13ème Congrès National

Nantes - Odyssee d'Orvault

30 sept. & 1er oct. 2016

SOIGNER LE CORPS

Le corps du malade et le corps de la médecine : un grand écart, une inquiétante étrangeté

Corpsyché

En partenariat avec Recherches et études Cliniques Nantaises

Vendredi 30 sept.

8h45 Ouverture : Modération : **Fabien JOLY - Marc RODRIGUEZ**

9h **Jean-Michel COQ**
Le Corps en Médecine … et les liens corps/psyché

9h30 **Bernard ANDRIEU**
Se soigner par son corps vivant : quelle médecine ?

10h15 Pause

10h45 **Danièle BRUN**
Prendre soin de soi aujourd'hui et de son corps numérisé ...

11h30 **Sophie MARINOPOULOS**
De la transparence corporelle à l'opacité du corps psychique

12h10 Discussion

12h30 Pause déjeuner

14h SYMPOSIUM I
L'inquiétante étrangeté du corps propre
Modération **Jérôme BOUTINAUD – Anne-Marie LATOUR**

14h **Karinne GUENICHE**
Le greffé et le greffon : une double étrangeté nécessaire ?
De l'altérité au risque de l'aliénation

14h30 **Agnès FERNANDEZ**
Psychomotricité et Sclérose En Plaques

15h **Géraldine FOREST**
Quand le cancer bouleverse l'être...
Reprendre corps en psychomotricité

15h30 Discussion

14h SYMPOSIUM II
Le corps souffrant
Modération **Marc RODRIGUEZ – René PERAN**

14h **Frédéric CORNE - Marie GUITTENY& équipe soignante des soins intensifs de pneumologie.**
Autour du corps du patient dépendant en soins intensifs : enjeux relationnels et inter-disciplinarité

14h30 **Christian HAULLE**
Le corps en psychiatrie de l'adolescent

15h **Lara LE CUNFF**
Souffrance périnatale et troubles de l'organisation tonico-motrice...

15h30 Discussion

16h15 Pause

16h30 **Conférence Plénière**
Modérateur/discutant : **René PERAN - Jean-Michel COQ**
David LE BRETON
Expérience de la douleur : anthropologie

17h10 Débat

17h30 Fin des travaux

Samedi 1 oct.

Matinée : Modération : **Isabelle PASCAL-CORDIER – Gaëtan MUNOZ**

9h Michèle LEVY-SOUSSAN
Le corps de la médecine face au patient en fin de vie ...

9h35 Anne-Brigitte LAMBERT
Epreuves corporelles extrêmes au cours de la maladie

10h10 Discussion

10h35 Pause

11h Patrick BEN SOUSSAN
Le malade du cancer est-il ou a-t-il un corps de souffrance ?

11h35 Bernard DUPLAN
La douleur : un affect du traumatique

12h10 Discussion

12h30 Pause déjeuner

Après midi : Modération : **Fabien JOLY - Jean-Michel COQ**

14h Rencontre avec Hubert HADDAD

15H Maria SQUILLANTE
Consultation conjointe dermatologue/pédopsychiatre: des histoires de peau

15h40 Jacques PRESS
Avoir un lieu d'où prendre conscience: espace psychique et maladie somatique

16h20 Discussion

16h45 Synthèse/Clôture

13ème Congrès National « Corps et Psyché »

SOIGNER LE CORPS

Nantes 30 septembre et 1er octobre 2016

Lorsque le corps dysfonctionne, qu'il confronte le sujet à la souffrance ou met son existence en péril, survient le recours à la médecine : auscultation, palpation, observation du praticien qui sait (ou saurait) quelque chose de son fonctionnement et de ses aléas, qui peut le percer, le trouer, l'ouvrir... Ce corps bio-anatomique, en partie interchangeable, n'est-il plus qu'un « corps-machine » qui se rappelle à nous quand les douleurs et la gêne mettent à mal la représentation d'un corps triomphant dans sa séduction et son fantasme d'immortalité.

Crée par une médecine occidentale, devenue au fil des siècles de plus en plus performante, ce corps s'inscrit dans une dualité avec la psyché, qu'il est bien difficile de remettre en cause.

La médecine fournit à de multiples reprises des images de notre propre corps. Ce poumon, ce coeur, sont nôtres, mais de la qualité de leur image découle un diagnostic qui nous fait passer de « bien-portants » à malades. Selon l'interprétation de ces images, nous pouvons quelques instants nous sentir associés au triomphe de la médecine occidentale, ou basculer dans l'angoisse et un sentiment « d'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Notre corps, si familier dans ses rythmes, ses éprouvés, ses constructions fantasmatiques, devient étrange et nous échappe.
Cet intérieur du corps dans lequel se loge la maladie est en effet un bien étrange assemblage de viscères, de réseaux de nerfs et de vaisseaux, mais ne sommes-nous que cela ?

Comment penser ce qui affecte le malade et son entourage ? Quelles sont les réorganisations psychiques nécessaires et les désorganisations que génèrent la maladie et les interventions médicales ?

Nous tenterons, tout au long de ce congrès national, d'apporter quelques pistes à ces nombreuses questions, afin d'en mieux cerner leurs enjeux psychiques. Témoignages, exposés théoriques et cliniques viendront nourrir une réflexion partagée entre psychistes et professionnels intervenant sur ce corps.

