



Laura et la douleur du passé

Ludivine Thiercelet

► To cite this version:

Ludivine Thiercelet. Laura et la douleur du passé. Psychologie et comportements. 2013. dumas-01023910

HAL Id: dumas-01023910

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01023910>

Submitted on 15 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPÊTRIÈRE
ET SERVICE FORMATION CONTINUE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
« Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »**

Membres du Jury de Septembre 2013 :

**Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Jean Benjamin STORA,
Catherine Jannet, Stéphane Flamant, Michael Stora.**

Laura et la douleur du passé

Mémoire de Psychosomatique présenté par Thiercelet Ludivine

Jury du Jeudi 19 Septembre 2013

Remerciements

Cette année passée à assister et à participer aux enseignements du Diplôme Universitaire de Psychosomatique Intégrative a été accompagnée de belles rencontres qui, par leur tonalité bienveillante et passionnée, m'ont permis de m'enrichir tant d'un point de vue personnel que professionnel.

Je tiens à remercier en retour de cette belle année :

- Particulièrement et chaleureusement le Professeur Jean-Benjamin Stora pour avoir fait naître cette riche formation. Je l'ai écouté avec grand intérêt et passion. Merci d'avoir répondu à mes nombreux questionnements sur les souffrances du corps et de l'esprit ;
- Merci à tous les intervenants de ce D.U pour m'avoir transmis leur savoir, fait partager leur pratique, et pour leur ouverture d'esprit ;
- Merci également à tous mes collègues et camarades de formation pour leur sympathie et leur disponibilité ;
- Merci à mes parents et à mon ami pour m'avoir soutenue dans cette formation.

*A tous ceux qui souffrent dans leur esprit et dans leur corps,
Que vos douleurs soient entendues et reconnues !*

Introduction

Il me semble nécessaire avant de présenter et d'exposer mon travail d'analyse en psychosomatique intégrative, de situer et d'expliquer mon parcours personnel et professionnel afin de percevoir la logique de mes réflexions et de mes questionnements quant aux personnes bouleversées tant psychiquement que somatiquement.

Psychologue clinicienne diplômée à l'Université de Nancy 2 en Psychopathologie de l'adulte, je rencontre, depuis mes stages observationnels et professionnels et depuis ma pratique au sein d'un Centre de Psychiatrie générale, des individus qui demandent à rencontrer un psychologue pour différents problèmes rencontrés précocement ou tardivement dans leur histoire de vie et qui exposent régulièrement des plaintes somatiques en tout genre ! Généralement, les patients sont reçus en tant qu'être perturbé voire traumatisé psychiquement mais jamais en tant qu'être souffrant somatiquement. Le soma est laissé pour compte en psychologie et confié volontiers au corps médical. Certes, les médecins ont une formation complète et riche en maladies du corps. Mais il reste une ambiguïté à travers la prise en charge des patients : le corps médical et les « professionnels de l'esprit » travaillent de façon clivée comme si le corps et l'esprit était dichotomisés ! Or, lorsque nous regardons l'être humain, nous voyons un être parfaitement intègre et entier ! J'ai tenté à plusieurs reprises d'aborder la sphère psychosomatique auprès de mes collègues. Malheureusement, très souvent mes essais se sont soldés par un échec. Le patient est systématiquement soigné par le médecin à travers une médication et par le psychologue à travers une psychothérapie sans imbrication possible des valeurs professionnelles. Lors de mes accompagnements et prises en charge psychologiques, je me suis donc seule questionnée sur les plaintes somatiques verbalisées directement ou tacitement par les patients. Pourquoi une blessure, une cicatrice, une douleur était-elle exprimée par le corps, corps que je ressentais à cet instant comme signe d'une histoire et d'un passé difficile ? Et pourquoi le corps s'exprimait-il de cette façon (troubles respiratoires, infectieux, neurologiques...) ?

Je me suis davantage penchée sur la symbolique de chaque partie du corps et de chaque atteinte somatique. Mais cela était beaucoup plus compliqué que cela ne semblait l'être. Ce n'était pas aussi systématique. Néanmoins, des similitudes somatiques apparues chez certains patients porteurs d'une histoire relativement similaire. Puis, j'ai regardé autour de moi, dans mon environnement proche et étendu : à mon grand étonnement, j'ai remarqué

que chaque personne présente des symptômes organiques plus ou moins importants et plus ou moins anciens et que chacun y formule une plainte ... et je m'y inclus moi-même ! Certains présentent des maladies imposantes comme l'hypertension artérielle, d'autres ont été soignés d'un cancer, d'autres présentent des symptômes migraineux depuis plusieurs années ... A cela, je rajouterais que ce qui est le plus déstabilisant est la tendance masochiste qu'on retrouve dans une grande majorité de ces individus : ils acceptent et subissent les douleurs, les dérèglements somatiques, les dysfonctionnements organiques sans se poser la moindre question. Ils restent, en quelque sorte, des assistés du corps médical en évitant toute responsabilité.

Après toutes ces observations et ces réflexions, j'ai ressenti le besoin de comprendre en pratique l'origine et la composante de ces désordres somatiques.

J'aimerais faire connaître une « science » envers laquelle je ressens un vif intérêt et que je vis avec passion : la Naturopathie. Pour la Fenahman, la fédération française de naturopathie, c'est « *une médecine non conventionnelle englobant l'étude, la connaissance, l'enseignement et l'application des Lois de la vie afin de maintenir, retrouver, optimiser la santé par des moyens naturels. Elle repose sur dix agents naturels de santé fondés sur le principe de l'énergie vitale de l'organisme. Fondée sur une vision dite holistique, elle affirme à appréhender chaque individu en englobant les différents plans de l'être humain, physique, émotionnel, psychique, énergétique et en le plaçant au sein d'une écologie socio-culturelle et environnementale* »¹. Cette discipline commence à connaître un véritable succès en France mais connaît les aléas de toute « science » imbriquant dans une espace commun les différentes composantes de l'être humain. J'en parle ici car je constate un parallèle important entre le DU de psychosomatique intégrative du Pr. Stora et la naturopathie : pour moi, ce sont deux disciplines nécessaires à une prise en charge **holistique** des patients : je répète, les patients sont des individus **intègres** et les accompagner avec des soins parsemés et clivés ne peut répondre efficacement à leur demande.

Enfin, j'ajouterais qu'une partie de mon vécu est grandement à l'origine de mon désir d'apprendre une méthode d'évaluation de psychosomatique : ma relation avec mon père. Après une vie difficile, un travail éreintant et une maladie qui ne cesse de s'exprimer, mon ambition de répondre aux questionnements du corps s'est imposée.

¹ Kieffer, D. (2010). *Naturopathie*. Grancher : Paris

Résumé

Ce mémoire présente l'histoire de vie de Laura, femme de 50 ans, que je suis depuis un an dont la demande a été verbalisée à la suite de son divorce. Laura décrit une panoplie de maladies si importante qu'on ne peut croire à son existence réelle : rhumatisme psoriasique inflammatoire, psoriasis, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite inflammatoire et fibromyalgie, pour elle une maladie centrale ... Les douleurs s'expriment par la peau et l'inflammation, signe d'une agression extérieure du Moi. Malgré cette longue liste paraissant quelque peu illusoire, l'apparence externe de Laura ne détrompe pas sur la souffrance corporelle : elle se déplace très difficilement. Ses postures sont fixes, sans mouvement et elle tient son sac serré contre elle. En effet, Laura a été victime d'abus sexuels intra-familiaux dans son enfance par son oncle maternel de 9 à 15 ans. Puis le traumatisme s'est répété lors d'une agression physique pour vol de sac à la sortie de son travail, période à laquelle a été posé le diagnostic de fibromyalgie. Je comprends mieux pourquoi Laura serre autant son sac !

