

Les approches psycho-corporelles en psychiatrie de crise

Toucher le corps pour soigner l'âme

La prise en charge des malades en crise psychique exige parfois des réponses à plusieurs niveaux, notamment les approches psycho-corporelles. Celles-ci englobent plusieurs méthodes, proposées selon la qualité d'interaction entre le patient et le soignant.

VÉRONIQUE HAYNAL-REYMOND
ET COLL.

C'EST à la toute première seconde de ma rencontre que je reçois le message. De corpulence moyenne, Madame A. a les traits du visage tirés, le regard tourné vers le sol comme happé par une force invisible entraînant, dans le mouvement, ses épaules vers le bas. Sa respiration ne semble plus exister. Discrète, elle pleure, mais reprend très vite le contrôle. Elle peut plus facilement parler de son corps en douleur: «j'ai une boule au ventre, mal au dos, presque tout mon corps me fait mal, et cette fatigue qui ne s'en va pas. Mes souffrances physiques sont plus exacerbées ce dernier mois», ajoute-elle.

A ce moment, il me semble qu'une approche psycho-corporelle peut être envisagée. C'est un instant mystérieux qui allie le verbal au non verbal, instant qui permet aussi de constituer une première alliance thérapeutique.

Un bref résumé de son histoire m'apprend que, délaissée par son mari, elle ne veut plus vivre, elle ne peut pas imaginer son idéal de mariage effondré, sa vie de famille brisée avec deux enfants en bas âge. Elle a tenté à ses jours en prenant une dose massive de médicaments. Je ressens aussi un décalage entre la tristesse de ses gestes, de son histoire, et le peu d'émotions exprimées verbalement. Seules les douleurs de son corps sont extériorisées.

Enfermés dans leur peine

Le but de notre travail est d'aller à la rencontre de la personne et d'observer ensemble, de découvrir sans jugement ce qui se passe dans ce corps oublié et meurtri. L'idée est de permettre au patient de retrouver une certaine réalité, en faisant des liens entre a) ses émotions, b) ses sensations et c) ses représentations, idées ou imagination. Il s'agit d'ouvrir la porte, de créer un espace pour une nouvelle circulation entre ces trois pôles.

Tout d'abord, je lui propose un «body scan», exercice relaxant qui invite la personne à visiter son corps et à découvrir avec attention et sans jugement, son ressenti, ses tensions, ses douleurs, de les observer, puis les accueillir ou même accepter ne rien ressentir. Ensuite, une partie plus créative a permis de mettre en scène son histoire douloureuse, utilisant différents objets éparpillés dans la salle, représentant sa famille, son entourage, finalement sa vie. Quatre séances permettront à la patiente d'exprimer une grande culpabilité, de la tristesse, de la souffrance. Enfin la colère prendra place, ce qui, nous l'espérons, permettra par la suite l'ouverture d'un travail thérapeutique approfondi (Sylvie).

En effet, les patients que nous recevons sont souvent complètement enfermés dans leur peine, figés sur l'un des pôles, ayant perdu le contact avec les autres parties d'eux-mêmes. Nous avons cinq jours pour les aider à transformer une situation aiguë en un état suffisamment supportable pour

permettre de sortir de l'hôpital et d'entreprendre un traitement à plus long terme. Cinq jours c'est court, mais on peut ouvrir quelques portes, qui permettront au patient d'être moins figé, voire plus accessible.

Notre but ne peut donc pas être de se substituer à la nécessité éventuelle d'une thérapie approfondie – il s'agit de faire une initiation et de démontrer au patient qu'un travail psychothérapeutique peut lui être utile.

«L'analyseur corporel»

Sans mots, une identification empathique a permis à la soignante de com-

Intervention de crise

Des professionnels spécialisés

L'unité de crise comporte huit lits au sein d'une unité fermée à l'hôpital général (Hôpitaux Universitaires de Genève). Les patients, sélectionnés par le médecin trieur des urgences, viennent principalement à la suite d'une tentative de suicide, d'abus de toxiques, ou de décompensation dans un contexte de crise de vie comme le décès d'un proche, une séparation douloureuse, par exemple dans le cadre d'un divorce ou une perte d'emploi, autre traumatisme ou une maladie – des conflits souvent à la limite de l'insupportable comme dans le cadre de la violence conjugale, tout cela aggravé par des dépendances à divers toxiques. Dans cette unité, les patients sont pris en charge par un personnel spécialisé.

