

L'écoute privilégiée des messages corporels en thérapie

par Jean AMBROSI*, Marie-Christine BEAUDOUX*
et le Dr Jean-Pierre BOYER** (Saint-Vallier s/Rhône)

Depuis Freud, l'approche et le traitement des troubles mentaux, psychosomatiques et physiques ont été considérablement modifiés. En effet, le concept d'inconscient a apporté au delà de l'opposition psyché-soma, un éclairage décisif sur la dualité de l'homme. Qu'elle soit désignée en termes de conscient-inconscient, moi-ça ou sujet-Autre, cela revient en fait à distinguer l'Être d'une part, sa représentation et ses différents modes d'expression d'autre part.

De nombreuses recherches thérapeutiques ont été effectuées depuis le début du siècle sur l'articulation des fondements de l'individu avec ses différentes formes d'expression : discours, images, sentiments, comportements, rêves, sensations ... A partir de ces recherches se sont constitués des modèles théoriques qui ont servi de base et d'assise à de multiples pratiques thérapeutiques privilégiant l'écoute de telle ou telle forme d'expression : Analyse freudienne, jungienne, Thérapie primale, analyse reichienne ...

Venus d'horizons différents, nous avons tous trois suivi des cursus de formation personnelle et didactique, qui nous ont permis d'acquérir ces différentes grilles de lecture. Dans la plupart des thérapies actuelles, nous avons été surpris du peu de cas qui est fait des manifestations physiques, sensations, positions, gestes, etc. Celles-ci ne sont prises en compte que lorsqu'elles

* *Docteur en Psychologie clinique, Université de Paris VII
Ancien Interne A.H.R. Masse. U.S.A.*

** *Psychiatre des Hôpitaux, Médecin-Chef du Service de Pédo-Psychiatrie de la Drôme-Nord. Hôpital de St-Vallier - 26240*

deviennent réellement gênantes par leur permanence, leur chronicité ou leur violence subite qui obligent les thérapeutes à les traduire dans le seul langage entendu dans le cadre thérapeutique qui est le leur. Par exemple, une pesanteur localisée à l'épigastre peut être entendue par les uns comme une situation difficile à digérer, par les autres comme une colère ou une peur contenue qu'il convient d'exprimer, ou encore être attribuée à une situation relationnelle. Il s'agit dans la plupart des cas de «démâsquar» ces manifestations «aberrantes» et d'amener la personne à changer le niveau d'expression symbolique de ces messages. De fait, ces manifestations ne sont pas acceptées en tant que telles, mais poussées à se traduire en paroles, en cris, explosions ou décharges. Longtemps cette attitude thérapeutique a été la notre, puis une certaine tranquillité s'est installée en nous. Nous considérons actuellement toute manifestation du corps, surtout lorsqu'elle est chronique ou répétitive comme un message exprimé au niveau symbolique le plus proche de l'essence de la personne. En cela, ce message corporel représente symboliquement l'état actuel de la dynamique de cette personne. Le respect du message corporel, son écoute et la réponse donnée par le patient dans le travail thérapeutique, entraîne des modifications de son fonctionnement que l'on peut suivre sur la transformation des messages corporels.

Message corporel — lecture du message — réponse au message — nouveau message ... Tel est le schéma dynamique que nous appelons *mouvement essentiel*, tant ce mouvement touche à l'intimité et à l'essence de la personne.

De cette attitude découlent les trois principes de base de *l'analyse psycho-énergétique* (A.P.E.) ou *thérapie du mouvement essentiel* : le principe de responsabilité, c'est-à-dire la «capacité du patient à répondre de son état», du déroulement du processus thérapeutique et donc aussi «sa capacité à répondre» au message corporel, donc à l'écouter ; le principe du respect du cheminement propre à la personne, en particulier de la vitesse et du rythme qu'elle choisit ou tolère pour le changement ; enfin, le principe d'intervention minimale, indissociable des deux autres, qui nécessite de la part du thérapeute l'abandon de tout projet sur/pour l'autre.

Présentations cliniques

Nous allons prendre maintenant deux exemples cliniques qui nous permettront de mettre en évidence l'intérêt d'une écoute privilégiée des messages corporels.