Laura a des parents très aimant : une mère protectrice et un père bienveillant. Laura était donc armée d'un pare-excitation dès son plus jeune âge mais qui n'a pu remplir totalement son rôle face une atteinte traumatique aussi puissante. Elle a entretenu des relations difficiles avec les hommes renvoyaient à l'image phallique destructrice de son oncle. Malgré les atteintes douloureuses du psychisme et du corps, un élan de vie, que j'appellerais, une tentative de résilience semble avoir existé lors du désir d'enfantement de Laura ce qui a pu, a minima, tendre vers une réparation narcissique. Le Moi de Laura est très carencé, il agit à travers la pensée opératoire avec de nombreuses défenses sublimatoires, ses activités artistiques. Des cauchemars persistent, signe du trauma non élaboré. Laura est aujourd'hui à la recherche d'un espace contenant et sécurisant, d'une revalorisation narcissique.

Mots-clés : agression sexuelle ; traumatisme ; fibromyalgie ; pensée opératoire

I. La douleur

1. Approche psychologique de la douleur

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) (1979) comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou encore décrite dans des termes évoquant une telle lésion* »². Plus qu'une sensation, la douleur est une émotion qui peut exister sans lésion tissulaire. Il ne faut donc pas nécessairement une atteinte tissulaire pour ressentir la douleur. La notion de douleur est loin d'être uniquement une atteinte du corps : elle est aussi atteinte psychique.

D'après la psychanalyse, « *la douleur naît toujours d'un bouleversement du Moi* »³. Issue d'un traumatisme, elle s'inscrit dans l'inconscient et peut resurgir lors d'évènements de vie de même tonalité psychique. Le Moi possède une enveloppe qui lui permet de s'étendre au monde extérieur, c'est le corps qui lui permet de se protéger des stimuli extérieurs. Il a pour fonction de faire barrage à tout ce qui pourrait porter atteinte au Moi. Le corps est comme une carapace, le tenant du Moi. Lorsque nous rencontrons un épisode/événement de vie particulièrement traumatisant, se présente une excitation douloureuse qui pourrait s'imprimer dans le Moi immédiatement au niveau de la zone du corps qui a été atteint (organiquement et/ou psychiquement). Il se crée une représentation mentale de la douleur naissante de l'évènement. Cette représentation mentale risque de redonner vie à la douleur si le Moi rencontre un événement de vie de même tonalité traumatique.

« *La douleur physique nous met en opposition avec notre corps, lequel se montre tout à fait étranger à ce qui est en nous* » P. Valéry

Le vécu d'une agression laisse des traces dans l'inconscient de l'individu lorsqu'elle est traumatique. S'installe alors un état d'hypersensibilité qui sera à l'origine de « la renaissance » d'une douleur maintenue inconsciente, une douleur qui tient son origine bien au-delà de la simple manifestation organique. Cette douleur s'exprime à travers le Moi qui se

² Payen, J-F. (2002). *Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur*, Corpus Médical- Faculté de médecine de Grenoble, 1-15.

³ Nasio, J-D. (1996). *La douleur physique*. Paris : Payot

remémore un ancien traumatisme à travers les représentations mentales créées lors de l'épisode de vie traumatisant.

Mais pourquoi l'atteinte du Moi se traduit-elle en douleur ? « *La rupture d'associations est toujours douleur* » nous dit Freud (1887). La douleur du corps est un message qui permet à l'individu de se représenter l'éprouvé et de le qualifier. L'accès douloureux associé à la représentation de la zone atteinte du corps permet donc de reconnaître consciemment la douleur.

Freud (1885) décrit la douleur comme une « *irruption de tension* » responsable d'une effraction psychique. Elle rompt les barrières du Moi « *lorsque des quantités d'énergie excessives font effraction dans les dispositifs protecteurs* ». Pedinielli et al. (1997) décrivent la douleur comme une sensation vive et aigüe qui provoque une forme de sidération, de destruction des systèmes de pensée et de communication habituels de l'individu, une paralysie des opérations mentales. L'individu se focalise alors sur la zone corporelle algique. D'après Freud (1926), « *dans le cas de la douleur corporelle, il se produit un investissement élevé qu'il faut qualifier de narcissique de l'endroit du corps douloureux, investissement qui ne cesse d'augmenter et qui tend pour ainsi dire à vider le moi* ». De la douleur, émerge un double mouvement : une centration sur le corps qui provoque une hémorragie psychique et suite à ce surinvestissement narcissique, apparaît un désinvestissement conjoint du monde extérieur et des autres.

Pour Freud, la douleur est cette énergie externe reçue à la périphérie qui déclenche une émotion douloureuse l'affect primaire : la douleur serait une décharge pulsionnelle de l'énergie introduite de l'extérieur venant perturber un équilibre homéostatique qui serait la rupture de l'auto-investissement narcissique du sujet par lui-même. L'affect serait sans représentation et désobjectalisé sous l'influence d'une pulsion de mort désintriquée⁴.

Dans le cas de chronicisation, la douleur est la marque d'un corps figé. Elle peut avoir pour fonction de répéter, de façon compulsive, ce qui n'a pu être élaboré et ce qui a pu échapper à tout travail de liaison. La répétition permet non seulement de revivre l'intensité émotionnelle du traumatisme mais aussi d'exprimer et de communiquer une plainte dans le but d'évacuer la charge émotionnelle actuelle. C'est un moyen d'expression de victimisation. La tentative de maîtrise du traumatisme qu'on retrouve dans les mécanismes de la douleur

⁴ Référence issue du cours de psychosomatique intégrative, Stora, J-B, 2013.

échoue dans le cas de chronicisation : la présence de la douleur s'oppose à l'élaboration du traumatisme par la focalisation algique corporelle. La répétition algique peut également être interprétée comme un attachement au traumatisme : se distingue la position masochiste, celle où l'on peut trouver « *goût au déplaisir de la douleur* » (Freud, 1915). D'un point de vue psychanalytique, cette victimisation, retour à la position passive voire régressive, stigmatisent les liens qui existent entre répétition douloureuse et pulsion de mort. Des traces mnésiques traumatiques, des sédiments somatiques d'émotions, des sensations, des images ne peuvent prendre sens : c'est l'impossibilité pour l'individu face à un traumatisme de l'élaborer psychiquement, de le mettre en pensées et en mots. L'individu vit son traumatisme à travers son corps.

2. Neurobiologie de la douleur

La perception de la douleur est indispensable à l'être humain ; elle lui permet de préserver son intégrité. En effet, la douleur agit comme un signal d'alarme qui protège l'organisme. Chaque individu possède son propre seuil de tolérance qui varie en fonction de son histoire et des événements de vie rencontrés.

a) Les voies de transmission et de perception de la douleur

La nociception est le processus sensoriel à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur. Les terminaisons nerveuses sont appelés les nocicepteurs. Ce sont des fibres nerveuses constituant des arborisations dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires et les parois des viscères. Les messages nociceptifs sont véhiculés dans les nerfs par différentes fibres myélinisées (A δ) et non myélinisées (C). [D'autres fibres autre que les fibres A δ sont myélinisées, les fibres A α et A β mais sont non nociceptives. Cette information est importante à retenir pour le chapitre sur la modulation de la douleur].

Il existe deux types de nocicepteurs :

- les *unimodaux* : ils sont activés par des stimulations mécaniques intenses : ce sont les mécanorécepteurs en relation avec les fibres A δ . Ces fibres sont à conduction rapide d'où une sensation intense brève et localisée ;
- les *polymodaux (ou chimiorécepteurs)* : ils répondent aux stimulations physiques mécaniques et de type thermique et chimique (fibres C). Ces fibres, contrairement aux fibres A δ , sont à conduction lente d'où une sensation douloureuse plus tardive et plus

diffuse. D'après des travaux récents, ces nocicepteurs présents dans la peau, les viscères et les articulations seraient appelés « silencieux » car ils ne pourraient être activés que dans des conditions pathologiques en particulier lors des processus inflammatoires chroniques comme dans les cas de fibromyalgie.

Lors de la stimulation des nocicepteurs, un influx nerveux se dissipe le long des fibres nerveuses, axone du premier neurone ou « protoneurone ». Le protoneurone conduit l'influx nerveux nociceptif jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière. Il entre en communication synaptique avec un deuxième neurone le « deutoneurone » de la substance grise spinale. Le deutoneurone assure la transmission aux voies ascendantes de la douleur.