Jean-Michel COQ

Psychologue clinicien, Psychomotricien, Docteur en psychologie clinique, Maitre de Conférences
Université de Rouen - *Corps et Psyché*

Le corps en médecine... et les liens corps/psyché

Le corps en médecine connaît une croissance exponentielle dans la connaissance de son fonctionnement et les techniques d'interventions sur celui-ci. Né au XVIème siècle, de l'ouverture des cadavres, le corps anatomique s'est progressivement imposé comme l'un des principales source de développement de la médecine occidentale.
Ce corps bio-anatomique s'objective dans une pratique scientifique qui tend à le séparer de l'homme, il devient un « avoir », n'étant plus un « être », marquant ainsi une rupture anthropologique à travers « l'invention du corps moderne » (Le Breton, 1990) 1. De nombreux éléments de celui-ci sont même devenus interchangeable, non sans poser des questions d'identité à celui qui reçoit un organe venant d'une autre personne. Cette confrontation inévitable à un corps, que la médecine semble déshumaniser, pour le mieux soigner et réparer, crée ce sentiment d'inquiétante étrangeté (Freud,1920) 2, que des pratiques comme le prélèvement et la transplantation d'organes viennent révéler comme en étant une des situations extrême.
La médecine fournit même avant la naissance, puis tout au long de la vie, des images du corps, qui ne sont plus de simples planches anatomiques anonymes, mais des représentations objectivées de l'intérieur du corps. Cet intérieur dans lequel peut se loger la maladie, est en effet un bien étrange, assemblage de viscères, de réseaux de nerfs et de vaisseaux. Quelle place reste-il pour le corps subjectivé, le corps vécu, le corps en relation ? Pour les patients, les représentations fantasmatiques de ce dedans du corps recouvrent une autre réalité qui apparaît en décalage total avec une imagerie médicale toujours plus performante. Cette médecine dans laquelle la technique a pris une place essentielle, est cependant consciente des enjeux de la relation patient-soignant dans la dynamique thérapeutique. Le grand écart existant entre les représentations d'un corps de plus en plus objectivé et celles d'un corps vécu, perçu, fantasmé, n'est pas sans questionner les liens psyché-soma et la façon dont en ce début de XXIème siècle nous sommes à même de penser ce corps.

1 Le Breton D. (1990) Anthropologie du corps et modernité, Paris : Puf.

2 Freud S. (1920)

Bernard ANDRIEU

Philosophe - Professeur des Universités (STPAS), Université Paris Descartes - Directeur de l'EA 3625 TEC Techniques et enjeux du corps et directeur du GDRI 836 CNRS BE-PASA Body Ecology in Adapted sportive activities

Malade encore vivant : le corps-chronique

Tenir le journal de son corps, même malade et vieillissant, renverse l'expertise psychomotrice en nous faisant entendre la parole du sujet, devenu agent de sa thérapie psychologique : en s'écrivant, le malade ne se guérit pas de ses maladies somatiques mais rétablie une signification à son existence entre reliant les difficultés de la motricité de son corps vivant avec la perception qu'il en a dans ses vécus de consciences. La chronique du corps est devenue une figure contemporaine du récit de soi. Mais le corps-chronique nous fait basculer dans le point de vue vivant et vécu de la personne par elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

2013 La peur de l'orgasme, Dijon. Edition du Murmure
2015, Malade encore vivant, Dijon, Edition du Murmure
2016. Sentir son corps vivant, Emersiologie 1, Paris, Vrin.

Danièle BRUN

Psychanalyste - Professeur émérite des Universités - Paris

La féminité à l'aune du corps malade

Plutôt que de se demander ce qui pousse une femme à se révolter face à la maladie, on s'interrogera sur le sens que prend la découverte des grosseurs qui poussent en elle.
La perspective d'enlever ce qui pousse menace du même coup sa féminité.
Le corps, dans cette conjoncture, demeure le représentant privilégié de la féminité, avec ce que la femme y insuffle d'esprit et de créativité.
Il sera sous cet angle question de la sexualité féminine que Freud a longuement développée et parfois de façon univoque.

BIBLIOGRAPHIE

Mères majuscules, Paris, Odile Jacob, 2011
L'insidieuse malfaisance du père, Paris, Odile Jacob, 2013
Une part de soi dans la vie des autres, Paris, Odile Jacob, 2015
Rester freudien avec Lacan, Paris, Odile Jacob, 2015

Sophie MARINOPOULOS

Psychologue, Psychanalyste, Fondatrice de l'Association PPSP et de son lieu d'accueil *Les pâtes au beurre* - Nantes

De la transparence corporelle à l'opacité du corps psychique

Habiter son corps quand il est habité, là est l'inquiétant familier que chaque femme vit durant 266 jours allant de l'évidence au doute, du désir au rejet dans des mouvements psychiques inattendues tant par leurs formes que par leurs manifestations. A l'heure où la médecine a vaincu la fatalité biologique, faisant reculer la mort, détectant les maladies, les malformations, les handicaps, à l'heure où la femme s'en remet en toute confiance en nos techniques de pointe, que reste-t-il comme place pour l'expression de son être, pour l'auscultation de ses pensées, pour le partage de son vécu ! D'un corps à l'autre, où, de la transparence à l'opacité, questionne à partir de la clinique des femmes, comment on devient mère dans notre société d'aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

Marinopoulos S Dans l'intime des mères Editions Fayard 2005
Marinopoulos S Le corps bavard, Editions Fayard 2007
Marinopoulos S Le déni, Editions Yakapa 2007
Marinopoulos S et Nisand I 9 mois eceatera, Editions Fayard 2007
Marinopoulos S La vie ordinaire d'une mère meurtrière, Editions Fayard 2008
Marinopoulos S Dites-moi à quoi il joue je vous dirai comment il va, Editions LLL 2009
Marinopoulos S L'infanticide, le néonaticide, Editions Yakapa 2010
Marinopoulos S et Nisand I Elles accouchent et ne sont pas enceintes, Editions LLL 2011
Marinopoulos S Le carnet de santé psychique, Editions LLL 2013
Marinopoulos S-Wieworka M- Klein.E- Khalatbari A Que cherchons-nous dans nos origines, Editions Belin 2015
Marinopoulos S Ecoutez-moi grandir, Editions LLL à paraitre en septembre 2016

Karinne GUENICHE

Psychanalyste, Psychologue clinicienne (Hôpital Necker Enfants Malades, Paris) et Maître de Conférences, Université Sorbonne Paris Cité, USPC-PCPP, EA 4056, 71 avenue Edouard Vaillant 92100 Boulogne Billancourt

Le greffé et le greffon, une double étrangeté nécessaire ?