Monsieur F. a cinquante ans. Il est grand et fort, bien planté sur ses deux jambes, les épaules un peu voutées, le cou large et facilement rouge. Il parle peu, entre ses dents, d'une voix basse et rauque. Monsieur F. vient participer à un week-end résidentiel d'A.P.E. pour des angoisses très anciennes qui le «paralysent», perturbent son

sommeil et «gênent ses relations». A partir de cette demande, un échange de quelques minutes permet d'établir un contact de travail, les termes de l'objectif étant «Je voudrais voir s'il est possible de vivre sans angoisse».

Une investigation poussée est alors entamée : il entend par «angoisse» une sensation «d'étouffement», comme si «j'étais pris à la gorge», «cela m'est apparu quand j'avais 9 ans», dit-il. Sur ses antécédents, il signale des angines à répétitions «depuis son enfance» et de fréquents maux

d'estomac. Il dit dormir mal et rêver peu. Parmi les rêves dont il se souvient, il en est un qui revient souvent : «je cours vite et longtemps et pourtant j'ai l'impression de ne pas bouger. C'est comme si je faisais du sur place». «Au réveil, je suis tout essoufflé». Quand nous lui demandons de jouer la scène du rêve au ralenti, nous remarquons essentiellement un hochement ample de la tête sur le tronc. A notre demande d'essayer de recréer l'état physique de ce qu'il appelle «angoisse», Monsieur F. essaie plusieurs positions. Au bout d'un certain temps, il en isole une : la tête retombe sur la poitrine, vers le bas. Son cou devient rouge et il dit «j'y suis. Vous voyez, il suffit de peu de choses». A partir de la convergence de tous ces éléments, une première indication est donnée à Monsieur F. : se replier sur son cou comme il le fait spontanément (et dans le rêve), jusqu'au moment où il ressent «l'angoisse», sans toutefois tenter de la traverser. Dès qu'il est en contact avec cette zone de son corps qu'il connaît bien, nous lui demandons de redresser la tête lentement jusqu'à une position plus habituelle. Monsieur F. répète ce mouvement très lentement deux fois et s'endort. Il le reprend quelques secondes à son réveil et se rendort à nouveau. Puis il nous rapporte un rêve : «je suis au premier étage de ma maison et j'entends le chat faire un vacarme épouvantable en bas dans la cuisine. Je me penche par dessus la balustrade de l'escalier pour lui crier des bêtises. Je suis dans une colère noire». Puis il ajoute : «quand je suis en colère comme ça, j'ai immédiatement la boule dans la gorge, qui me serre». Le message du rêve confirme tout à fait les différents éléments déjà rapportés par Monsieur F. quant à sa gorge. La façon dont il se penche par dessus l'escalier nous donne une précision supplémentaire quant à l'angle de la tête sur le cou. Nous l'invitons à reprendre son mouvement, au même rythme, tenant compte de l'angle indiqué avec précision dans le récit du rêve. A nouveau Monsieur F. s'endort. A son réveil, il essaie de reprendre le mouvement mais il est pris de nausées et de sensations de vertige. Nous lui suggérons de sortir de la pièce et d'aller marcher «d'un bon pas». Le travail se termine ce jour là par une évocation de ce que serait la vie quotidienne «sans angoisse». Le lendemain, Monsieur F. arrive tout joyeux. Il dit avoir passé la soirée seul, «sans angoisse». Au cours de la

journée d'autres messages viennent préciser le travail. Des sensations nouvelles apparaissent au niveau de l'estomac. Monsieur F. dit se sentir «pour la première fois depuis longtemps» complètement présent. «J'ai même l'impression de voir les couleurs de cette pièce et le relief pour la première fois». Ce jour là, il décide de partir au début de l'après-midi : «mes jambes me démangent, j'ai envie d'aller faire un flipper et de me payer un bon repas. Je crois que j'en ai assez du mouvement».

Monsieur F. revient un mois plus tard participer à un week-end d'A.P.E. et nous indique que pendant deux semaines, à sa propre surprise, il a retrouvé le sommeil. Il s'est senti plus détendu, a invité des amis chez lui, et travaillé «sans se fatiguer». Ses relations, dit-il, ont été «plus simples et même chaleureuses». Ceci jusqu'à l'apparition d'une forte angine qu'il a soigné avec des antibiotiques. Dans les jours qui ont suivi, il dit avoir repris son comportement habituel d'ours solitaire et taciturne, «gorge serrée», «cigarettes et nuits sans sommeil».