Ont participé à la rédaction de cet article: Sylvie Ischi, Delphine Cudre, Laetitia Favario, Sarah Janet-Battaglini, infirmières à l'unité d'intervention de crise, et Véronique Haynal, psychologue.

prendre l'état de la nouvelle patiente. En effet, les communications interindividuelles sont de façon générale essentiellement non verbales. Dans ce cadre et avec cette clientèle, cet aspect est encore plus visible. Madame A. s'exprime par sa posture, ses mimiques, ses regards, ses gestes et quelques sons ou mots. Elle transmettait ce qu'elle vivait à ceux qui étaient réceptifs autour d'elle, comme sa soignante, Sylvie. Ensuite, une coordination s'est installée entre les deux partenaires, faite de signaux facilitant l'interaction, tels des regards, mouvements de la tête, un mot ou des sons, indiquant: «m'entendez-vous?» «m'écoutez-vous?» «me comprenez-vous?» «qu'en pensez-vous?»...

Pour d'autres patients, les difficultés de communication augmentent par le fait des différences culturelles. Les règles de distance, par exemple, sont de cette nature. La «bulle» intime des patients, l'espace dans lequel, habituellement, ne sont admis que les proches (conjointes amants et enfants) peut être ressenti comme violée quand les soignants y pénètrent, pour les soins nécessaires à certains malades et peut provoquer une réaction défensive violente, par exemple une bagarre.

Ce type de problèmes, notamment ceux qui concernant l'empathie, ont été largement traités par différents groupes de chercheurs, surtout des naturalistes (p. ex. Wallbott, 1991; Hess et al. 1998; Cosnier 1994, etc.) et des psycho-neuro-physiologistes, tels Ekman et coll. (1992). Enfin Rizzolati et Gallese (p. ex. 2003), par la découverte des neurones-miroirs, suivis par d'autres (Decety, 2005), ont éclairé les bases physiologiques de ces processus et nous font comprendre l'implication, volontaire ou non, des soignants dans la relation, entraînant fatigue ou bien-être. Nous voyons donc qu'ils mettent en œuvre leurs ressources, c'est-à-dire qu'ils font appel à leur «analyseur corporel» (Cosnier, 1994). Autrement dit, ils activent leur réceptivité corporelle en imitant intérieurement, le plus souvent inconsciemment, les gestes, les postures, les mimiques, les mouvements des patients.

Les approches psycho-corporelles

Parfois, confrontés aux difficultés communicationnelles importantes où le corps finit par exprimer ce que les malades ne peuvent pas transmettre par d'autres ca-



Photo: Photothek

Indications

A qui s'adressent-elles?

Nous remarquons que les meilleures indications de traitement par les approches psycho-corporelles concernent:

- les patients dont l'histoire est parsemée de problèmes corporels, de violence de toutes sortes, les femmes abusées sexuellement, en particulier celles qui ont été traumatisées dès leur enfance;
- les personnes qui viennent de faire une tentative de suicide;
- les personnes qui «se plaignent à travers leur corps» (par exemple fibromyalgies, les douleurs aiguës ou chroniques, etc.) en attendant qu'on leur réponde sur le plan corporel, celui-ci étant bien le théâtre de leur douleur;
- les patient(e)s très régressé(e)s ou désorganisé(e)s;
- les malades dont le fonctionnement défensif caractéristique est la rationalisation et l'intellectualisation. Ces personnes n'ont que peu d'accès à leurs émotions et à leurs sensations et bénéficient davantage d'une approche qui peut les ouvrir à ces parties d'eux-mêmes autrement mal accessibles.