De l'altérité au risque de l'aliénation

La transplantation d'organe constitue une expérience de rencontre avec une altérité radicale. Elle convoque l'intrus, figure de l'extrême par excellence. Sur le plan psychique, c'est l'altérité et l'aliénation qui, sur le plan psychique, sont en cause. L'autre représenté par l'organe greffé (le greffon), est présent dans le sujet (le greffé). Pour continuer à vivre, la greffe d'organe impose une relation avec un hôte, un autre (« l'intrus »), étranger à soi-même, analogon paradigmatique de la figure de l'inconscient, « l'étranger dans notre maison ». L'expérience n'est pas neuve puisque si l'on suit la métapsychologie et la pratique analytique, la question de l'identité se joue toujours dans un rapport avec l'altérité, que ce soit sous la forme de l'identification, de l'incorporation, de l'introjection ou encore de cet autre en nous qu'est l'inconscient. L'opposition aliénation /séparation témoigne d'ailleurs bien du rôle de l'autre dans la constitution de soi. La greffe repose ce problème sous une forme d'abord corporelle puisque l'autre est présent sous cette modalité, puis psychique, puisque la question est d'être soi en contenant une part d'un autre implanté par l'instance tierce qu'est la médecine. Ainsi, la transplantation d'organe illustre de manière concrètement médicalisée, via l'irruption du réel biologique dans le monde fantasmatique du malade, la nécessité de la relation conflictuelle à l'autre (et ses avatars), pour que se construise ou se reconstruise une psyché animant un corps érogène pulsionnel.

BIBLIOGRAPHIE

Gueniche, K. (2000). Le je, de l'hôte à l'autre. Pour une étude psychanalytique des transplantés hépatiques, Paris, LHarmattan.
Gueniche, K. (2016). Psychopathologie de l'enfant, Paris, Armand Colin, 4ème édition.
Gueniche, K. (2012). Le corps dans tous ses extrêmes. L'identité (sexuée) au cœur des transformations du corps, In Estellon & Marty, Cliniques de l'extrême, Paris, chapitre 4, pp. 83-108, Armand Colin
Gueniche, K. (2014). La perversion est-elle anatomique ? In André, J. La perversion, encore, Paris, PUF, pp. 55-75.

Agnès FERNANDEZ

Psychomotricienne au CHU de Caen - Membre de l'association RBN SEP - Présidente de l'association *Corps en jeu* - Déléguée régionale de l'A.F.S.E.P. - Malade handicapée

PSYCHOMOTRICITE et SCLEROSE-en-PLAQUES

Mon propos : la relation au soi corporel dans les maladies neurologiques, (en passant par celle que je connais le mieux), et comment la psychomotricité peut permettre à ceux qui les vivent d'être encore sujet de leur corps et acteur de leur sort.

1) De quoi s'agit-il ?

La sclérose-en-plaques est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par des lésions du système nerveux central causées par un dysfonctionnement du système immunitaire. Elle peut donc concerner toutes les fonctions régies par le SNC : la motricité, le tonus, l'équilibre, la sensibilité superficielle et profonde, les sensorialités, certaines fonctions végétatives, les fonctions cognitives. Il s'agit d'une altération de ces fonctions, d'intensité variable et croissante, mais aussi d'anomalies telles que : des paresthésies souvent douloureuses et des spasticités. S'y ajoutent des troubles du sommeil et une fatigue de plus en plus invalidante, tant qu'elle constitue la principale plainte des patients.

La SEP est dite rémittente, quand elle évolue par poussées, suivies de récupération avec plus ou moins de séquelles, ou évolutive lorsque la progression de la maladie est continue. Dans la plupart des cas, les formes rémittentes deviennent secondairement évolutives après plusieurs années. Aucun traitement ne guérit la SEP. Depuis quelques années, des traitements ralentissent l'évolution des formes par poussées. Ils ne sont pas sans effets secondaires.

2) Qui en est atteint ?

C'est d'abord un adulte jeune (parfois un adolescent) ; deux fois sur trois, une femme. Des troubles étranges lui font apprendre le diagnostic d'une maladie invalidante, incurable et involutive, sans que nul ne puisse lui dire dans quel délai ni sous quelle forme elle va évoluer. Les nouveaux traitements peuvent éventuellement en ralentir le cours. Autant dire qu'il lui faut redéfinir ses projets de vie, de couple, (la maternité provoque des poussées), prendre des dispositions face aux troubles déjà ressentis, et en prévision de ceux qui peuvent, puis vont venir. Les symptômes s'accumulant et s'aggravant, la notion de handicap s'impose, avec tout ce qu'elle amène de pertes, renoncements, dépendance. On passe de « j'ai une maladie » à « je suis malade ». L'interruption de l'activité professionnelle survient en moyenne, neuf ans après le diagnostic.

La SEP va ainsi affecter le sujet agissant, ressentant, pensant, et instaurer un clivage progressif entre la personne et son corps, mettant à mal son unité psychomotrice. « Mon corps n'est plus tout-à-fait moi-même, il me trahit, m'échappe, me persécute, m'encombre. Je ne m'y reconnais plus. Et je sais que cela ira en empirant. »

3) La psychomotricité dans la prise-en-charge ?

Autour du neurologue et du généraliste, infirmier, kinésithérapeute, médecin de rééducation, souvent ergothérapeute, psychologue et orthophoniste peuvent travailler en réseau. Mais la psychomotricité n'est nullement mentionnée dans les bonnes pratiques et jamais prescrite. On ne peut que s'étonner de cette absence qui en dit long sur la méconnaissance qui entoure cette profession. Entre les acteurs des rééducations fonctionnelles et du soutien psychologique, le psychomotricien, ce spécialiste du « moi-corps » devrait, à mon sens, être un partenaire privilégié des soins concernant la SEP. Par son abord spécifique, le psychomotricien aura pour objet de remettre la personne en connexion avec son corps qui lui devient étrange, voire étranger, pas tant pour le maîtriser que pour le faire sien ou plutôt Soi, à nouveau Soi. Repartir à la découverte du ressentir pour s'y sentir être et pour agir en accord avec soi, malgré les entraves. Ce soin corporo-psychique où le sentir et le faire sont au service de l'identité, favorisera aussi une fonctionnalité plus aisée, car mieux conscientisée, mieux « habitée ». En un mot ce que le psychomotricien visera c'est de recréer l'unité psycho-corporelle avec ce corps qui défaille, c'est aider le patient à : mieux faire alliance avec son corps pour mieux vivre sa personne toute entière.