→ *Différents types de douleur*

La douleur se différencie selon trois types :

- *les douleurs par excès de nociception* : elles proviennent de la mise en jeu normale des voies neurophysiologiques de la douleur lorsqu'il y a atteinte lésionnelle, inflammatoire ou ischémique de tissus : la peau, les viscères, les muscles, les articulations ... Les tissus périphériques vont être endommagés et vont générer un excès d'influx nerveux dans les nocicepteurs ;
- *les douleurs neurogènes ou neuropathiques* : elles s'expriment de manière chronique lorsqu'il y a dysfonctionnement ou atteinte lésionnelle périphérique ou centrale des voies nociceptives ;
- *les douleurs psychogènes* : elles concernent les douleurs sans lésion mais réellement ressenties par l'individu. Elles renvoient davantage au principe de somatisation de problématiques d'envergure psychologique. Si nous nous référons au modèle de Psychosomatique Intégrative de Jean-Benjamin Stora, nous pourrions relier ces douleurs psychogènes à la rencontre d'évènements traumatiques physiques et psychologiques durant la période périnatale ou durant la prime enfance.

→ *Les voies de transmission de la douleur*

- Au niveau du système nerveux central : les voies ascendantes (cf. Annexe 1)

Dans la majorité des cas, les afférences du système nerveux central gagnent la moelle épinière par les racines dorsales appelée la jonction radiculo-médullaire. Les afférences

s'organisent en fonction de leur type et de leur destinée médullaire. La terminaison de l'axone du protoneurone se fait au niveau de la substance grise spinale. Des groupes de neuromédiateurs sont responsables de la transmission des messages nociceptifs périphériques vers les neurones spinaux. Il s'agit d'acides aminés excitateurs (AAE) (glutamate, aspartate...) et de neuropeptides (substance P...) jouant un rôle dans la neuromodulation de la douleur. Les fibres nociceptives poursuivent leur cheminement vers les voies ascendantes médullaires et transmettent le message nerveux au cortex cérébral en particulier le thalamus, centre de triage de l'information sensitive. Après ce passage par la moelle épinière, l'influx nerveux poursuit son chemin vers le thalamus en lien avec le système limbique où il va devenir un message douloureux subjectif (sensation, localisation ...).

Nous distinguons deux types de voies ascendantes (cf. Annexe 2) :

- la voie néospinothalamique (ou spinothalamique latérale) qui renseigne sur l'intensité, l'emplacement et la nature de la douleur. Les fibres vont s'arrêter globalement à cette voie et notamment dans le noyau ventral postérolatéral (VPL) ;
- La voie paléospinothalamique (ou spinothalamique médiane) qui renseigne sur le caractère désagréable du stimulus déclenchant la fuite pour défendre l'organisme. Les connexions vont rejoindre différentes régions du système limbique, système impliqué dans la composante émotionnelle désagréable de la douleur et dans la réponse comportementale destinée à l'amoindrir.

- Mécanismes de contrôle de la douleur par les voies descendantes

Tout au long de l'influx nerveux, le message nociceptif rencontre des modulations facilitatrices ou inhibitrices. Grâce à cette modulation, la douleur peut être ressentie comme tolérable pour l'individu. Il y a différents mécanismes de modulation de la douleur :

→ *La théorie de la porte « Gate Control » de Melzack et Wall (1965)* (cf. Annexe 3)

Dans cette théorie, entrent en jeu les fibres non nociceptives A α et A β avec les fibres nociceptives modulant la douleur. Les neurones des voies ascendantes reçoivent des inputs excitateurs des fibres nociceptives (A δ et C) et non nociceptives (A α et A β) et des inputs inhibiteurs des interneurones. Les fibres A α et A β activent les interneurones. Ils inhibent donc les neurones convergents. Ils ferment donc « la porte » à la douleur. En revanche, les fibres C inhibent les interneurones. Ils activent donc les neurones convergents ouvrant donc la porte à la douleur. Ces deux mécanismes permettent donc de moduler l'intensité de la

douleur. Par exemple, lorsque nous recevons un coup sur le genou, nous avons le réflexe de stimuler la zone en frottant pour calmer l'intensité de la douleur. En nous frottant, ce sont les fibres non nociceptives (proprioceptives) qui sont sollicitées.

La rupture de l'équilibre peut être obtenue :

- Soit par hyperactivation des fibres sensibles de petits calibres dans le cas de douleur par excès de nociception ;
- Soit par défaut d'inhibition périphérique ou centrale dans le cas de douleur neuropathique.

→ *Contrôle inhibiteur diffus*

C'est un système inhibiteur descendant qui est sollicité dès qu'un stimulus nociceptif active les voies ascendantes entraînant en retour un message secondaire descendant en direction spinale, qui provoque une diminution de l'activité des neurones nociceptifs de la moelle. Ce système explique le mécanisme d'inhibition d'une première source douleur lorsque celle-ci est conjointe à une deuxième source de douleur qui vient la masquer. Le signal n'est pas uniquement transmis par des connexions allant vers le centre supérieur mais également par des connexions se dirigeant vers la substance grise périaqueducale, le noyau raphé magnus et les cornes postérieures de la moelle. Une mise en circulation de neurotransmetteurs comme des amines (sérotonine, norépinéphrine...) et opiacés (endorphine ...) active le système de contrôle de la douleur.

→ *Contrôle des centres supérieurs du système nerveux central*

A partir du tronc cérébral et du thalamus, les afférences nociceptives établissent des liens, directs et indirects, vers le système limbique et le cortex frontal. Ces régions sont étroitement associées à la mémoire et aux émotions. Avec d'autres structures cérébrales, elles affectent la perception de la douleur. Ce système module surtout l'aspect désagréable de la douleur dans sa composante motivo-affective.

b) La sensibilisation des voies centrales

Le mécanisme de sensibilisation est commun aux douleurs par excès de nociception. Elles sont dues à un excès d'influx nociceptifs, une stimulation accrue des nocicepteurs en dehors de toute lésion. La répétition des stimulations nociceptives diminue le seuil de sensibilité des nocicepteurs et augmente donc leur activité. Le phénomène de sensibilisation

provoque des douleurs aiguës et des douleurs chroniques. On la retrouve dans le cas d'hyperalgésie. Pour résumer, c'est comme si le système de défense de l'organisme « marchait trop bien » et s'emballait. Les nocicepteurs sont « bombardés » d'informations de manière continue. A long terme, apparaît donc une sensibilisation des nocicepteurs de la région lésée et de sa périphérie qui fait baisser leur seuil de détection. Les nocicepteurs s'activent en réponse à des stimulations beaucoup moins fortes qu'à l'ordinaire. La douleur ressentie est ainsi disproportionnée. De plus, la douleur a été gardée en mémoire et peut se déclencher d'autant plus facilement que les neurones sont sensibilisés. Est-ce le phénomène de sensibilisation qui est concerné dans le cas d'une douleur organique disproportionnée (fibromyalgie) en cas d'associations à une douleur psychique intense ?

c) Les spondylarthropathies, atteinte du Moi corporel

Les spondylarthropathies (SpA) regroupent un ensemble de maladies auto-immunes inflammatoires aux caractéristiques communes. On y distingue la spondylarthrite ankylosante (SPA), le rhumatisme des maladies inflammatoires colo-intestinales (MICI : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique), le rhumatisme psoriasique (RPS), les arthrites réactionnelles (survenant après une infection bactérienne). Les SpA ont en commun un terrain génétique, l'antigène HLA-B27.

Un diagnostic différentiel est important à poser compte tenu de leurs grandes similitudes. De plus, les similitudes n'existent pas uniquement chez les maladies de cette famille mais également chez des maladies type fibromyalgie. En effet, la fibromyalgie peut être aisément confondue avec la spondylarthrite ankylosante. Les seuls éléments capables de faire la différence entre ces deux affections sont l'élévation de la vitesse de sédimentation et de la protéine C-Réactive et éventuellement l'IRM capable de repérer une érosion au niveau de l'articulation sacro-iliaque manifeste dans la spondylarthrite ankylosante (cf. Annexe 4).