Le travail reprend, davantage orienté vers les changements profonds que subirait sa vie s'il acceptait de renoncer à ses «angoisses». Monsieur F. évoque alors sa relation avec sa femme, timidement, apportant des éléments par bribes, avec réticence : «vous savez, nous sommes un vieux couple ... j'ai toujours eu du mal à lui parler ... elle est très belle vous savez et plus fine que moi ... j'aurais tant de choses à lui dire, mais quand je la vois, ma gorge se serre, les mots ne viennent pas ... ». Il envisage la possibilité de doser sa «détente», et de relâcher sa gorge seulement lorsqu'il se sent complètement en sécurité. Nous parlons de rythmes, de nuances, d'étapes ou de «paliers».

Parallèlement, le travail sur le «mouvement» proprement dit se poursuit en tenant compte de nouveaux messages. Dans ce travail, qu'il poursuit le plus souvent seul, Monsieur F. repère des «paliers». Il revient alors de lui-même sur son quotidien, prévoyant une nouvelle difficulté, ou évoquant simplement un changement de rythme.

Le mouvement développé par Monsieur F., s'il met en évidence la trace la plus ancienne

et la plus constante de son Etre ne peut être poursuivi sans tenir compte du contexte de vie. Par une réponse active à des messages corporels anciens, la personne qui vient en thérapie enclenche une dynamique qui la dérouté. Elle a souvent choisi d'aménager son quotidien en fonction d'un état qu'elle croyait permanent. Découvrir une nouvelle façon d'être bouleverse le plus souvent cet aménagement dont la forme a nécessité du temps et une «douleur» sur laquelle la personne hésite à revenir.

Brigitte L. est une jeune et jolie femme d'une trentaine d'années. Elle vient de quitter un poste très important dans une entreprise. Il y a encore six mois, elle était débordante de santé et de vitalité. Elle menait une vie indépendante qui lui plaisait.

Grande, mince, vêtue très élégamment, Brigitte L. laisse deviner, sous son maquillage, un visage ravagé. Elle se tient très droite, même assise, fume cigarette sur cigarette, parle vite, de façon hachée. «J'allais très bien, du moins je le croyais. Mon travail me passionnait et m'amenait à voyager beaucoup ... Je n'ai jamais eu envie de créer un foyer ... Je suis une fille libre. J'aime les grands espaces, les aventures, les nouvelles expériences ... Je ne vois pas comment je pourrais m'installer, je ne suis de nulle part ... Mon père était militaire, j'ai vécu au Maroc, en Indochine, à nouveau en Afrique, puis en Allemagne et en Belgique ... Presque à chaque nouveau pays, mon père faisait un enfant à une femme différente ... Il aimait beaucoup s'occuper de nous ... La seule période stable pour moi a été ces cinq années passées chez les bonnes sœurs, dans le Perche ... les ursulines, je crois ... Je n'ai jamais trouvé ces changements dramatiques et je n'avais sûrement pas pensé à consulter quelqu'un pour cela ...»

C'est une brusque cassure dans sa vie, six mois auparavant qui amène Brigitte L. à nous rencontrer en consultation, puis à participer à un week-end d'A.P.E. Tout a commencé par de fortes douleurs à l'estomac. On diagnostique un ulcère déjà bien formé, et deux autres, plus petits. A cette époque, elle se sent de plus en plus fatiguée. Elle néglige des signaux d'alarme qu'elle attribue à un surcroît de travail. Elle fume

énormément. Chaque «coup de pompe» est accompagné d'un «petit verre pour se remonter». Elle augmente aussi la consommation de café. Les nuits sont de plus en plus courtes. Elle est très agitée et fait beaucoup de cauchemars. Puis c'est, dit-elle, «la dépression». Elle prend des somnifères et de plus en plus d'alcool. Elle dit se réveiller le matin, la bouche pâteuse, encore plus lasse, avec l'impression que ses jambes refusent de la porter. Brigitte L. espère ses rencontres avec les hommes, ses relations sexuelles ne lui donnant plus aucun plaisir. Son estomac la fait de plus en plus souffrir. A cette époque, son médecin traitant lui impose un congé de longue durée. Nous parlons longuement de racines, de façons de se sentir au sol, et même de rythmes, tel celui de la transhumance. Elle rit : «moi, c'est mon plaisir d'être de partout et de nulle part ...»