BIBLIOGRAPHIE

B.Lesage « Jalons pour une pratique psychocorporelle »

A.Tourbah « La SEP aujourd'hui et demain » (ed. John Libbey Eurotext)

Géraldine FOREST

Psychomotricienne, Service d'oncologie médicale, Centre Hospitalier Lyon-Sud.

Quand le cancer bouleverse l'être.... Reprendre corps en psychomotricité

« Cette maladie, elle vous ronge. »
« Avec ces métastases osseuses, je ne ressens mon corps que par ses douleurs, et si fragile, privé de ses appuis internes. »
« Les traitements, c'est une telle fatigue… vous vous sentez privé de vos forces vives, comme aspirer vers le fond. »
« Avec cette maladie, mon corps m'a trahi, je ne peux plus m'y sentir à l'abri, en sécurité, tout peut survenir »
« Mon corps, ma vie part en lambeaux. »

Paroles de malades, images fortes, exprimant toutes les atteintes au corps, meurtrissures infligées par le cancer et ses traitements, mais aussi l'impact ressenti au plus profond de leur être.
La maladie, et/ou les traitements génèrent un cortège de modifications corporelles bouleversant l'individu dans ses sensations, ses perceptions, l'image qu'il a de son corps, de lui-même, pouvant l'atteindre dans ses repères les plus intimes. Il évoque la vulnérabilité, l'envahissement, le morcellement parfois. Ce corps devient étrange, voir étranger. Il n'est plus reconnu comme un espace familier, sécure, pouvant devenir l'objet de toutes les attentions ou au contraire lieu de trahison, suscitant le rejet.
Et puis il y a tout ceux qui ne parlent pas, ne peuvent mettre en mots leur souffrance, mais la mettent en corps ; repli, prostration, régression, sidération corporelle et psychique.
Le sujet devenu malade, va rencontrer la médecine et ses prouesses techniques, tantôt porteuse de tous les espoirs dans son apparente toute-puissance, tantôt rendue à ses limites. Il va tour à tour lui confier pleinement son corps, lui qui « n'aurait pas su en préserver l'intégrité », ou bien s'en sentir dépossédé, réduit à l'état d'objet de soin.
Quel accompagnement du sujet dans son vécu corporel, peut proposer le psychomotricien dans un tel contexte ? Comment au travers de médiations comme la relaxation, la conscience respiratoire, le toucher-massage, les enveloppements, des mises en jeu sensori-motrices, la psychomotricité permet un travail sur la conscience corporelle, une certaine présence à soi, une écoute de son intériorité ? Aussi le patient peut-il à nouveau se réapproprier son corps, se relier avec ses points d'appui, ses ressources internes, s'inscrire dans une continuité d'existence, et reprendre corps.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

DESCHAMP Danièle (1997), Psychanalyse et cancer : au fil des mots…un autre regard, L'harmattan, Paris, 1997.
LAMBRICHS Louise L. (1995), Le livre de Pierre – Psychisme et cancer, Editions de la différence, Paris, 1995.
PIREYRE Eric (2011), Clinique de l'image du corps – Du vécu au concept, Dunod, Paris, 2011.
VERSPIEREN Patrick (1999), Face à celui qui meurt, Desclee de Brouwer, Paris, 1999.

Bande dessinée :

De l'air ! (2016), éditions ellipses, Scénario de COUREAULT E., RENTLER C., TORRECILLAS S. Dessins de BERNARDELLI N., CHATARD J.B., GIACOMINI F., JAMMES E., MARTIN M., PERROTIN E., POURROT C., ZAPATA A.

Articles :

DESCHAMP Danièle (2003), « Survivre, revivre…comme avant ? Ou raviver une vie au souffle du désir, au fil de la nécessité ? », Revue francophone psycho-oncologie, n°3, p.75-80.
RAYR-SALOMONOWICZ Sarah (2001), « Travail de deuil et de guérison : la traversée du cancer », Figures de la psychanalyse, n°4,1, p.77-83.
REICH Michel (2009), « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », travail présenté lors des 27ème journées de la société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008, L'information psychiatrique, Vol. 85, 3, p.247-254.

F.CORNE [1] (pneumologue)
M.GUITTENY [2] (psychiatre)
N.DANNA [1] **, A-S.SUIRE** [1] (aide-soignantes)
N.CHAUVEAU [1]**, N.CORNET-LEMOINE** [2] (infirmières)
F.LARGEAU [1] (kinésithérapeute)
A-B. LAMBERT [1] (psychologue)

[1] Unité de Soins Intensifs de Pneumologie, Service de Pneumologie (Pr F-X.BLANC), CHU de Nantes
[2] Unité de Psychiatrie de liaison, Service d'Addictologie et Psychiatrie de Liaison (Pr J-M.VANELLE, Dr S.PRETAGUT), CHU de Nantes