Autre que la fibromyalgie, l'hernie discale peut aussi être confondue avec la spondylarthrite ankylosante. Mais au cours de l'hernie discale, il n'y a pas de symptômes généraux et la vitesse de sédimentation est normale.

● La spondylarthrite ankylosante

La spondylarthrite ankylosante est une maladie rhumatismale inflammatoire. Elle enflamme principalement la zone sacro-iliaque du corps humain. Elle commence chez les personnes jeunes entre 15 et 40 ans. Elle se traduit par des douleurs et une perte de souplesse

des articulations. Il s'agit d'une maladie évolutive qui conduit à un raidissement articulaire d'où le terme d'« ankylosante ». Mais grâce au traitement, il est possible de limiter l'ankylose. La cause exacte n'est pas élucidée.

- Le rhumatisme psoriasique inflammatoire

Le rhumatisme psoriasique inflammatoire se caractérise par une inflammation des articulations associée à des plaques rouges recouvertes de squames blanchâtres, symptômes caractéristiques du psoriasis. Cette maladie touche les articulations périphériques (arthrites) et parfois la colonne vertébrale (atteinte axiale) ainsi que l'insertion des tendons. C'est une maladie polymorphe avec deux formes :

- Le rhumatisme axial proche de la spondylarthrite ankylosante ;
- Le rhumatisme périphérique

... ceux-ci peuvent être associés. Dans 10% des cas, le rhumatisme inflammatoire psoriasique précède un psoriasis. Mais ce n'est pas parce que l'on a du psoriasis que l'on est forcément atteint par un rhumatisme psoriasique inflammatoire. Le psoriasis peut être conjoint à une arthrite, arthrose, tendinite ou fibromyalgie. En effet, l'association, psoriasis-fibromyalgie est possible, favorisée par un stress excessif. Mais une fibromyalgie peut être secondaire à un rhumatisme psoriasique inflammatoire chronique parfois éteint. Il est donc important de distinguer les douleurs ressenties dans la fibromyalgie et celles liées au rhumatisme inflammatoire.

→ *Le psoriasis*

C'est une maladie auto-immune de la peau. Dans sa forme bénigne, le psoriasis se limite à certaines parties du corps (cuir chevelu, ongles, genou...) mais dans les cas graves, il peut s'étendre à la totalité du corps.

Lorsque la peau est blessée, l'épiderme se renouvelle rapidement pour reconstituer l'enveloppe protectrice. Les cellules de la peau réagissent comme si elles étaient physiquement altérées par un agent agresseur. L'épiderme se renouvelle trop rapidement ce qui engendre des inflammations. Le système immunitaire active la prolifération de nouvelles cellules épidermiques qui vont s'accumuler à la surface de la peau et former une couche de pellicules blanches appelées « squames ». Ces squames sont signe de nombreux leucocytes présents dans le derme.

Un type de psoriasis serait lié aux traumatismes, le psoriasis en plaques. La localisation des squames peut atteindre des zones cicatricielles (physique et psychique). Nous

comprenons ici que la peau utilise les réactions telles que le psoriasis pour se défendre et renforcer sa carapace face au monde extérieur. La peau est l'enveloppe du corps. Elle le protège et joue le rôle de barrière entre le monde extérieur et le monde interne. Elle est sensible car elle est directement au contact du monde extérieur. Cette sensibilité s'explique par l'innervation de la peau. En effet, il existe le système nerveux cutané faisant partie du système nerveux périphérique. La peau est donc un riche organe sensoriel en contact direct avec l'extérieur. De ces observations est né le concept du système neuro-endocrino-immuno-cutané qui englobe les cellules de la peau, les éléments cutanés du système nerveux et du système immunitaire. Ce concept permet d'expliquer l'influence du psychisme dans le maintien de l'homéostasie cutané et dans le déclenchement de certains désordres dermatologiques tels que le psoriasis.

- La polyarthrite rhumatoïde

C'est une maladie auto-immune avec inflammation rhumatismale portant simultanément sur plusieurs articulations. Peu à peu peuvent apparaître des déformations aboutissant à l'ankylose. Les mécanismes immunologiques sont multiples :

- Stimulation des lymphocytes T CD4 ;
- Stimulation des lymphocytes B et différenciation en plasmocytes, responsables entre autres de sécrétion de facteurs rhumatoïdes et autres auto-anticorps ;

Les raideurs articulaires touchent principalement les poignets et les mains.

d) Une maladie à part entière : la fibromyalgie

C'est un syndrome d'affection chronique caractérisé par l'existence de douleurs diffuses et multiples. Le type de douleurs peut varier d'une personne à une autre : raideur, fourmillement, engourdissement, brûlures ... Les douleurs sont principalement à prédominance axiale (zone cervicale, dorsale haute et lombaire) mais peuvent également atteindre les muscles, les articulations, les tendons ... La fibromyalgie s'accompagne également de diverses manifestations telles que les troubles du sommeil, de la fatigue, des troubles de l'humeur, troubles de transit et syndrome de Raynaud. La fibromyalgie, de par son diagnostic complexe et de par son existence prédominante dans le domaine médical, est un mal du siècle difficile à définir et à élucider. Son diagnostic repose sur plusieurs critères :

- Le patient doit se plaindre d'au moins 11 points sur 18 douloureux (points de Yunus) distingués par un examen de palpation effectué par le médecin (critères de l'American College of Rheumatology, 1990) (cf. Annexe 5) ;
- Pour éclairer le diagnostic, le médecin doit repérer des points qui ne doivent en aucun cas être douloureux à la palpation. Ces points sont la partie dorsale de la main, le front, le tiers moyen de la clavicule, la malléole interne (face interne de la cheville) ;
- **Le diagnostic de fibromyalgie ne peut être définitivement posé que lorsque le médecin a éliminé toutes les autres pathologies susceptibles de donner les mêmes signes. C'est un diagnostic d'exclusion (notamment les maladies musculaires inflammatoires comme la spondylarthrite ankylosante et la polyarthrite rhumatoïde).**

Des études d'IRM fonctionnelle ont tenté d'expliquer la fibromyalgie (cf. Annexe 6). Elle serait due à une anomalie dans l'interprétation cérébrale du message douloureux. Le message douloureux serait amplifié exagérément d'où l'idée d'une sensibilisation importante du système nerveux central. En effet, une étude a comparé certaines zones du cerveau impliquées dans le traitement de la douleur. Les individus atteints de fibromyalgie ont certaines zones cérébrales activées alors que les individus « sains » n'en ont pas. Aujourd'hui, il existe encore des hypothèses pour tenter d'expliquer le mal diffus :

- La désorganisation de certaines fibres musculaires ;
- Une origine psychologique comme un choc émotionnel violent entraînant un désordre central de la modulation douloureuse par un déficit, entre autres, la sérotonine. Nous nous retrouvons ici dans une situation bouleversante de stress. Le stress continu du à un choc violent entraînerait des perturbations sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. La perturbation de l'axe viendrait de la réduction des réponses de l'ACTH ou CRF et une réduction d'environ 30% des réponses de l'ACTH et de l'épinéphrine à l'hypoglycémie. Chez les individus atteints de fibromyalgie, nous ne retrouverions pas une hausse aussi importante de cortisol face à un stress que chez des individus « sains ». La glande surrénale n'arriverait pas à répondre aussi efficacement à une stimulation de l'ACTH. Il y aurait donc, dans le cas de la fibromyalgie, une dérégulation de la réponse au stress entraînant un stress continu ;
- Des anomalies du système immunitaire au niveau des cellules NK et le rapport CD4/CD8, une déficience des défenses immunitaires face à l'attaque.

A travers les douleurs de l'organisme et les dérèglements neurophysiologiques, la fibromyalgie peut faire l'état d'une étude poussée en Psychosomatique Intégrative. En effet, l'effet d'un stress chronique du à un choc affectif violent semble perturber l'ensemble des systèmes (immunitaire, nerveux, émotionnel ...). En effet, Defontaine-Catteau (1993), retrouve une plainte importante de douleur dans les entretiens des individus qui auraient vécu des maltraitements corporels ou des sévices sexuels de l'enfance. Plus précisément, une étude de Walker et al. (1993) permet de relier la douleur à des formes de sévices sexuels ; ils donnent l'exemple de la fibromyalgie (1997) dont sont porteurs des patients victimes non seulement de sévices sexuels mais également de maltraitance, de traumatismes émotionnels violents ou encore de négligence.