Par ailleurs, plusieurs rêves viennent à confirmer le message chronique de l'estomac. Lors d'une investigation plus poussée, nous apprenons qu'elle a de violentes douleurs derrière la nuque, notamment le matin. Elle décrit par ailleurs la succession, pendant son enfance, de symptômes douloureux durant environ un an : une névralgie faciale, puis des otites, des bourdonnements d'oreilles, des troubles oculaires ... Le contrat est difficile à établir. Brigitte L. dit ne pas très bien voir sa responsabilité dans ce qui lui arrive : «j'étais heureuse moi, je ne demandais qu'à continuer dans cette voie». «Je ne sais pas au juste ce que je désire changer à ma vie», commente-t-elle. Finalement, nous tombons d'accord sur un point : «ce qui me préoccupe le plus, ce sont ces nuits épouvantables que je passe. Surtout, je veux pouvoir me réveiller le matin fraîche et calme et ne plus faire de cauchemars».

A partir de toutes ces indications, tant au plan du discours, qu'à celui du corps, du rêve et même du comportement (1), nous débutons un travail. Dans un premier temps, nous demandons à Brigitte L. de se replier sur son estomac. «Il ne s'agissait pas de vous faire mal. Il suffit de commencer à sentir cette zone de votre corps. Faites

(1) Le lieu estomac-terre est bien connu dans la philosophie chinoise et dans les thérapies corporelles.

le dans l'esprit d'aller écouter ce qu'il vous dit, avant même qu'il ne vous alerte à nouveau par la douleur...». Lorsqu'elle atteint la zone douloureuse, nous l'invitons à se relever lentement, en s'arrêtant à chaque fois qu'elle en a «assez» ou qu'elle en est distraite.

Brigitte L. travaille par toutes petites étapes. Elle reste quelques minutes la colonne pliée, se redresse lentement et part se promener, ceci durant toute la matinée. Au début de l'après-midi, elle exprime quelques doutes quant à ce type de travail. Puis elle reprend, selon le même rythme. Très vite, elle signale une forte douleur à la nuque en redressant le dos. Ce nouveau message vient modifier l'amplitude du mouvement. Celui-ci s'organise autour d'une zone plus étroite qui se situe entre la sensation à l'estomac et la douleur dans la nuque. A partir de là, les sensations se suivent à un rythme plus soutenu. Brigitte L. évoque d'abord des bourdonnements d'oreilles, puis de la salive plein la bouche, et en même temps les yeux qui «papillottent». Elle ouvre les yeux : «je vois tout trouble... Pourtant, je suis certaine de ne pas avoir besoin de lunettes». Petit à petit, surmontant ses réticences, elle apprend à laisser couler sa salive au lieu de la avaler. Elle fait part de son étonnement de retrouver successivement les différents lieux de ses «maladies anciennes». A la fin de la journée, Brigitte L. dit se sentir très fatiguée. Elle dort deux heures. A son réveil, elle manifeste son étonnement : «Vous êtes encore la?... J'ai l'impression d'avoir dormi une nuit complète... Je me sens reposée et je n'ai plus mal à l'estomac... J'ai faim, je crois que je vais aller dîner...»

Le lendemain, Brigitte L. arrive, peu maquillée, le visage détendu. «J'ai passé une très bonne nuit et je me suis réveillée toute fraîche ce matin,

c'est ce que je voulais... Je crois que notre contrat est rempli...». Elle demande quand même à reprendre son «mouvement» parce que «ça lui fait du bien» dit-elle et qu'«elle a très envie de voir ce qui va se passer de nouveau». Le travail se poursuit sur le mode de la veille. Elle termine la journée assez tôt, par l'évocation d'une vague de chaleur dans son estomac qui «rayonne jusque dans la poitrine».

Après ce week-end Brigitte L. décide de prendre des vacances. Nous la voyons à son retour : «C'est drôle, sur le moment, je n'ai pas compris que vous me fassiez tant parler de mes racines. Quand j'ai décidé de partir en vacances, je n'avais pas de but précis... et pourtant, je me suis surprise, au volant de ma voiture, faisant une sorte de pèlerinage à des lieux de mon enfance... le couvent où j'ai passé cinq ans, la maison de mes tantes, la plage où mon père nous amenait nous baigner quand il était en congé en France... Cela m'a fait beaucoup réfléchir sur la vie que je mène et que je crois aimer...». Puis elle enchaîne sur son «état». Elle dit avoir passé une période relativement calme. «Je ne suis jamais retombée aussi bas que j'étais ces derniers mois mais je me sens encore très fragile. Il m'arrive à nouveau de ne plus dormir ces temps-ci...». Elle manifeste le désir de reprendre son travail sur le mouvement : «c'est le moyen pour moi de retrouver mon intimité... Je ne comprends rien à ce travail que vous me faites faire. La dernière fois j'ai cru que c'était de la gymnastique ou une forme de relaxation... Ce n'est que quelques jours après que j'ai réalisé la portée que ça avait dans ma vie, en faisant ce voyage... Maintenant, je suis plus claire quant à ce que j'attends de vous... J'ai besoin que vous m'aidiez à trouver une base solide dans mon corps et surtout à poser les choix fondamentaux pour toutes les années qui me restent à vivre...».