La relation soignant-soigné au cours de la prise en charge en soins intensifs fait l'objet d'un processus dynamique complexe en lien avec la thématique de la dépendance. Ces mouvements relationnels sont influencés, entre autres, par les contraintes du cadre des soins et par les modalités des interactions entre patient et soignants.
L'intensité de ces enjeux sera illustrée par la description médicale des étapes successives du parcours en soins intensifs : l'accueil du patient en détresse, la réalisation de soins souvent invasifs voire intrusifs chez un patient sans défense, la phase de sédation, les soins chez un patient artificiellement endormi, mais gardant une activité psychique, et le réveil dans ce « milieu attentatoire ».
Le corps, tout particulièrement ici, est réalité vécue, mais aussi image, symbole, représentation. Dans ce sens, l'équipe soignante témoignera de son expérience dans la rencontre avec le malade.
Sera également abordée, par la psychiatrie de liaison, la spécificité des manifestations psychiques en soins intensifs. Qu'elles soient à caractère psycho-organique, adaptatif ou psychopathologique, elles participent à la complexité de ces situations cliniques.
L'inter-disciplinarité, dans une approche intégrative, nous semble essentielle à la compréhension et l'optimisation de ces prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

Chahraoui K, Bioy A, Cras E, Gilles F, Laurent A, Valache B, Quenot JP. Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2011, 30 : 342-348.
Michaud L, Büla C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, Burnand B, the Delirium Guidelines Development Group. Delirium : Guidelines for general hospitals. Journal of Psychosomatic Research, 2007, 62 : 371-383.
Piot-Ziegler C. Le vécu des transplantés aux soins intensifs : regard normatif ou un autre regard sur les hallucinations ? Annales Médico-Psychologiques, 2011, 169 : 361-366.
Pochard F, Kentish-Barnes N, Azoulay E. Evaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. Réanimation, 2007, 16 : 533-537.
Vulser H, Airagnes G, Lahlou-Laforêt K, Galliot AM, Limosin F, Cholley B, Lemogne C, Consoli SM. Psychiatric consequences of intraoperative awareness : short review and case series. General Hospital Psychiatry, 2015, 37 : 94-95.

Christian HAULLE

Psychiatre, responsable du service de Pédopsychiatrie du Centre hospitalier de Saint Nazaire.

Le corps en psychiatrie de l'adolescent

A l'heure des scarifications et des défis par internet, la pratique des soins psychiques aux adolescents confronte massivement les intervenants « psys » au corps, au social et au culturel.
Les addictions et les prises de risque, mais aussi le sport, l'art et la mode, inventent des nouveaux langages corporels.
Ce faisant, les adolescents nous poussent à redécouvrir ce que nous n'aurions sans doute jamais dû oublier : une pratique médicale globale, bio-psycho-sociale, qui offre une grande place aux symptômes et aux signes du corps.
La qualité des soins en santé mentale peut grandement bénéficier de cette attention portée aux corps.
Toute l'histoire de la psychiatrie est d'ailleurs traversée par ces allers-retours entre le psychique et le somatique.
La mise en avant du corporel nous fournit des outils d'alliance thérapeutique et de travail psychique, en particulier chez ces jeunes dont toute l'énergie est mobilisée pour ne pas penser.
L'alter-mondialisme nous invite à « penser global et agir local » ; les adolescents du XXVIème siècle nous encouragent à réinventer une médecine globale et très individuelle, ouverte sur le monde, intéressée par la pensée et soucieuse du corps.

Lara LE CUNFF

Psychomotricienne en CAMPS polyvalent - Association *Les pâtes au beurre* – Nantes

Souffrance périnatale et troubles de l'organisation tonico-motrice...

A partir de l'étude de cas d'un enfant né prématurément présentant des troubles neuro-moteurs associés à une souffrance cérébrale néonatale, l'auteur nous propose de questionner d'un point de vue psychomoteur les troubles de la régulation tonique et des appuis corporels.

Une grossesse interrompue précocement et brutalement plonge le bébé et sa famille dans un univers catastrophique. A partir de vignettes cliniques retraçant le suivi en séance de psychomotricité d'un jeune garçon ayant vécu une souffrance périnatale, je proposerai une lecture des troubles tonico-moteurs présents dans sa deuxième année de vie. Après avoir distingué les troubles de l'investissement du corps des conséquences neurologiques de la souffrance périnatale, je tenterai de montrer l'importance du travail autour du dialogue tonique et comment à partir de cet accompagnement, le jeune enfant peut trouver des appuis dans la constitution d'une organisation corporelle plus fiable lui permettant de se tourner vers la communication. Enfin, je soulignerai l'intérêt d'une lecture à plusieurs dans la prévention et le soin apportés aux enfants et à leurs familles, bousculés à l'aube de la vie.

David LE BRETON

Professeur de sociologie à l'université de Strasbourg. Membre de l'Institut Universitaire de France.
Membre de l'Institut des Etudes Avancées de l'université de Strasbourg (USIAS)

Expériences de la douleur

La douleur est marquée par l'appartenance sociale et culturelle de l'individu et ce qu'il en fait. Au-delà, toute douleur transforme en profondeur pour le meilleur ou pour le pire l'homme qui en est frappé. Mais seules les circonstances qui l'enveloppent lui donnent sens en provoquant une somme plus ou moins grande de souffrance. Dans le contexte de la maladie, de l'accident ou d'une douleur rebelle, l'expérience est presque toujours celle d'une mutilation. L'individu est changé, mais surtout diminué, réduit à l'ombre de lui-même. Il n'est plus le même et sa peine est intense. Pourtant, même dans ces circonstances où la souffrance déborde la douleur, la question du sens introduit une modulation due à la qualité de l'entourage, aux appartenances sociales, culturelles, aux singularités personnelles, à l'image de techniques du corps qui permettent d'exercer un contrôle du ressenti (relaxation, imagerie mentale, hypnose, autohypnose, …). Une douleur choisie et contrôlée par une discipline personnelle dans un but de révélation de soi (sport, body art, suspensions, réalisation d'un tatouage, pose d'un piercing, etc.) ne contient qu'une parcelle dérisoire de souffrance, même si elle fait mal. Il reste à assumer une pénibilité supportable.

BIBLIOGRAPHIE

Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance (Métailié),
Anthropologie de la douleur (Métailié),
En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie (Métailié),
Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre (PUF, Quadrige).
Anthropologie du corps et modernité, (PUF, Quadrige).