Afin de maintenir le cheminement des réflexions sur l'origine de la Douleur, il semble important d'intégrer un chapitre sur le stress et le traumatisme.

II. Le traumatisme de vie, un stress chronique

1. L'état de stress post-traumatique (ESPT)

D'après Lagache et Pontalis (1967), le trauma ou traumatisme psychique est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité dans laquelle se trouve le sujet pour y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

Trauma désigne une blessure avec effraction. Traumatisme désignerait les conséquences sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une violence externe. *« Ce qui fait le traumatisme est bien l'incapacité de l'appareil psychique à liquider une surcharge pulsionnelle ; le principe de plaisir dont le rôle serait d'évacuer cet excès de tension se trouve alors mis hors-jeu par la soudaineté et la violence d'un trauma. L'angoisse n'a pu remplir sa mission de signal d'alarme et mobiliser les opérations défensives adéquates. Il y a un débordement énergétique du Moi incapable de maîtrise et l'appareil psychique est contraint de lier les excitations au-delà du principe de plaisir »*⁵. Le trop-plein d'excitations ingérables pour le Moi va alors s'exprimer par le corps déjà « bombardé »

⁵ Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot

d'attaques extérieures envers lesquelles il tente de faire face. Le corps peut s'en défendre, par exemple, en renforçant son armure (son pare-excitation, la peau) devenue trop fragile (défense par exemple à travers des squames).

2. Neurobiologie du traumatisme

Dans les cas de traumatisme, une structure cérébrale joue un rôle prédominant : le système limbique, siège des émotions et de la mémoire. Une de ses sous-structures intervient à haut niveau : l'amygdale. Elle participe à l'expression des émotions qu'elle mémorise (réponse de défense de l'organisme, changements physiologiques, réactions comportementales). Les neuroscientifiques l'appellent le « *petit cerveau émotionnel inconscient* ». L'amygdale est au cœur des mécanismes conduisant à la peur et aux ESPT. Lorsque l'individu est face à un agent stressant, les informations qui émanent des sens, perceptions visuelles et auditives pouvant signaler un danger, rejoignent directement l'amygdale et court-circuitent le néocortex (structure où sont traitées les voies supérieures tel que le raisonnement). L'amygdale envoie des messages à l'hypothalamus d'alerter l'hypophyse, ordonnatrice des glandes surrénales, centre de sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline et de cortisol (glucocorticoïdes). La sécrétion de ces hormones met tous les sous-systèmes en alerte (augmentation de la tension artérielle, accélération du rythme cardiaque, diminution de l'activité digestive) mobilisés pour défendre l'organisme des agents stressants. Cette cascade d'activation ne s'interrompt que lorsque le danger est passé. Les taux d'hormones reviennent à la normale. La normalisation de ces taux dépend d'une petite structure cérébrale, l'hippocampe. En effet, l'hippocampe a pour mission de calmer la réaction du système. Il détecte la quantité d'hormones d'urgence présentes dans le sang et donne au thalamus l'ordre de stopper la cascade chimique (cf. Annexe 7). Mais si l'amygdale sent qu'il y a toujours danger, elle demande au thalamus de continuer à sécréter les hormones. Dans le cas d'événements traumatiques, la cascade hormonale ne s'interrompt pas et finit par affecter les fonctions de l'hippocampe (alors atrophié). Le système immunitaire épuisé ne peut plus répondre de manière efficace à l'agression. L'axe hypothalamo-hippocampique-surrénalien (HHS) est dérégulé. Le cercle infernal s'enchaîne. Le cerveau va se réorganiser autour de la mémorisation de l'instant de la confrontation à l'agent stressant. Mémoriser cet instant est une défense de l'organisme pour lui permettre de répondre plus efficacement lors d'une éventuelle situation de stress. L'ESPT peut être ainsi interprété comme la marque d'un fonctionnement cicatriciel du système nerveux central (et du système psychique tout entier).

Cette mémorisation, non seulement organique mais également psychique, Freud a tenté de l'expliquer. Il concevait le moi comme un réseau neuronal formé de deux composants principaux : les neurones du souvenir (ou de la mémoire) et les neurones de perception. Les premiers ont pour fonction d'enregistrer l'excitation qu'ils rencontrent, d'archiver la « photo » laissée par l'agent agresseur dans les cas de traumatismes. Ces neurones restent suffisamment en éveil pour réagir plus tard à une deuxième excitation. Les neurones de perception ont aussi pour fonction de traiter l'excitation mais laissent traverser le flux d'excitation sans en garder trace. Il existe deux sortes de neurones de perception : les uns qui perçoivent les excitations venant de la périphérie du corps (par exemple, la peau) et les autres qui captent les oscillations de tension interne et les transposent à la conscience en tant qu'affects. Les uns perçoivent seulement les stimulations externes et les autres détectent les effets internes de ces stimulations et les traduisent en affects conscients.

Freud (1920) considère ainsi que la douleur physique résulte de l'irruption violente de grandes quantités d'énergie qui atteignent le Moi où se situent les neurones du souvenir. La douleur dans le corps s'inscrit donc dans l'inconscient. *« Il est probable que le sentiment spécifiquement pénible qui accompagne la douleur physique résulte d'une rupture partielle de la barrière de protection. Des excitations venant de cette région périphérique affluent alors continuellement vers l'appareil psychique central »*. La douleur physique constitue un grave bouleversement du Moi et la paralysie du principe de plaisir, gardien de notre équilibre psychique.

Vignette clinique : Laura ou quand le trauma devient douleur chronique

Laura a 50 ans. Elle est mère de jumeaux de 24 ans et d'une fille de 16 ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants et d'une famille nombreuse du côté maternel. Son frère s'est suicidé en 2008 par pendaison à la suite de son divorce et sa sœur est décédée en 1977 à l'âge de 4 ans d'une tumeur au cerveau ; Laura avait 10 ans. Elle en parle encore avec beaucoup de difficultés. Les liens dans la famille comptent beaucoup pour Laura. Elle s'appuie énormément sur sa mère avec laquelle elle vit une relation qu'elle qualifie de « très complice ». Laura a perdu son père décédé d'un AVC alors qu'elle n'avait que 18 ans. Deux AVC antérieurs ont causé une hémiplégie gauche qui n'aurait pas laissé de séquelles. Sa mère est d'après elle « *en très bonne santé pour une dame de 69 ans (sourit)* ». Or, Laura a omis, pendant plusieurs entretiens, l'hystérectomie que sa mère a subie il y a quelques années à cause de fibromes à répétition. Cette omission ne pourrait pas déjà interroger sur la valeur que prend la féminité dans la vie de Laura ? L'opération de l'utérus semble avoir été banalisée et pourrait correspondre à l'absence d'une image féminine et du vécu de femme dans la vie de Laura. L'absence de cette image se concrétise à travers les vêtements qu'elles portent : amples, sombres ... comme pour se cacher et empêcher tout regard posé sur elle. De plus, Laura n'a parlé qu'une seule fois et brièvement de la sexualité lorsque nous avons échangé autour de sa confiance en elle et de sa culpabilité ressentie depuis son précédent divorce « *je n'ai peut être pas été à la hauteur de ce qu'un homme peut désirer. J'étais assez coincée au niveau des rapports sexuels* ». Laura évoque son vaginisme depuis son premier mariage. Elle gardait une position passive dans les relations aux hommes et particulièrement au niveau sexuel. Le vaginisme s'explique par une impossibilité constante ou pratiquement constante pour une femme d'être pénétrée par son partenaire du fait d'une peur incontrôlable de la pénétration. Ce trouble consiste en une contraction spasmodique et involontaire de la musculature lors d'une tentative de pénétration. Il est occasionné par la constriction du muscle vaginal et des muscles du vagin. Je me demande si Laura n'a pas vécu un traumatisme sexuel dans l'enfance.