Commentaires

L'objectif du patient et l'inscription corporelle de cet objectif

Dans les deux cas rapportés, les thérapeutes insistent pour que le patient pose un objectif. La

recherche et l'écoute de la demande du patient leur semblent de première importance. En aucun cas le symptôme présenté suffit à entraîner l'acte thérapeutique. D'une certaine façon, le changement auquel le patient aspire est laissé à son

énoncé. C'est le désir exprimé du changement qui entrainera la mise en route du processus thérapeutique proprement dit, sans que, pour autant, le thérapeute s'en tienne à ce seul désir premier de changement. Pour Brigitte L., par exemple, la description du cas se termine par une formulation nouvelle du désir du patient. Et il ne nous est pas dit si ce désir trouve sa satisfaction dans le cadre thérapeutique ou dans le quotidien de la personne concernée. Cependant, la demande est clairement exprimée : «je voudrais que vous m'aidiez à...»

Objectif ou demande posés, l'effort des thérapeutes se porte vers la lecture de cet objectif ou de cette démarche dans son inscription corporelle. L'«angoisse» de Monsieur F. est traduite par une sensation d'étouffement et par celle de la gorge «prise». Pour Brigitte L. la référence directe à l'estomac noyée dans un discours ayant trait au comportement, mais également la chronicité de cette sensation, autorisent le thérapeute à lire «directement» l'inscription corporelle de l'objectif posé.

Pour les des deux patients dont les cas nous sont décrits, les thérapeutes semblent établir une distinction entre le symptôme rapporté et l'inscription corporelle de l'objectif qu'ils aident à établir. En ce qui concerne Brigitte L., le symptôme est comportemental et l'inscription de l'objectif à «l'estomac».

«Message», «Mouvement» et principe de «Responsabilité».

L'inscription corporelle, dont on a dit qu'elle se différencie du symptôme rapporté, est nommée «message». Cette dénomination est dynamique dans la mesure où «message» implique «lecture» et éventuellement «réponse». Le message porte en lui sa dynamique propre. Ainsi pour Monsieur F., l'angoisse inscrite corporellement au niveau de l'estomac concerne effectivement cette zone mais elle implique également la tête qui «retombe sur la poitrine». C'est la recherche de l'inscription corporelle qui donne sa dynamique au message. Et, dans un cas comme dans l'autre, les interventions des thérapeutes consistent à conduire le patient à retrouver et reproduire la dynamique inscrite

dans le message. Cette dynamique est nommée «mouvement». Les patients sont invités à reproduire ce mouvement.

Tout se passe comme si le patient prenait alors en charge la manifestation de l'inscription corporelle en s'efforçant de la reproduire. Les indications relatives au déroulement du mouvement précisent qu'il s'agit de se rapprocher au plus près de l'inscription corporelle — vécue en termes de douleur — sans la provoquer et sans a fortiori la dépasser, puis de revenir lentement à la position habituelle. La dynamique prend généralement la forme d'un mouvement rythmique de flexion puis d'extension de la colonne vertébrale autour du lieu du message corporel, mouvement respiratoire d'ouverture-fermeture.

Les caractéristiques du mouvement, son lieu, son amplitude, son angulation par rapport à l'axe vertébral, son rythme et sa vitesse — sont précisées tout au long du travail par des éléments de niveaux symboliques différents — sensations corporelles, comportement, éléments dynamiques fournis par le récit du rêve.

Dans le cas de Monsieur F., le récit du rêve répétitif vient confirmer la localisation cervicale et la dynamique indiquée par le message corporel. Un autre rêve vient par la suite préciser l'amplitude et l'angulation du mouvement (2).

La vitesse du mouvement est généralement très lente ; elle participe à modifier l'état de conscience de la personne qui glisse souvent dans le sommeil. Ce mouvement et l'état de conscience qu'il induit, semblent créer des conditions favorables au passage et à l'articulation d'un mode de fonctionnement à un autre, d'une position fermée à une position ouverte, de l'espace intérieur de l'individu à son espace social, du vécu de la personne ici et maintenant à ses besoins fondamentaux...