naux, les soignants sont amenés à offrir ce que nous appelons des approches psycho-corporelles. La verbalisation prend alors une place plus limitée que dans les entretiens psychiatriques habituels, proposés ailleurs à tous les usagers de cette unité. Bien entendu, le soignant choisira lui-même le type de travail qu'il proposera au patient; que ce soit une méthode bien connue comme la relaxation, des massages ou une attention particulière portée sur les perceptions et sensations dans l'ici et maintenant, un travail sur la respiration, la posture, le sentiment de soi. Le soignant aura aussi à sa disposition des formes «sur mesure» d'exploration, comme par exemple des mises en scènes de rêves, d'événements pénibles, ou des jeux symboliques autour des émotions. Les séances d'environ 45 minutes à

1 heure seront toujours suivies d'un temps d'échange de paroles.

Quand et comment toucher?

Les techniques de massage et de relaxation sont bien connues, alors même qu'elles ne sont pas si simples à appliquer. Lors de l'application de ces méthodes les questions surgissent: toucher qui, quand et comment? Quelle est la part de séduction, de maternage, de connivence, de réassurance, voire d'hygiène avec cette patiente-ci, avec celui-là? Quelle est la qualité du toucher? Comment le regard participe-t-il? Seul le soignant impliqué par le massage (si possible aidé d'une supervision) pourra répondre à toutes ces questions, en restant en premier lieu à l'écoute de lui-même, ceci faisant bien entendu partie importante de la relation qu'il nouera avec le patient.

La relaxation

La relaxation se pratique en groupe ou individuellement. Comment choisir le patient: relaxer qui, quand et comment? Pendant un certain temps, un infirmier avait coutume de proposer un groupe de relaxation à tous les patients le soir avant de se coucher. Proposition qui en général était bien reçue. Dans ce cas, si un groupe relativement grand se forme, la présence de deux infirmiers devient nécessaire, l'un devant diriger la relaxation, l'autre restant disponible pour l'une ou l'autre personne qui en aurait besoin. Tous deux sont attentifs à la respiration, aux moindres mouvements, aux mimiques, aux réactions éventuelles de l'un ou de plusieurs des patients à la fois et disponibles à la fin de la séance pour une discussion consacrée à la verbalisation du ressenti. En fait, un groupe de relaxation pourrait parfois être proposé à la place ou en plus d'un groupe de parole, lorsque celle-ci est bloquée. En effet, cette expérience amène une expérience stimulant une mise en mots des émotions et des sensations.

Contre-indications

Pourtant, certains patients hyper-anxieux, agités ou en colère ne profitent pas de la détente immobile. Des contre-indications existent. Une vérification de la tension artérielle a montré que certains patients sortent hypertendus de ces séances!

Mieux vaut, dans ces cas, dépenser l'énergie qui envahit les malades, par exemple sur un vélo d'appartement ou en montant les escaliers en courant plutôt que de retenir ou de contrôler encore davantage les émotions telles la peur et la colère.

«Les approches psycho-corporelles me permettent d'aborder le patient sous un autre angle. Souvent, c'est dans un contexte de soin où je sens que la communication verbale limite le patient et l'échange entre nous. Soit parce qu'il a du mal à nommer ce qu'il ressent, soit parce qu'il se focalise sur le discours verbal et «tait» le langage de son corps. Sauf que celui-ci donne toujours un signe, et lorsque cela m'interpelle, je me dis qu'il y a peut-être quelque chose à «exploiter» dans le projet de soin» (Delphine).

Retrouver un lien

Pour ces patients qui vivent dans un corps maltraité et, de plus, technicalisé par la médecine moderne, retrouver un lien nécessaire entre verbe, sensations et émotions leur permettant de se réincarner est souvent bien plus difficile qu'il ne paraît. Ceci est vrai non seulement pour les patients, mais pour l'équipe soignante également. Comment atteindre des parties clivées depuis si longtemps, pour des raisons de défense, dans des organisations psychiques pathologiques? Les meilleurs thérapeutes peuvent éprouver parfois une saturation occasionnelle de leurs capacités empathiques devant la lourdeur des problèmes présentés. Cette situation se traduit par exemple par une mise à distance des patients en bloquant la circulation entre sensations, émotions et représentations. Les soignants adoptent alors un langage hermétique, ou sont trop rapides dans leurs réponses, ou/et, surtout, se ferment en ne voyant plus et n'entendant plus.