Laura est très investie dans son rôle de mère. Cette qualité maternelle semble la contenir et la valoriser. Lors de son premier mariage, après la naissance de ses jumeaux, son mari est devenu violent et alcoolique. Laura a décidé d'elle-même de partir et d'élever seuls ses enfants « *on peut faire ce qu'on veut de moi tant qu'on ne fait pas de mal à mes enfants* ».

Le masochisme est particulièrement présent dans le discours de Laura mais semble prendre la valeur d'un masochisme de vie. En effet, les enfants pour une femme sont un prolongement du Moi. L'arrivée des enfants de Laura semblent lui avoir permis de marquer, a minima, la limite entre le dehors et le dedans ce qui a pu tenter une reconstruction narcissique. Elle a donc pu limiter l'atteinte agressive sur son corps (causée par les coups de son mari). Elle vit d'ailleurs des relations très complices avec chacun de ses enfants. Chacun d'eux semble maintenir ses pulsions de vie.

Lors de ma première rencontre avec Laura, je vois une femme figée, méfiante, les membres « collés » à son corps. Elle marche très lentement et semble souffrir atrocement de douleurs. Elle vient me voir sur conseils d'une assistante sociale qui me l'a orientée pour « dépression réactionnelle à son divorce ». Les premiers entretiens sont difficiles ; Laura pleure énormément. Elle réussit malgré tout à me parler de son divorce. Son discours semble proche du discours d'une petite fille vivant dans un monde féérique et imaginaire ; beaucoup d'immaturité affective en ressort. Elle me décrit la relation avec son dernier époux comme « parfaite, sans aucun nuages, une parfaite harmonie ». Elle parle de lui comme l'homme de sa vie. Le divorce a été prononcé par son époux qui aurait rencontré une autre femme « *Il a du la rencontrer sur son lieu de travail, il est chauffeur de bus touristique, il bouge beaucoup. Il part jusqu'en Italie, je lui ai fais totalement confiance* ». Elle m'explique que son époux a reconnu sa fille quand elle était âgée de 12 ans ce qui le marquait dans les liens générationnels et donc l'ancrait dans la famille. En effet, le père biologique de sa fille a quitté Laura lorsqu'il a appris qu'elle était enceinte « *J'ai élevé mes enfants toute seule. J'ai quitté le père des jumeaux car il me battait et était alcoolique. Je suis partie pour les protéger. Le deuxième est parti tout de suite une fois tombée enceinte. Le dernier est un ancien ami que j'ai recroisé par hasard. Il me parlait tous les jours de mariage. J'ai refusé mais à force d'insister, j'ai cédé* ». Laura parle de ses relations comme si elle avait vécu des « drames » relationnels. Elle semble avoir beaucoup souffert ; elle exprime dans les échanges une grande dévalorisation. Laura semble vivre une dépendance relationnelle : elle est très complice avec sa mère et va la voir tous les jours, elle était très investie auprès de son père, elle a créé des liens très forts avec sa tante qu'elle considère comme sa mère de substitution et a toujours été dans un rapport autorité-soumission avec ses compagnons. J'ai eu envie de la plaindre et je ressentais sa souffrance jusqu'à travers ses postures et ses attitudes. Cette souffrance a pris tout son sens lors du deuxième entretien. En effet, de 9 à 15 ans, Laura a été victime d'abus sexuels avec pénétration par son oncle maternel vivant aujourd'hui dans le Sud de la France mais gardant contact avec la famille en particulier avec sa mère et sa tante, sa marraine. Dès l'évocation de

cette période de vie, Laura ne peut plus parler, elle a les larmes qui ne demandent qu'à couler mais qu'elle contrôle. Je sens que Laura aimerait crier, hurler pour évacuer sa colère. Mais la contenance et le contrôle l'emporte et Laura ne s'autorise pas à exprimer sa souffrance. Le vaginisme de Laura s'expliquerait donc ainsi. Le corps aurait gardé en mémoire l'atteinte traumatique sexuelle. Chaque rapport sexuel devait faire ressurgir le traumatisme dans une sorte de compulsion de répétition. Le corps sexuel est absent hormis dans son désir d'enfanter, moyen entre autres de se reconstruire après le traumatisme. Cependant, son corps semble rester un moyen pour elle de parler, à distance, de ses événements de vie douloureux : ses douleurs physiques.

1. Les « mal à dit » de Laura

Le discours de Laura est très factuel et essentiellement centré sur ses maladies qu'elle définit comme des brûlures intenses ou des « arrachages de tendons ». Elle les vit comme des contraintes l'empêchant de reprendre son activité professionnelle et la limitant dans ses mouvements « *moi qui était active, je suis maintenant très vite fatiguée, je ne m'accepte pas comme ça* ». Elle exprime ceci avec beaucoup de distance, sans émotions apparentes. Laura m'aide à distinguer ses maladies les unes des autres en me les citant chronologiquement. Nous en profitons pour établir ensemble le tableau des événements de vie associés ou non à l'apparition d'une maladie issu de la méthode d'évaluation de l'examen de psychosomatique intégrative de Jean-Benjamin Stora. La liste est tellement longue que je me suis interrogée sur sa véracité. Je ne doutais pas des paroles de Laura mais je me demandais comment Laura pouvait souffrir d'autant de pathologies ? Mes recherches personnelles et les échanges avec certains médecins ont éclairci mes impressions. Les maladies mentionnées ne peuvent être conjointes. Certains diagnostics ne peuvent être établis que si certaines maladies en sont exclues (cf. chapitre sur la fibromyalgie). Or, dans le cas de Laura, des maladies avec diagnostic différentiel apparaissent simultanément, par exemple, la spondylarthrite ankylosante, la polyarthrite rhumatoïde et la fibromyalgie. Il est admissible que la distinction entre ces maladies soit difficile puisqu'elles renvoient toutes à des douleurs inflammatoires. De plus, la localisation de la douleur peut être difficile à identifier. Les échanges autour de sa vie sont difficiles surtout si on aborde les événements de vie douloureux. Laura semble être dans une demande d'aide et à la recherche d'un lieu où elle peut exprimer, à sa manière, sa souffrance et son traumatisme. Elle a besoin de porter toutes ces maladies de façon à mettre en mots sa souffrance.

→ Dès son plus jeune âge, Laura a été atteinte de psoriasis qui s'étendait des genoux, aux chevilles et cuir chevelu. Ses enfants ont des poussées régulières depuis leur enfance localisées au même endroit que Laura. Aujourd'hui, le psoriasis la touche encore principalement aux coudes, sous les ongles, au niveau des cervicales et parfois sous les yeux. A 16 ans, Laura a connu une importante poussée psoriasique lui recouvrant tout le visage « *J'avais honte, les gens se reculaient quand je m'approchais comme si j'étais sale et contagieuse* ». Elle a connu une autre poussée quelques mois avant la fin de ses études d'esthéticienne « *C'était mon rêve de devenir esthéticienne mais avant d'obtenir mon diplôme, j'ai eu des poussées sous les ongles et le visage. Une esthéticienne doit être belle et propre. Je ne pouvais pas me présenter comme ça alors j'ai abandonné. Maintenant, je rends service gratuitement à des gens qui veulent se refaire une beauté* ». Ces épisodes de vie sont très révélateurs de l'atteinte narcissique de Laura. Elle évoque la beauté et la propreté remises en question lors d'épisodes psoriasiques. L'image de soi et l'image du corps sont été atteintes à cause du traumatisme. Néanmoins, le choix d'études de Laura à cet âge pourrait renvoyer à une tentative de réparation de son image comme une tentative de résilience. Mais la quantité d'excitations a été tellement importante lors du traumatisme qu'elle a débordé dans le corps, manquant de terrain d'élaboration et/ou d'extériorisation, touchant ainsi la peau, barrière protectrice interne/externe comme pour éviter une pénétration ! Jean-Benjamin Stora résume très bien ce débordement « *si une personne vit de très fortes pressions, elle risque d'être débordée par ces tensions surtout si elle n'arrive pas à les exprimer [...] En effet, les défenses mentales n'arrivent plus à contenir ces tensions. Les défenses du corps prennent la relève et les somatisations surviennent* »⁶.