(2) De nombreux aspects de la pratique de l'analyse psycho-énergétique sont ici simplement évoqués, ils font par ailleurs l'objet d'articles spécifiques ; en particulier, une étude consacrée au «message dynamique dans le récit du rêve récurrent» et une autre sur «la régulation du cycle du sommeil».

Il semble que répondre concrètement au message corporel, est aussi répondre au besoin fondamental qu'il représente. Le mouvement satisfait le besoin qui laisse la place à l'émergence d'un besoin nouveau, lequel prend forme selon un autre message (pour lequel il convient de trouver l'aspect différent du mouvement qui viendra le satisfaire) ou dans le discours où apparaît un besoin lisible à un niveau symbolique différent.

Ce sont généralement des besoins déjà exprimés antérieurement mais non satisfaits, ce qui explique la réapparition des manifestations anciennes qui les représentent (3).

Pour Monsieur F., «des messages nouveaux apparaissent au niveau de l'estomac», entraînant un prolongement du mouvement. Puis un besoin est exprimé dans les discours, «mes jambes me démangent...», qui trouvera satisfaction dans une promenade à pied... Pour Brigitte L., le besoin s'exprime dans la «décision de prendre des vacances», besoin qui sera effectivement satisfait et qui la conduira à retrouver ses «racines» (ce retour aux racines constituant en lui-même le besoin qui peut être considéré comme «fondamental» et dont l'expression s'est manifestée par le désir de «vacances» pour lesquelles Brigitte L. n'avait pas de but «précis»).

Cette articulation entre la mise en évidence du besoin, sa satisfaction, et l'émergence d'un besoin nouveau est semblable à celle décrite par la Psychologie et la Forme. Elle induit une attitude «responsable» vis à vis du besoin, «responsable» au sens ethymologique de «capable de répondre». De répondre, donc de satisfaire le besoin mis en évidence.

L'intervention minimale du thérapeute qui ne privilégie aucune cause.

Le thérapeute semble habile à lire les messages puis à agir en véritable «conseiller technique» pour aider à y répondre. Il convient de constater

(3) Les nerfs craniens sont essentiellement sollicités pour exprimer les besoins fondamentaux (dans le cas de Brigitte L., on voit réapparaître les manifestations des paires craniennes n° X, V, II, IX, VIII).

le respect développé vis à vis du patient et vis à vis du corps du patient. L'intervention du thérapeute est en ce sens minimale. L'inscription corporelle ne subit aucune transformation de par l'intervention manipulative directe du soignant. La douleur est «message» et nécessite «lecture» et «réponse» (et non point présence «diabolique» ou malsaine qu'il convient d'étouffer ou d'ex-traire).

Aucun élément du constat du patient n'est privilégié. Et lorsque ce constat inclut les causes au moyen desquelles le patient «explique» son état, aucune cause n'est retenue. L'attention des thérapeutes n'est pas causaliste au sens premier. Leur souci consiste à relever et à préciser l'intersection des différentes évocations symboliques incluant les causes considérées comme telles, dans une dimension symbolique autre, celle de la sensation corporelle à partir de laquelle leur habileté peut trouver son développement.

Absence de projet pour l'autre et respect du cheminement individuel.

Il est donc laissé au patient la responsabilité de la mise en évidence du besoin comme celle de la satisfaction de ce besoin qui peut s'en suivre. Brigitte L., par exemple, lance au thérapeute de nombreux «hameçons» (le fait de fumer beaucoup, la cassure professionnelle, le diagnostic d'ulcère à l'estomac, une tendance à «boire», une accoutumance à des «somnifères»...) auxquels celui-ci se garde de «mordre». La différence semble être établie entre le constat du patient (ayant trait à son état), et le désir du patient de modifier cet état. La nuance semble d'importance, le temps du constat préparant l'avènement de celui du désir de changement. Le thérapeute contribue sans aucun doute à la saturation de ce temps du constat pour conduire le patient à exprimer son désir. Il se garde cependant bien soigneusement de poser un projet pour le patient. Ainsi, les thérapeutes ne décident pas du problème à résoudre à partir des symptômes présentés par Brigitte L., ils laissent à Brigitte L. la décision. «Ce qui me préoccupe le plus...», Brigitte L. pose un choix parmi les symptômes qu'elle évoque. C'est sur la régularisation du cycle du sommeil que son choix se porte.