Supervision nécessaire

Une supervision régulière s'avère nécessaire. Elle constitue en même temps une formation.

«Le partage avec mes collègues me permet d'apprendre de nouvelles techniques. Ainsi de pouvoir me rendre compte moi-même de ce que peut ressentir le patient lorsqu'il est en face de nous. Ce moment de partage et de détente me permet aussi de lâcher prise et de repartir chez moi la tête libre pour autre chose» (Laetitia).

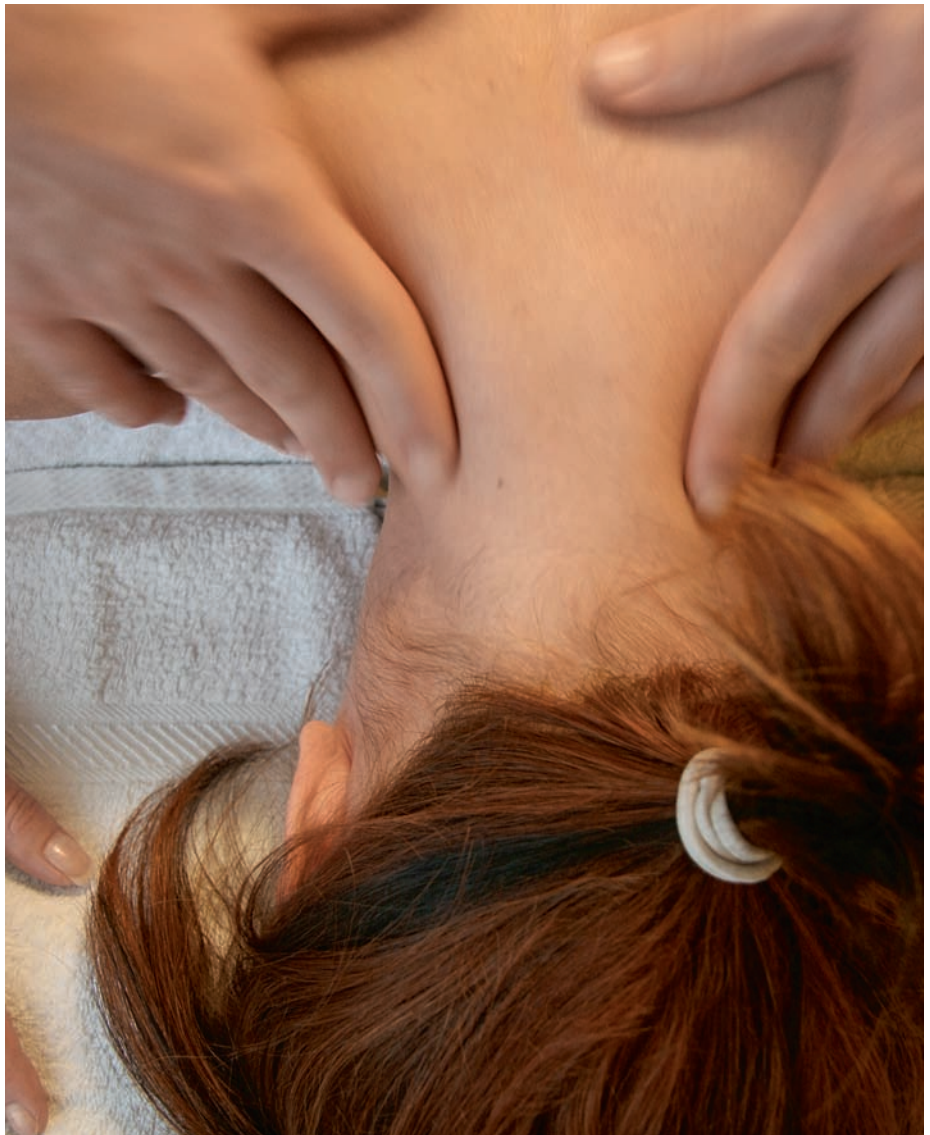
En effet, ce temps hebdomadaire répétitif peut avoir plusieurs fonctions. On peut le diviser en plusieurs temps d'activité: rejouer des séances passées ainsi que l'avait imaginé Michel Sapir avec ses «psychodrames Balint» pour les analyser et ainsi mieux les comprendre. Nous pouvons aussi imaginer et mettre en scène des séances, par exemple avec des patients qui provoquent des réactions contre-transférentielles particulières. Pour cela, l'un des soignants se met «dans la peau» d'un malade, adoptant son attitude corporelle, son regard, son rythme, ses gestes et mimiques. Un(e) autre prend le rôle du thérapeute. Ensuite, toujours sous la direction de la superviseuse, on peut échanger les idées sur le sens à donner à ces comportements provocateurs de contre-attitudes.