Michèle LEVY-SOUSSAN

Interniste, soins palliatifs Pitié Salpetrière
Enseignant Éthique médicale, Médecine narrative UPMC
Chercheur associée Centre de Recherche Psychanalyse et Médecine

Le corps de la Médecine face au sujet en fin de vie

À l'ère de la mondialisation des connaissances et des applications techniques et scientifiques, à l'heure où les savoirs s'échangent et se construisent sur des preuves, le pouvoir de la médecine côtoie ses propres limites et fait émerger, parfois à leur insu, les croyances tant des médecins et des soignants que des patients et de leurs proches. La médecine contemporaine engendre de nouvelles formes de complexité par le développement de sa puissance technoscientifique toujours confrontée à ses propres limites. Entre autorité et incertitude, la relation médecin-malade connaît des moments critiques et c'est dans ce contexte que les figures actuelles du consentement doivent faire l'objet d'une attention renouvelée, qu'il puisse rester le garant d'une volonté que la liberté de l'autre soit.
Les instances qui régulent la pratique médicale visent à en réduire l'incertitude, et la conformation à leur exigence risque – par une réduction de la complexité – d'en oublier le sujet dans sa fragilité et les formes paradoxales du consentement. Le questionnement clinique, humain est infini, car l'enjeu derrière est bien de permettre à la personne soignée d'être pleinement présente dans la construction du processus de soins.
Ainsi, il est intéressant d'observer les transformations du rapport au corps opéré par le développement de la Médecine - l'examen clinique par lequel se construisait un toucher cède la place dans sa valeur informative à la biologie et l'imagerie ; et les patients souffrant de cancer ont fréquemment recours par eux-mêmes à des médecines complémentaires aux côté de la prise en charge spécifique de leur maladie. Les professionnels de santé hospitaliers (médecins, infirmières, psychologues…) ignorent pour la plupart ces approches psychocorporelles. Le développement des soins de support vise à aider le patient à vivre avec sa maladie et les traitements. La mobilisation des ressources propres du patient à travers différentes approches psycho-corporelles et langages artistiques permet de ne pas réduire le patient à sa maladie et est vecteur d'amélioration de la qualité de vie. La grammaire médicale se doit d'intégrer dans sa syntaxe scientifique un nouveau vocabulaire sensible- langage du corps.

BIBLIOGRAPHIE

Medecine et Psychanalyse Études freudiennes Hors Série
Michele Levy-Soussan : la relation thérapeutique entre autorité et incertitude 2012
Michele Levy-Soussan: anatomie de nos peurs 2015
Michele Levy-Soussan : « Cruauté dans le soin : Auscultation d'un oxymore » In « les figures de la cruauté - entre civilisation et barbarie » Ed In Press

Anne-Brigitte LAMBERT

Psychologue clinicienne – Services de Pneumologie, Soins Intensifs de Pneumologie et Unité de Transplantation Thoracique. Hôpital Laennec Nantes

Epreuves corporelles extrêmes dans la maladie grave : expérience du sujet en-corps

La maladie grave confronte le sujet à un corps vulnérable avec un risque de mort plus ou moins implicite mais aussi à des symptômes menaçant le sentiment d'identité du sujet : l'omniprésence excessive de douleur, les effractions traumatiques de l'enveloppe du corps ou de son intériorité, la maigreur, la fièvre élevée qui dure...Ces manifestations sont vécues comme extrêmes dès lors qu'elles contraignent le sujet à se sentir à la limite de lui-même, à la limite de de ses capacités humaines.

Dans ces moments, la détresse, l'effroi, le risque de déliaison pulsions de vie / pulsions de mort, le vécu d'effacement des limites dedans/dehors, la crainte d'effondrement sont de véritables épreuves somato-psychiques par rapport auxquelles le sujet met en oeuvre des défenses souvent radicales : au-delà de l'agressivité et des cris, la projection, la déréalisation, la chosification consentie du corps, etc...

C'est à partir de l'expression verbale et non verbale de patients suivis en attente de greffe pulmonaire en pneumologie, en réanimation ou encore en oncologie, et en m'appuyant sur les élaborations théoriques de S.Freud, W.D .Bion, D.Anzieu mais également sur quelques textes littéraires, que je tenterai de comprendre la nature de cette épreuve touchant à la corporéité, épreuve partagée avec et par l'équipe soignante.

Seuls le maintien de la relation à l'autre et le travail de subjectivation dans un cadre contenant, permettent d'espérer transformer ces épreuves en « expérience », dans le sens d'une connaissance de soi, tant pour les patients que pour les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

W.R.Bion : Aux sources de l'expérience.PUF..1979.

D.Anzieu : Le Moi-Peau.Dunod.1985.

S.Freud : « Esquisse d' une psychologie scientifique »in Naissance de la psychanalyse.

L.Croix : La douleur en soi . ERES.2002.

J.M.G. Le Clezio : Le jour où Beaumont fit connaissance avec sa douleur. Mercure de France.1985. La fièvre. Gallimard.1965.

M.Duras : la douleur.P.O.L.1989.

L.Tolstoï : La mort d'Ivan Ilitch.Stock.1989.

Patrick BEN SOUSSAN

Psychiatre, Responsable du Département de Psychologie Clinique, Institut Paoli-Calmettes, Marseille, Directeur de publication des revues Cancer(s)&psy(s) et Spirale, des collections 1001 Bébés, 1001 et +, L'Ailleurs du corps, aux éditions Erès.

Le malade du cancer est-il, ou a-t-il, un corps de souffrances ?

Hervé Guibert (La Règle du jeu, 1992), Claire Marin (Hors de moi, Allia, 2008), Jean-Luc Nancy (L'intrus, Galilée, 2000), reprennent à leur compte, dans leurs récits autobiographiques, l'assurance de Canguilhem (Ecrits sur la médecine, 2002) : « Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire. » Et Freud, tout au long de son œuvre, a tenté de penser les modalités de rapport dialectique que les deux domaines d'expérience du corporel et du psychique entretiennent entre eux. ; la traversée des ténèbres que représente la maladie cancéreuse.

