme. Il va faire le récit de ce qu'il vit ou de ce qu'il a vécu et qui est encore douloureux aujourd'hui. Ses douleurs 'officielles' ne sont en fait que des conséquences sur son parcours qui l'empêchent de se réaliser pleinement dans sa vie actuelle.

J'ai alors à gérer une autre peur que celle de la relation : celle de l'inefficacité ou du non professionnalisme (j'écoute et ne fais plus ce que l'intitulé de ma plaque professionnelle annonce). Par mon expérience et ma formation j'ai lâché le mythe de la toute puissance du thérapeute sur le patient. Si l'on me dit « ça ne me fait rien votre truc » alors je le traduis par une distance relationnelle que met le patient avec moi (les conditions de confiance mutuelle ne sont pas encore réunies pour aller plus loin). Il peut aussi ne pas être prêt pour faire le travail. Je lui demande alors comment il voit les choses, je l'autorise à mener la séance comme il le souhaite. Bien sûr, je vérifie qu'il s'implique mieux et je m'assure que mon comportement lui convient (pas trop affectif dans un premier temps mais toujours proche corporellement). Cela suffit souvent pour casser la barrière de l'autorité du spécialiste que je peux représenter aux yeux de certains.

Ensuite, la parole étant libérée et la prise de conscience des ressentis sensoriels et affectifs effectuée, j'aide à la circulation de la parole. A ce moment, le patient est actif intérieurement, il ressent sensations et affects, il a un discours intérieur sur ce qu'il vit présentement, il le dit au thérapeute qui réagit humainement (certainement pas en lui disant ce qu'il doit faire mais simplement en recevant le message avec empathie). Le thérapeute, sans s'imposer, aide à mieux sentir et mieux dire, repère les réductions et les généralités de langage, encourage le patient à s'ouvrir encore davantage à la diversité de ses sensations, à la complexité de son vécu, à s'ouvrir à d'autres dimensions de sa vie que les interprétations réductrices relevant de la technique médicale ou psychologique.

Moi, avec mes mains, je repère les tensions du corps associées aux propos du patient. Je les lui fais ressentir en même temps qu'il raconte son histoire, l'aide à m'en dire quelque chose, sans trop gêner la fluidité du récit. Je l'aide donc à incorporer dans son discours de plus en plus la dimension des tensions musculaires, des raidissements articulaires, des mouvements réprimés. Grâce à ce dialogue entre ce qu'il dit et ce qu'il ressent, accompagné avec bienveillance, il peut accéder progressivement aux émotions. C'est là une phase particulière où le patient se sent souvent en état d'extrême vulnérabilité. C'est à ce moment que je suis le plus proche : je lui prends la main ou je mets la mienne sur son épaule. Je ne le laisse pas vivre cette expérience seul sans soutien amical et corporel. Après la décharge émotionnelle (et même lorsque le patient a seulement bien dit ce qu'il a vécu), beaucoup de tensions corporelles identifiées en début de séance ont disparu. Nous le constatons ensemble.

Puis je l'aide à respirer de nouveau profondément, à continuer de se relâcher, à lui faire prendre conscience de son action et de sa réussite, et des nouvelles sensations occasionnées de détente et de soulagement général.

Une petite histoire véridique: je traitais depuis deux ou trois séances une patiente venue pour une tendinite du coude apparue soudainement à la rentrée des grandes vacances. À chaque séance, ce n'étaient pas les mêmes muscles que je trouvais très contracturés. Ne voyant pas l'issue de ce traitement, j'explorais alors mon intuition, étayée sur la théorie précédente, qu'elle avait vécu un stress quelconque. Tout en la massant avec douceur, je lui demandais de me raconter le mois précédant l'apparition de ses symptômes. Elle s'y résolut après beaucoup de résistance (ne voyant ni l'intérêt de me raconter sa vie, ni le rapport avec ses douleurs de coude) : des vacances de rêve en Grèce dans un Hôtel Club, autour de la piscine, point. J'accueillais ses paroles avec beaucoup d'attention et bien sûr restais sur ma faim. Mes mains toujours sur son avant-bras, je lui demandais alors de raconter à nouveau, en rajoutant des détails (ouvrir le récit). Nouvelle résistance, mais elle s'y contraignit malgré tout : vacances de rêve, en famille, en Grèce, dans le Péloponnèse, des excursions..., et là, bingo ! Elle se souvint de ce retour d'une excursion alors que le Péloponnèse était en flammes et qu'il fallait bien rentrer au club. Ce trajet de retour s'est fait en 4x4, accompagné par la police, sur des routes bordées de feux de broussailles. Elle se souvint des rafales de vent menaçant à chaque instant de diriger les flammes vers les voitures. Le trajet a duré une demi heure pendant laquelle la patiente, hyper-stressée, s'est agrippée fortement à son siège par le bras qui la faisait souffrir aujourd'hui...