→ A l'âge de 15 ans, Laurène est atteinte d'une hernie discale associée à une polyarthrite rhumatoïde. Elle prend beaucoup de poids. Elle connut également une importante manifestation de l'hernie discale un mois après la naissance de ses jumeaux l'obligeant à rester alitée pendant deux mois. Y aurait-il eu une reviviscence du traumatisme sexuel à la naissance de ses enfants avec l'angoisse de répétition du traumatisme ? Laura verbalise très peu sur le contexte de la manifestation de l'hernie discale et sur le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde hormis sur le début de la maltraitance de son mari à son égard. Ici, a pu se ré-exprimer le traumatisme de l'atteinte du corps par un homme et l'accentuation de l'atteinte narcissique. Laura essaie encore de s'en sortir en fuyant son domicile, comme elle dit, pour sauver ses enfants mais je pense aussi, inconsciemment, pour se sauver elle ...

⁶ Stora, J-B. (1999). *Quand le corps prend la relève*. Paris : Odile Jacob

→ Après ses 20 ans, les médecins lui diagnostiqueraient le syndrome de Raynaud avec arthrose touchant principalement les cervicales. Si nous nous remémorons les symptômes de la fibromyalgie, nous retrouvons l'existence du syndrome de Raynaud et l'atteinte inflammatoire des cervicales. Laura semblait déjà débuter une fibromyalgie. Peut-être qu'à cette époque, la fibromyalgie étant mal connue, les médecins ont juste mentionné les symptômes apparents sans formuler de diagnostic à proprement dit. Laura a donc pu également ajouter ces troubles distincts à son « cocktail » somatique. Elle explique que son père était également atteint du syndrome de Raynaud quand il avait 20 ans. *« J'avais passé une scintigraphie, le médecin m'avait dit que tous les points rouges qui apparaissent sur la radio, c'était des points d'arthrose, j'en avais partout (Rires) »*. Laura obtient une explication de sa douleur à travers la radiographie rendant visible son atteinte, elle en est rassurée. Ses très faibles capacités de mentalisation l'obligent à détourner sa douleur psychique pour se focaliser sur sa douleur physique.

→ Laura a travaillé pendant dix ans dans un magasin de chaussures. Il y a deux ans, lorsqu'elle quitte son travail en soirée, elle subit l'agression physique d'un homme qui lui vole son sac à main. Le diagnostic de fibromyalgie est posé quelques mois après l'agression. Laura précise qu'à ce diagnostic se rajoute celui de la spondylarthrite ankylosante. Les douleurs se sont amplifiées et Laura a donc arrêté son travail. Ici, encore, nous remarquons que les deux diagnostics ne peuvent être superposés. Il y a une confusion dans les propos de Laura. Est-ce que cette confusion provient de l'incertitude des médecins sur le diagnostic à poser au moment des analyses médicales approfondies ? Les deux maladies ont pu lui être soumises dans l'attente d'une réponse définitive ? Mais quoiqu'il en soit, Laura aurait gardé en tête les deux maladies, aux ressentis insupportables mais supportables dans la défense et l'expressivité qu'ils apportent. C'est comme si Laura refusant de sortir de la douleur invoque une tendance masochiste. L'expérience douloureuse a un rôle protecteur du moi menacé, par le traumatisme, dans son intégrité narcissique. La douleur viendrait donc remplir une fonction défensive liée au psychisme dominé par une excitation pulsionnelle non élaborable. Nous pourrions peut-être nous permettre d'évoquer le masochisme de Laura comme un masochisme de vie, la douleur semblant être du côté de la vie, hypothèse appuyée par la volonté de Laura d'avoir des enfants avec des grossesses qui se seraient passées convenablement. Laura joue encore aujourd'hui son rôle de mère avec beaucoup d'amour. Les maladies semblent donner un autre sens à Laura : elle précise que sa marraine est également atteinte de spondylarthrite ankylosante tout comme elle avait mentionné que son père était atteint du syndrome de Raynaud. Nous avons vu que les spondylarthropathies

avaient une source génétique. Est-ce que Laura tenterait de soutenir sa place générationnelle au sein de sa famille ? Il est important pour elle de maintenir sa place de sujet, membre d'une famille malgré l'agression intra-familiale qui pourrait remettre en cause ses valeurs familiales. Mais ses parents et sa marraine constituent le pare-excitation. Elle vivait une relation très complice avec son père et sa marraine « *papa était doux et très gentil. Il savait être autoritaire quand il fallait mais il ne l'a jamais tapée. Il était encore plus gentil que maman qui, elle, avait plus de caractère [...] Ma marraine est comme ma deuxième mère. Je m'entends à merveille avec elle* ». L'image que Laura a de son père semble apaiser l'image masculine, phallique construite autour des abus sexuels. Elle a recherché également à fonder une famille peut-être dans le but de rebondir au vécu traumatique. Nous pouvons ressentir son angoisse d'anéantissement familial émergeant du secret, du non-dit du viol intra-familial, secret qu'elle maintient dans le but de maintenir les liens familiaux et ses bonnes relations avec son entourage.

→ Durant un entretien, Laura m'explique qu'elle doit aller chez l'endocrinologue pour effectuer des examens sur un éventuel dysfonctionnement de la thyroïde. Son médecin traitant lui a indiqué qu'elle avait un goitre. Que représentent les dysfonctionnements de la thyroïde ? Jean-Benjamin Stora indique que le dysfonctionnement thyroïdien est un signal d'alarme important, la thyroïde est la dernière zone à dysfonctionner, signe que les fonctions mentales s'amenuisent et que le système de défenses s'épuise radicalement. L'évolution de Laura est très inquiétante.

Laura est un cas clinique de douleur par excès de nociception. Dans le cas de Laura, l'individu souffrant ne possède plus la douleur mais c'est la douleur qui le possède : « *je suis douleur* ». La douleur passée de Laura ne s'est pas tue, elle ressurgit de manière inconsciente dans le corps lui-même, porteur de la souffrance traumatique sous forme d'une manifestation psychosomatique. La douleur de Laura se transfigure dans le présent. Elle a créé une image gravée dans le neurone, image d'un détail de l'agression (abus sexuel) ou de l'objet agresseur (son oncle, l'image masculine). Son moi a gardé en mémoire la « photo » d'un détail de l'agression, une image mnésique définitivement associée à l'expérience douloureuse. L'expérience douloureuse est de même intensité émotionnelle que le vécu traumatique. Elle vient s'exprimer au niveau du corps tout entier violenté pendant les abus sexuels et les maltraitements conjugaux. Freud a avancé le terme de « frayage » pour désigner un tel phénomène de sensibilisation des neurones du souvenir. L'afflux d'énergie a tellement

sensibilisé les neurones que de faibles excitations suffiront à les réactiver, les ranimer. Laura souffrirait donc sans savoir que sa douleur présente est le souvenir agi de sa douleur passée.

« Rien dans la vie psychique ne peut se perdre, rien ne disparaît de ce qui s'est formé, tout est conservé... et peut réapparaître » Freud (1920)

D'après Admar Horn, psychanalyste brésilien, nous pourrions envisager la douleur comme une projection sur le moi corporel d'un déplaisir non élaborable et donc insupportable pour le psychisme. L'extériorisation de l'affect non élaboré permettrait, à sa juste mesure, d'apaiser le moi psychique en redistribuant la libido sur le moi corporel sous forme de douleur. Ainsi, la douleur de Laura agirait comme défense à travers le mécanisme de fixation-régression, capable d'aboutir à un mouvement de désorganisation progressive généré par l'impact traumatisant d'une tension non élaborée psychiquement.