Le choix posé, le patient détermine du même coup le caractère et la vitesse du changement qu'il s'autorise lui-même. Ainsi avant d'en arriver aux «choix fondamentaux», Brigitte L. choisit-elle l'étape de la régularisation du cycle du

sommeil. Le thérapeute demeure respectueux face à ce double choix — celui de l'objectif et celui du caractère et de la vitesse du changement —, même s'ils peuvent lui apparaître dessiner un itinéraire sinueux.

Conclusion

L'écoute privilégiée des messages corporels semble déboucher sur une attitude thérapeutique particulière. Cette écoute induit un rapport soignant-soigné original. L'observation de ce rapport, à partir des seuls éléments dont nous disposons ici, met en lumière ce que l'on peut considérer comme les valeurs de cette approche. Tel est le principe de responsabilité ou l'intervention minimale. Ces valeurs situent cette approche hors de l'influence reichienne ou néo-reichienne bien qu'il s'agisse également du corps. Car le corps est ici envisagé en tant que niveau symbolique. Ce niveau symbolique souffre plus que d'autres de l'intervention de causes supposées liées à l'état de la personne — d'où l'attitude non-causaliste développée. Le discours à ce niveau symbolique peut également atteindre à une grande précision — pour autant que le thérapeute soit sensible à cette précision et riche d'une expérience semblable. Ce niveau symbolique rend également compte de la dynamique de la personne, dynamique qui appartient à la personne, dont elle répond.

Plusieurs années de travail clinique selon cette approche (élaborée dans sa forme première en 1977), révèlent que le changement intervenant chez le patient s'exprime le plus facilement en termes de rythmes et de cycles. Comme si la prise de conscience des cycles et leur régulation (cycle saisonnier, menstruel, cycle de sommeil...) constituait une réponse aux besoins fondamentaux sans laquelle toute autre intervention reste sans effet durable. Les cycles régularisés permettent à la personne de trouver et maintenir un équilibre dynamique entre les champs différents de son quotidien : social, intrapersonnel, interpersonnel.

Résumé

L'écoute privilégiée des messages corporels en thérapie caractérise l'approche dite «thérapie du mouvement essentiel» à laquelle il est fait brièvement allusion.

La description de deux cas cliniques, ceux de Monsieur F. et de Brigitte L., rend compte autant de l'attitude des thérapeutes vis à vis du patient — lorsque le thérapeute est concerné, par l'écoute des messages corporels, comme c'est ici le cas —, que du processus thérapeutique lui-même.

Les commentaires ayant trait à la description de cas soulignent :

- le souci pour le thérapeute de lire l'objectif du patient à quelque niveau symbolique que ce soit, puis à celui de l'inscription corporelle,*
- la notion de « message » - est ainsi nommée l'inscription corporelle qui induit celle de « lecture » et de « réponse au message »,*
- la notion de « mouvement » qui se confond avec la réponse au message,*
- l'articulation entre « message-lecture du message » et « réponse au message », posée en parallèle avec « besoin-prise de conscience du besoin » et « satisfaction de ce besoin »,*
- la responsabilité du patient dans toutes les étapes de cette articulation, sa « capacité à répondre », à identifier et satisfaire le besoin (Sa capacité à lire le message et à répondre, puis à poursuivre le « dialogue »,*
- l'espace non-causaliste de la démarche et l'intervention minimale du thérapeute,*
- enfin, l'attitude du thérapeute qui ne développe aucun projet pour le patient et qui de ce fait respecte la ligne du changement posée par le patient lui-même.*

*Hôpital de Saint-Vallier
26240 Saint-Vallier*

ALTILEV

Nortriptyline

Thymoanaleptique

Composition, Formes et Présentations

Comprimés sécables en 4, dosés à 50 mg de Nortriptyline chl. exprimé en base. Boîte de 25.
Gouttes à 4 % (1 goutte = 1 mg) de Nortriptyline chlorhydrate. Flacon de 20 ml.

Propriétés

Thymoanaleptique à composante anxiolytique. Les études pharmacologiques montrent que l'activité thymoanaleptique de la Nortriptyline est du même ordre que celle de l'imipramine et de l'Amitriptyline. Son action anxiolytique est plus marquée et son activité anticholinergique, moindre que celle de l'Amitriptyline. Ces propriétés suggèrent des effets neurovégétatifs moins importants et moins gênants en clinique.