Apprendre à métaboliser

Le fait de jouer ou de rejouer en incarnant le patient a beaucoup d'importance, car les approches psycho-corporelles sont difficiles à traduire dans un vocabulaire verbal, elles participent de l'expérience sensorielle, affective et imaginaire. Les soignants ont donc l'occasion, pénible souvent, de ressentir plus consciemment ce que vivent les malades, de les comprendre, de réfléchir ensemble, d'explicitier et ensuite de se débarrasser de ces sensations pathologiques lourdes et fatigantes. Comme nous l'avons dit ci-dessus en référence à l'«analyste corporel» et aux neurones miroirs, ce travail de prise en charge de personnes malades psychologiquement et souvent physiquement se ressent dans le corps de tous les membres de l'équipe et les touche profondément. Il est donc indispensable d'apprendre à métaboliser ces mouvements identificatoires avant de retrouver la vie privée, entre autres pour éviter le burn-out et permettre une évolution personnelle et professionnelle.

Conclusion

Dans notre implication journalière avec nos patients, nous tentons d'utiliser le plus possible nos ressources d'empathie, de façon à mieux les comprendre (aide à un diagnostic élargi) et à répondre de façon plus adaptée à leurs besoins (efficacité des soins). Nos approches psycho-corporelles sont des techniques thérapeutiques tenant compte de toute la personne dans sa communication souvent perturbée, et ceci



Seul le soignant impliqué sait ce qui convient le mieux au patient.

Photo: Digitalstock

dans un contexte relationnel. Elles sont pratiquées par les membres de l'équipe qui s'y sentent à l'aise, en complément d'entretiens verbaux ou comme alternative à ceux-ci. Elles enrichissent et diversifient l'offre thérapeutique.

La dimension de prévention du burn-out des soignants est une tâche essentielle prenant une place importante dans la supervision du groupe des soignants intéressés. □

Véronique Haynal, psychologue, 20 B chemin de la Grabelle, 1224 Chêne-Bougeries.
E-mail: veronique.haynal@sunrise.ch.

Bibliographie:

- Cosnier J.*: Psychologie des émotions et des sentiments. 1994; Retz, Paris. p. 87 et p. 94.
Decety J.: Une anatomie de l'empathie. Psychologie et neuropsychiatrie cognitives, 11, janv.-fév. 2005, pp16-24.

Ekman P.: Facial expressions of emotions: new findings, new questions. Psychological Science, 1, 1992, pp 34-38.

Gallese V.: The roots of Empathy: the shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. Psychopathology, 36, 2003, pp 171-180.

Hess U.: Synchronization in Emotional Interaction. ISRE symposium 1998.

Wallbott H. G.: Recognition of emotion from facial expression via imitation? Some indirect evidence for an old theory. British Journal of Social Psychology, vol. 30, 1991, pp 207-219.

www.sbk-asi.ch

- Approches psycho-corporelles
- Communication non-verbale
- Supervision