Le projet de cette intervention est de questionner ces « discours de souffrance » (Roland Gori, 2002), que nous adressent les sujets, atteints dans leur corps par la maladie. Dans leur corps et leur psychisme aurions-nous pu ajouter, tant il est notoire que : « Mon corps est pensé en tant qu'il est un corps, mais ma pensée vient buter contre le fait qu'il est mon corps » (Gabriel Marcel, Etre et avoir, 1935).

Bernard DUPLAN

Chef de service en Rhumatologie (centre hospitalier Métropole Savoie Aix les Bains), Docteur en psychologie clinique

La douleur, un affect du traumatique

La douleur, qui représente dans huit cas sur dix le motif principal de demande de soins en médecine, peut être abordée par la pensée en tant que phénomène, phénomène appartenant à la nature. L'ambition d'acquérir une connaissance scientifique de la douleur requiert de l'isoler, de la décomposer en l'analysant, dans une perspective structuraliste. Mais celle de la soigner, de la penser, interdit d'ignorer qu'elle est portée par une personne insérée dans un environnement, avec lequel cette dernière se trouve en interaction permanente, de façon dynamique. De fait, la douleur se présente ordinairement à nous dans l'espace de la culture et toute tentative de penser la douleur sera nécessairement prise dans cette tension entre les champs de la nature et de la culture, comme Claude Lévi-Strauss ne cesse de nous le rappeler dans ses différents écrits d'anthropologie structurale.

Au-delà d'un symptôme habituellement perçu comme négatif et déficitaire, la douleur entre dans le cadre générique des affects (sensations, émotions, sentiments, passions), en tant que processus d'affectation sensori-motrice d'un sujet lors de sa confrontation à la douleur. Celle-ci possède à ce titre une dimension d'« affect-signal », alertant et informant le sujet devenu douloureux vis-à-vis d'un évènement ou d'une situation à valeur traumatique mais aussi une dimension d' « affect messager », alertant et informant l'objet (autre sujet) dans un processus d'adressage, ouvrant sur la clinique de la plainte. Face à ce processus (de devenir algique), le sujet met en place un processus (de devenir) antalgique, la chronicisation de la douleur pouvant alors être entendue comme une rupture d'équilibre entre ces deux processus.

Dans cette perspective dynamique, la douleur permet de fixer un envahissement traumatique du sujet, en le protégeant d'une désorganisation somatopsychique encore pire, mais elle le replace au sein d'éléments et de traces mnésiques caractéristiques des premiers temps de son développement sensori-moteur. La douleur chronique pourrait être considérée comme une tentative et un tenant lieu de représentation, avec tentative de réobjectalisation, éperdue et indéfinie tant qu'elle ne trouve pas de répondant satisfaisant. Cette dimension serait d'autant plus présente qu'il existe chez le sujet une atteinte narcissique identitaire ou des antécédents traumatiques précoces. La chronicité douloureuse réinterroge donc les liens entre affect et représentation, abordés en fonction de la réponse de l'objet, (ce dernier pouvant être considéré en tant qu'objet actuel, mais avec un renvoi permanent aux conditions de rencontre précoce entre sujet et objet).

D'abord reconnu à des traits posturaux et faciaux chez le bébé puis à des traits comportementaux et langagiers dans les dires des patients, l'affect douleur s'expérimente dans la relation transféro-contre-transférentielle qui s'établit. Celle-ci existe tout autant dans le tête-à-tête des consultations de la douleur que lors des hospitalisations, dans la relation que le patient établit avec le dispositif de soins qui l'accueille, dans un cadre considéré à la fois comme institution, comme équipe de personnes compétentes et dans une temporalité propre au patient. Le travail de soin intersubjectif avec chaque sujet douloureux devrait donc être réalisé au sein d'un dispositif de soins possédant les caractéristiques des dispositifs de soins précoces, de façon à devenir symbolisant pour le sujet. Ce dispositif de soins devrait être marqué par des possibilités d'accordage sensori-moteur lors de l'application des thérapeutiques, alors utilisées autant pour leur valeur de médiation thérapeutique que pour leur valeur antalgique intrinsèque.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAZ A.F., VANNOTTI M., PIGUET V., DESMEULES J. (1997), « Douleurs chroniques rebelles et aspects thérapeutiques de la relation médecin-malade », Cahiers Psychiatriques, 22.

ALLAZ A.F. (2003), Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques, Genève, Médecine et Hygiène.

BASZANGER (1995), Douleur et médecine, la fin d'un oubli, Paris, Seuil.

BERTHOZ A. (1997), « La stabilisation posturale », in Le sens du mouvement, Paris, Odile Jacob, 2013.

BOKANOWSKI T. (2011), « Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse », Le Carnet PSY, n° 155, pp. 41-45

BURLOUX G. (2004), Le corps et sa douleur, Paris, Dunod.

CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (2004), La réalité psychique. Psychanalyse, réel et trauma, Paris, Dunod.

CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (2006), La temporalité psychique. Psychanalyse, mémoire et pathologies du temps, Paris, Dunod.

CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (2008), Corps, acte et symbolisation, Bruxelles, De Boeck.

DEBRAY R. (2001), Epître à ceux qui somatisent, Paris, PUF.

DEL VOLGO M.J. (1997), La douleur du malade, Toulouse, Erès.

DUMET N. (2002), Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique, Paris, Dunod.

DUPLAN B., ROCHE J.F., MALLEN G. (2001), « Définition et évaluation de la dimension psychologique de la lombalgie », Rev Rhum [Ed Fr], Paris, Elsevier, 68, pp. 141-144.

FERENCZI S. (1919), « Psychanalyse des névroses de guerre », Psychanalyse III, œuvres complètes, Paris, Payot, 1974, pp. 27-43.

FERENCZI S. (1926), « Les névroses d'organe et leur traitement », Psychanalyse III, Œuvres complètes, Paris, Payot, 1974, pp. 373-378.