La difficulté d'élaboration psychique et les faibles capacités de mentalisation de Laura peuvent aussi s'expliquer par la nature de l'atteinte psychique. En effet, l'impact traumatique intervient dans la famille, sphère de vie qui devrait être sécurisante et bienveillante. La famille est, dans son sens psychanalytique, un groupe contenant et constructif de l'identité personnelle permettant à l'individu, membre du groupe familial, de développer son intersubjectivité, une des premières clés de la construction de soi. La violence traumatique est alors marquée par le non-sens et son caractère impensable bloque davantage l'accessibilité des représentations mentales. Ses représentations mentales sont bloquées par l'investissement excessif dans des activités en tout genre. Laura comble les instants de « calme » par des activités lui empêchant de penser *« j'aime bien, je vois des gens et comme j'ai des activités tous les jours, je suis toujours occupée, ça m'évite de penser »*. Le manque d'élaboration mentale se précise à travers une décharge par les comportements ici pour Laura, les activités sublimatoires. Laura utilise le mécanisme de défense sublimatoire *« et même si certaines activités me font mal comme le dessin, je continue d'y aller et j'apprends à supporter »*. Ses activités sont essentiellement artistiques (peinture, dessin, poterie, scrapbooking). Elle est également investie dans un club de danse en tant que bénévole ne pouvant plus danser depuis sa fibromyalgie *« ma fille fait partie du club, c'est comme si je faisais encore de la danse à travers elle sauf que je ne m'occupe plus que des costumes »*. Enfin, parfois, Laura fait du théâtre *« ça me fait du bien, ça me permet de m'affirmer mais mon prof me dit que je n'arrive jamais à me mettre en colère, il me met donc dans des rôles dont les personnages sont irritables et susceptibles et là je peux me mettre en colère »*. Ces activités essentiellement

artistiques viennent enrichir sa vie. Nous apercevons encore ici des activités du côté de la vie. De plus, même si Laura pleure beaucoup en entretiens, elle rit également surtout lorsque nous évoquons ses activités. Ses rires ne seraient-ils pas une défense maniaque jouant encore un rôle de défenses du Moi ?

Les douleurs de Laura seraient une tentative de rétablissement de l'homéostasie perturbée par l'agression. En réponse à celle-ci, son moi enverrait autour de la blessure, ici le corps entier, toute l'énergie dont il dispose pour colmater la brèche et arrêter l'afflux massif d'excitations. Nous cernons une inhibition des pulsions agressives chez Laura. Elle a vécu 6 ans, pendant son enfance et adolescence, une victimisation-soumission de la part de son oncle. Ses pulsions agressives n'ont pu être évacuées à l'extérieur de soi et ont été retournées contre soi, origine des somatisations douloureuses. C'est l'axe hypothalamo-hypophysaire-corticotrope qui a dû gérer le débordement des excitations. De plus, la teneur importante de l'impact traumatique a entraîné des phénomènes inflammatoires de l'amygdale et de l'hippocampe, dépresseurs pour le système immunitaire d'où le développement de maladies inflammatoires auto-immunes. Pierre Marty évoque que *« les affections somatiques qui répondent finalement aux désorganisations progressives se rangent, dans leur ensemble, sous les titres de maladies cardio-vasculaires, maladies auto-immunes et cancers »* et Alexander (1952) indique que les maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïdale est *« un état chronique d'inhibition hostile, agressive, une révolte contre toute forme de pression, qu'elle vienne du dehors ou de l'intérieur, contre tout contrôle exercé par une autre personne ou chez certains sujets contre l'influence inhibitrice de leur propre conscience hypersensible »*. Cependant, Laura cherche un moyen d'extériorisation des pulsions agressives puisqu'elle prend des cours de théâtre et accepte volontiers les rôles que lui donne son professeur, des personnages colériques et irritables *« justement, mon professeur me donne toujours ce genre de personnages parce qu'il me dit que je devrais apprendre à me mettre en colère. Il me trouve trop effacée et aimerait que je m'exprime en criant (rires). J'essaie de jouer le jeu mais je sens que je ne suis pas crédible »*. Le personnage de théâtre peut lui permettre d'évacuer certaines tensions cumulées depuis son jeune âge mais a minima, car comme l'a exprimé Jean-Benjamin Stora lors d'un enseignement de psychosomatique intégrative, la colère exprimée à travers des personnages théâtraux n'est pas suffisante pour jouer le rôle d'une décharge car cette colère ne va pas avoir la même intensité et ne va pas concerner le même contenu que l'agression.

Lorsque je demande à Laura si elle rêve, elle me répond *« non, je fais des cauchemars, il y en a qui reviennent régulièrement »*. Elle me décrit, avec difficulté ces cauchemars : *« je*

suis habitée par un serpent ou des serpents, je ne sais pas s'ils sont plusieurs. Ils sortent de mes bras, de partout, de ma bouche. Mais ils me font mal. – Que représentent pour vous les serpents ? – Des bêtes agressives et méchantes, qui peuvent nous tuer, je déteste les serpents, j'en ai une peur bleue ». Les serpents à travers leur tonalité phobique semblent représenter l'agresseur identifié par les douleurs. La grande difficulté pour Laura d'expliquer davantage son cauchemar s'explique par la valeur traumatique qu'il recouvre. Le trauma est toujours présent et « hante » Laura. Malgré les échanges thérapeutiques autour de ce cauchemar, Laura ne parvient pas à mentaliser le traumatisme. Un autre cauchemar est présent également à une fréquence non négligeable : *« ma maison est en feu et mes enfants sont dedans et je ne vais pas les sauver parce que j'ai peur du feu. – pourquoi avez-vous peur du feu ? Avez-vous vécu un incendie ? – Non mais le feu me fait peur parce qu'il se propage vite, il est brûlant et peut tuer. Ça me fait penser aux explosions ».* Laurène ne peut en dire plus sur ce cauchemar tellement la remémoration est douloureuse. Le feu pourrait symboliser la douleur, l'inflammation. A-t-elle peur que ses maladies atteignent ses enfants ? En effet, Laura donne une grande importance au caractère génétique de certaines de ses maladies. A-t-elle peur d'engendrer une grande souffrance chez ses enfants à cause de ses douleurs intenses ? De plus, Laura m'indique qu'elle est *« à fleur de peau. Je suis touchée facilement par ce que les gens vont me dire. Comme si on ne pouvait pas me toucher et que le moindre reproche va me faire beaucoup de mal ».* Nous retrouvons, ici, l'atteinte du Moi-peau n'ayant pas une barrière suffisamment importante pour supporter les attaques extérieures. Le corps s'enflamme et le psoriasis comme la prise de poids peuvent venir colmater, à leur niveau, la brèche !

Tableau d'évènements de vie de Laura

Age/Dates et Evènements de vie	Troubles somatiques	Commentaires et Observations
Durant l'enfance (ne se souvient plus de l'âge exact)	Rhumatismes psoriasiques inflammatoires (chevilles et coudes). Aujourd'hui, atteintes sous les ongles, sous les cervicales et parfois sous les yeux.	Ses trois enfants en sont également atteints depuis l'enfance : - dans le cuir chevelu chez ses deux fils - au niveau des chevilles et des genoux chez sa fille
De 9 à 15 ans : abus sexuels par un de ses oncles maternels		Oncle toujours en vie et en contact régulier avec sa famille
A 14 ans : décès de sa sœur d'une tumeur au cerveau à l'âge de 4 ans		Deuil pathologique de sa sœur non résolu à ce jour

+ de son grand-père paternel		
A 15 ans : fin des abus sexuels par son oncle grâce à l'arrivée des règles de Laura	Hernie discale et diagnostic d'une polyarthrite rhumatismale	
A 16 ans : arrêt des études d'esthéticienne et inscription dans des études de sténo-dactylo à la demande de son père	Crise de psoriasis lui ayant recouvert le visage.	Laurène répond à la demande de son père en obtenant le CAP de sténo alors qu'elle désirait devenir esthéticienne
A 20 ans : quitte le foyer parental pour emménager avec son conjoint	Diagnostic du syndrome de Raynaud + arthrose aux cervicales	Symptômes proches d'une fibromyalgie
A 22 ans : Naissance des jumeaux et premières violences de son mari	Importante manifestation de l'hernie discale un mois après la naissance des jumeaux. A du rester alitée pendant deux mois.	« <i>Ma mère venait s'occuper des jumeaux comme mon mari travaillait</i> ». Associe catégoriquement l'hernie discale à la naissance de ses enfants (non acceptation de l'image féminine ?) et non aux violences de son mari
A 34 ans : