

Psychobiologie du patient, effets du ressenti sur le soma

BASSET-VARINARD N, MK., ergothérapeute, 16 av Rockefeller, 69008 Lyon

RÉSUMÉ : le langage du corps est l'expression de l'inconscient. Derrière le symptôme se cache un ressenti lié à un choc générateur de conflits.

MOTS CLEFS :

choc vécu, ressenti, conflit, mois biologiques de survie, somatisation, symptôme

Le vivant s'inscrit dans une réalité biologique dont les besoins suivent les étapes du développement psycho-affectif.

Le Dr Geerd Hamer en 1980, cependant controversé par ses pairs, mettait en évidence la présence de foyers cérébraux, images concentriques visibles au scanner, signes de la stimulation d'un relais cérébral, en fonction du choc vécu.

Le Dr Claude Sabbah, en 1990 découvrait l'existence de cycles biologiques cellulaires mémorisés. Il s'est intéressé au concept fondamental du projet-sens, rapport des symptômes d'aujourd'hui avec les événements marquants de vie.

Tous les êtres vivants obéissent aux mêmes lois biologiques dont la principale est la survie de l'espèce, suivie par la loi de survie de l'individu.

Les besoins biologiques et psychoaffectifs de l'humain, satisfaits ou non satisfaits, gouvernent ses réactions d'adaptation, conditionnent son équilibre.

Citons par exemple les besoins de survie, de sécurité, d'estime de soi.

La notion de réaction psychosomatique sous entend l'unité fondamentale du vivant, qui s'exprime de mille manières, par l'intermédiaire du psychisme, des émotions, du corps ou des maladies.

Lorsque l'on dit dans le langage populaire : « cette situation est indigeste », « ça sent mauvais », il y a dans le verbe l'expression d'un mal exprimé par un organe.

L'humain est une unité indissociable composée de quatre réalités inséparables :

Organique, cérébrale, psychique, énergétique.

Nous écoutons avec nos oreilles, nous regardons avec nos yeux, nous décodons avec notre cerveau mais aussi avec notre ressenti personnel.

Le choc est à l'origine de tout symptôme, qu'il soit physique ou psychique : il s'agit d'un événement extérieur survenu à un moment précis et qui est perçu par nos sens.

Pour se transformer en symptôme, il doit répondre à quatre critères :

Il est dramatique, inattendu, vécu dans l'isolement et sans solution durable satisfaisante.

Là intervient la notion de terrain de l'individu, à savoir son vécu antérieur conditionnant son inconscient.

Le stress inconscient vient de l'enfance et s'accumule depuis la naissance. Il est à l'origine des conflits dits « programmants ».

L'accumulation de ceux-ci construira les capacités d'adaptation de l'humain aux nouveaux stress venus de l'extérieur, ou événements de vie.

Intervient en outre la notion de masse conflictuelle, fonction de l'intensité du drame, de l'isolement subi et de l'inattendu, de sa durée sans solution, sur un terrain plus ou moins fragilisé : un conflit de faible intensité et de courte durée sera vite résolu.

Un choc très intense, ou un traumatisme perturbateur sur une certaine durée seront source de déstabilisation mettant en péril l'équilibre psychophysiologique de la personne.

C'est ainsi que dans la suite d'un choc physique le patient recevra différemment les possibles événements. Son ressenti sera fonction de ses propres valeurs, concernant par exemple l'identité, la dévalorisation, la rancœur, la séparation.

Si ses moyens de défense sont dépassés, il demeurera dans une problématique consciente ou inconsciente corrélée à sa propre carte du monde, sa réalité biologique.

Son propre vécu lui fera interpréter dans son corps les événements suivant le moment du choc. En fonction de son interprétation biologique il réagira inconsciemment aux stress suivants.

Il sera capable notamment de cumuler à un stress de diagnostic une somatisation qui viendra aggraver son état.

Ses capteurs neurovégétatifs transformeront l'information venue de l'extérieur en réalité biologique, son moyen de défense à l'agression, se traduisant sous forme de symptôme.

C'est ainsi que suite à une parole entendue il fera de l'acide à l'estomac ou que par ressenti de dévalorisation il se décalcifiera.

Le choc est le catalyseur qui provoque la mise en maladie ou biologisation, le conflit extérieur devenant conflit intérieur.

L'état de santé n'est pas un état mais un mouvement d'adaptation permanente au réel.

Nos besoins fondamentaux sont stables et il y a une réalité extérieure qui change en permanence.

Si nous ne trouvons pas de solution consciente et volontaire, c'est la biologie qui se charge de trouver une solution inconsciente et involontaire.

Avant même qu'il y ait choc, certaines personnes ont une incapacité fondamentale acquise à réagir, que cela soit ressenti comme une peur, un interdit, un jugement. Le choc réactive un conflit ancien non résolu et caché.

Il y a chez elles une incapacité à adaptation complexe, une inhibition, une forme de renoncement ou de capitulation.

Derrière le symptôme se cache un ressenti lié à un traumatisme qui peut être unique, ou une accumulation d'événements programmants ajoutés. La mise en évidence de la source du conflit peut alors être complexe voire impossible, représentant une véritable toile d'araignée.

Les conflits pourraient être symbolisés par des verrous. Si nous ouvrons l'un d'eux et qu'il en reste d'autres, la porte reste fermée.

Si sur ce terrain là nous, thérapeutes, ajoutons par notre attitude un sur-stress, il s'en suivra pour le patient une forte déstabilisation que nous pourrions ne pas soupçonner.

Sauf si nous sommes attentifs aux détails de ses paroles, de ses attitudes, de ses regards.

Le langage du corps nous aide à comprendre ce qui peut venir de l'inconscient, les mots notamment peuvent être lourds de sens.

Par exemple une phrase introduite par « si vous permettez », nous signifie le manque d'assurance de notre interlocuteur.

Il en va par tout cela qu'il est prépondérant pour nous d'écouter le patient, de l'observer, de nous dispenser des affirmations autoritaires qui pourraient renforcer ses inhibitions.

Nous saurons plus justement l'accompagner à s'exprimer par nos questionnements discrets, le soutenir dans son symptôme en le comprenant, en reformulant notamment ses propres paroles pour leur faire prendre sens.

Il faut présumer ses peurs liées à des croyances et à son interprétation du diagnostic,

Lui donner l'occasion de verbaliser la teneur du traumatisme et ses éventuels rappels du passé. Il faut savoir parler de l'avenir en termes acceptables pour gérer au mieux le présent.

Il ne peut y avoir de guérison que si le patient est libéré de ses inhibitions.

Mieux vaut donc pour le thérapeute d'être curieux et complice que trop sûr de soi.

Nous soulèverons pour conclure la question de l'algodystrophie.

Aucun profil psychologique ne lui est attaché. Il nous est pourtant apparu qu'un ressenti de dévalorisation plus ou moins marquant pourrait être un dénominateur commun à explorer: Tant au niveau du vécu présent que de la mémoire inconsciente.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE NON RÉFÉRENCÉE DANS LE TEXTE

- Fleche Ch, *Décodages biologiques des maladies*, Ed Souffle d'Or, 2000.
- Athias, G, *Les racines de la « mal à dit »*, Ed Psychobiologie, 2000.
- Martel J., *Le grand dictionnaire des malaises et des maladies*, Ed Quintessence, 2000.
- Rossi E.L., *Psychobiologie de la guérison*, Ed Souffle d'Or, 2001.
- Dransart Ph., *La maladie cherche à me guérir*, Ed Mercure Dauphinois, 2000.
- Sellam S., *Origine et prévention des maladies*, Ed Quintessence, 1999.