FERENCZI S. (1931-1932), « Réflexion sur le traumatisme » Tome IV, Œuvres complètes, Paris, Payot, 1982.

FREUD S. (1895), « Esquisse pour une psychologie scientifique », La naissance de la psychanalyse, Paris, PUF, 1973, pp. 307-396.

FREUD S., BREUER J. (1895), Études sur l'hystérie, Paris, PUF, 1973.

GARDOU C. (2005), « Frida Kahlo : de la douleur de vivre à la fièvre de peindre », Reliance, Erès, pp. 4-18.

GREEN A. (1985), « Réflexions libres sur la représentation de l'affect », Revue Française de Psychanalyse, 49, pp. 773-788.

MAC DOUGALL J. (1978), Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard, 2009.

MAC DOUGALL J. (1982), Théâtres du jeu, Paris, Gallimard, 1998.

ROUSSILLON R. (2013), « Le corps comme médiation médium malléable ; Médiation danse et équithérapie », A. BRUN, B. CHOUVIER, R. ROUSSILLON, Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod.

Dr Maria SQUILLANTE
Pédopsychiatre, praticien hospitalier, CHU Nantes

Consultation conjointe dermatologue/pédopsychiatre : des histoires de peau

Pendant quelques années j'ai assuré avec le Dr Dupré, dermatologue, des consultations conjointes au sein du service de dermatologie du Pr Misery au CHU de Brest.
Ces consultations consacrées aux enfants se sont inscrites dans le projet global du service à côté d'une consultation conjointe psychiatre dermatologue qui a eu, au fil du temps, de nombreux développements théoriques et cliniques.

La consultation conjointe repose sur la conviction d'une étiologie complexe qui n'est pas donnée à priori, selon laquelle des facteurs génétiques immunologiques allergiques n'excluent pas le rôle des événements de vie, du stress, des particularités de l'interaction précoce, des traumatismes psychiques etc.
Notre présence conjointe témoigne à nos patients que nous sommes attentives à l'intrication du corps et du psychisme, que nous ne choisissons pas l'un au détriment de l'autre mais nous mettons l'accent sur leur articulation.
La définition du cadre de la consultation, le respect mutuel des compétences de deux thérapeutes et leur capacité d'interaction sont les principaux facteurs du fonctionnement dynamique de cette consultation.
Consultation que nous avons voulue, à chaque fois que possible, lieu thérapeutique aussi bien du point de vue dermatologique que psychologique.
La lecture des particularités du cadre ainsi que celle de la clinique s'est appuyé sur ce que des auteurs comme Winnicott, E Bick, D Anzieu et J Laplanche nous ont apporté.

Le récit des cas cliniques vient illustrer mon propos et tente de s'approcher de ce qui est dit par le Dr Sylvie Consoli, qui a beaucoup œuvré dans le champ de la psychodermatologie : « le psychanalyste doit acquérir une grande disponibilité non seulement psychique mais aussi corporelle pour éprouver dans son propre corps, sur sa peau, les difficultés de son malade puis les transformer symboliquement par ce qu'il va en dire à son patient ».
En quelques mots, cette approche nécessite qu'on se laisse toucher par l'atteinte à la surface puis à partir de là contribuer à l'élaboration, à la reconstruction, à la réparation.

Jacques PRESS

Psychanalyste et Psychosomaticien - Membre formateur de la Société Suisse de Psychanalyse - Président de la «working party on psychosomatics» de la Fédération Européenne de Psychanalyse et ancien président de l'Association Genevoise de Psychosomatique (Genève Suisse)

Avoir un lieu d'où prendre conscience : espace psychique et maladie somatique

Autant l'Occident a de la difficulté à penser l'être humain dans sa globalité et comme une unité psychosomatique, autant cette unité apparaît, de manière paradoxale, à la fois comme un donné présent dès la naissance et comme un acquis conquis de haute lutte au cours du développement de l'individu. Je défendrai l'idée que cet acquis passe par la constitution d'un lieu et d'un espace psychiques qui soient en même des espaces d'intégration pulsionnelle et psychosomatique. M'appuyant sur des exemples cliniques, je montrerai comment différentes formes de somatisation pourraient survenir selon qu'un tel lieu est mis en danger ou n'a pu advenir. Sa (re)construction constituerait souvent l'un des enjeux majeurs du traitement chez les patients somatisants.

BIBLIOGRAPHIE

FAIN M (1971) « Prélude à la Vie Fantasmatique », Rev. Franç. Psychanal. 36 ; 291-364.
FREUD S (1908). « La création littéraire et le rêve éveillé », G.W. VII. Trad. M. Bonaparte et E. Marty in Essais de Psychanalyse Appliquée, Paris, Gallimard, 1933.
FREUD S (1920). Au-delà du Principe de Plaisir, G.W. XIII, O.C.P. XV.
FREUD S (1932). 29ème Leçon « Révision de la doctrine du rêve » in : Nouvelle Suite de Leçons d'Introduction à la Psychanalyse, G.W. XV, O.C.P. XIX.
MARTY P 1976. Les mouvements individuels de vie et de mort. Paris, Payot.
MARTY P (1980). L'ordre psychosomatique. Paris, Payot.
PRESS J (2010). La construction du sens. Paris, PUF, coll. Le fil rouge.
OGDEN T ((2005). This Art of Psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. Routledge, Hove and New-York.
WINNICOTT DW (1971). Jeu et Réalité, trad. fr. C. Monod. Paris, Gallimard, 1975.
ZWEIG S (1943) [1981]. Le Joueur d'échecs. Paris, Stock.

NOTES :

INFORMATIONS

Association

Corp Syché

Le boscalichet 43620 St Pal de Mons
corpsetpsyche@yahoo.fr
www.corpsetpsyche.fr
www.facebook.com/corpsetpsyche/
Tél. : 07.62.33.20.03

Lieu

NANTES
Odyssée d'Orvault