Indications

Toutes les manifestations dépressives auxquelles s'associe une charge d'anxiété importante et en particulier :

Les états dépressifs névrotiques. Les dépressions réactionnelles. Les dépressions atypiques. Les dépressions au cours d'une psychose chronique. Les syndromes dépressifs dus aux traitements neuroleptiques. Les dépressions d'involution. Les mélancolies endogènes (psychoses maniaco-dépressives) et autres syndromes mélancoliques. Les syndromes psycho-somatiques.

Contre-indications

Celles habituelles en matière d'antidépresseurs tricycliques :

Ne jamais utiliser avec les IMAO et respecter un délai de 15 jours avant d'administrer l'ALTILEV après arrêt d'un traitement par un IMAO.

Glaucome, adénome prostatique, rétention d'urines, myasthénie, hypotension, insuffisance cardiaque et coronarienne.

En cas de grossesse reconnue, l'administration du produit, quoique non contre-indiquée de façon absolue, devra suivre les règles de prudence habituelles en matière de médicaments psychotropes.

Précautions

Une certaine somnolence peut parfois s'observer lors du traitement. Les conducteurs d'automobile et les utilisateurs de machines devront en tenir compte. L'absorption d'alcool pendant le traitement est formellement déconseillée.

L'association à des barbituriques, à d'autres tranquillisants ou neuroleptiques, voire à des hypnotiques non barbituriques, doit être faite avec prudence chez les malades ambulatoires. Les patients avec tendance suicidaire doivent être tout particulièrement surveillés en début de traitement. La prescription devra être attentive à ce que le patient n'ait pas à sa disposition une quantité excessive du produit.

Coût journalier : Adulte : comprimés 0,22 F à 3,56 F.
Sujet âgé et Adolescent : 0,22 F à 0,87 F.

Effets secondaires

Les effets secondaires de l'ALTILEV sont par ordre décroissant : sécheresse de la bouche, somnolence, excitation, irritabilité, insomnie, constipation, sensation vertigineuse, asthénie, troubles modérés et transitoires de l'accommodation, légers troubles d'incoordination motrice, troubles de la miction, palpitations, tachycardie, tendance lipothymique. Ces effets, peu fréquents et modérés en général, ont tendance à disparaître avec la poursuite du traitement.

Antidotes

Pas d'antidote spécifique. En cas d'intoxication massive : lavage ou aspiration gastrique. Traitement symptomatique avec assistance cardio-vasculaire. La constatation de troubles de conduction impose la perfusion de lactate de sodium molaire. Une surveillance de l'ionogramme et particulièrement de la kaliémie sera effectuée. Une épuration par diurèse "osmotique" peut être conseillée.

Posologie

La posologie quotidienne varie entre 25 et 300 mg selon les cas. Dans les dépressions de gravité moyenne elle est de 100 à 150 mg répartie en 2 ou 3 prises. La dose initiale utilisée est le plus souvent de 50 mg par jour avec une progression ultérieure variable selon la symptomatologie :

- augmentation de 50 mg tous les 2 ou 3 jours dans les affections dépressives sévères,
- augmentation de 50 mg tous les 5 à 7 jours dans les affections plus légères, notamment dans les dépressions névrotiques,
- augmentation plus prudente encore, dans les syndromes dépressifs du sujet âgé où l'on procède par paliers d'augmentation de 25 en 25 mg,
- à l'inverse, certains malades graves (essentiellement dépressions mélancoliques et syndromes connexes) peuvent recevoir d'emblée 100 mg ou même 150 mg par jour s'ils ont déjà été traités antérieurement par des dérivés tricycliques à hautes doses et que leur réactivité et leur tolérance à l'égard de ceux-ci sont connues.

La présentation de l'ALTILEV sous forme de comprimés sécables à 50 mg et de gouttes à 4 % (1 goutte = 1 mg) permet d'ajuster la posologie et le mode d'administration à chaque cas particulier.

Tableau A.

- Comprimés à 50 mg - 11.30 F + 0,40 F - S.S. 70 %
Coll. - A.M.M. 316 926-0
- Gouttes à 4 % (1 goutte = 1 mg) - 9.50 F + 0,40 F
S.S. 70 % - Coll. - A.M.M. 318 369-1 -
Hôpitaux
- Comprimés sécables à 50 mg : Boîte de 100.
- Gouttes à 4 % : Flacon de 100 ml.

LABORATOIRES SQUIBB 

28, boulevard du Parc - 92521 Neuilly-sur-Seine - Tél. : 747.11.32