Le récit fait avec émotion, les tensions musculaires avaient disparu.

Dans ce travail, c'est la globalité de la personne (morale, psychologique, corporelle, sensorielle,...) qui s'engage, grâce à la sécurité trouvée dans notre relation, pour basculer d'un état stressé soumis à des

fonctionnements biologiques et des comportements stéréotypés primaires, à un fonctionnement personnel plus libre, moins pathogène.

Quelles sont les limites ?

Voyons d'abord les difficultés d'entrer dans ce processus thérapeutique.

Mes formations sont aussi mes limites. J'avance à mon rythme et n'ai la prétention d'aucune maîtrise ni de mes connaissances, ni de la relation. L'ajustement se fait en permanence et des travers peuvent aussi venir de mes propres troubles non encore traités.

De nombreuses difficultés peuvent se présenter de la part du patient : l'accès au langage, à la corporalité. De nombreuses personnes se contenteront du soulagement apporté par un massage ou une rééducation fonctionnelle classique, ne chercheront pas au delà des bienfaits de l'ostéopathie et de l'apaisement temporaire d'une séance de relaxation.

L'engagement nécessaire pour arriver à la libération du stress résistant n'est pas du goût de tout le monde et je me vois opposer de nombreux refus de tous ordres que je respecte totalement. Je me contente d'instaurer une bonne qualité relationnelle pour que le patient entende au moins les risques médicaux liés au stress et qu'il ne quitte pas le circuit d'aide médicale.

Une fois entré dans le processus thérapeutique, le patient en sort-il guéri ?

Pour le récit précis sur lequel il a travaillé, il aura gagné un certain nombre de connaissances dont les conséquences thérapeutiques ne nous sont pas accessibles. Mais cela aura changé sa perception des choses (moins de stress biologique) et ouvert de nouveaux possibles. Souvent, le symptôme pour lequel il est venu disparaît. Est-ce cela la guérison ? De nouveau, je trouve réducteur la recherche d'une efficacité immédiate qui nie tous les efforts mis en place de part et d'autre pour arriver au soulagement et à la reconnaissance mutuelles ressentis en fin de séance. Ces efforts enrichissent les avancées des séances suivantes et, même si nous nous heurtons à des difficultés plus grandes ensuite, la confiance entre nous n'est pas remise en cause et je suis persuadée que le travail continue de se faire, comme il peut.

Lorsque la dégradation corporelle est trop importante, dans les maladies installées voire lors de la fin de vie, ce travail reste soulageant de par la qualité de l'écoute et la compréhension de la souffrance endurée. Il permet aussi aux gens de donner du sens à ce qu'ils ont vécu, puis à ce qu'il leur reste à vivre.

Lorsque ce qui occasionne le stress a une part objective comme l'oppression professionnelle (harcèlement moral, épuisement, troubles musculo-squelettiques et autres maladies professionnelles) ou sociale (précarité, enfants difficiles, dégradations de l'environnement urbain, conflits de voisinage...), je fais appel à d'autres professionnels avec lesquels je mets les patients en relation, pour une aide psychologique, sociale ou juridique.

Vues les difficultés pour rentrer en relation avec le patient, l'aider à la prise de conscience du stress puis pour l'aider à se traiter, quel intérêt alors de ne pas se contenter d'appliquer simplement des techniques sur un corps considéré comme un objet ?

Mes premières motivations étaient le souhait de réguler mes anciennes frustrations (peu de succès thérapeutique malgré une bonne maîtrise technique, les départs de patients vers d'autres thérapeutes plus qualifiés, l'impuissance et la sensation de bêtise lorsque le patient se livre, l'ennui au travail, la répétitivité, etc.). J'y ai gagné en confiance en moi, en confiance en l'autre, en sérénité. J'expérimente l'échange 'gagnant/gagnant', concept très actuel. Je vis une autre forme de relation que celle dominatrice, toute puissante et méprisante du thérapeute 'qui sait tout du patient malgré lui' face à un patient qui doit se soumettre et n'a pas besoin de savoir. Aujourd'hui, ce mode de relation me paraît inefficace et très coûteux.

En conclusion, mon approche s'appuie sur la recherche scientifique pour mettre fin à la technicisation de nos personnes, au dualisme cartésien corps/esprit. Cette vision réduit l'immense complexité créatrice de l'être humain, celle-là même qui lui permet de s'auto réparer en créant du lien social. Pour finir, notons que si les professionnels de santé abandonnaient dualisme et technicisation, sans doute vivraient-ils eux-mêmes moins stressés...

Isabelle Faibis, mai 2008.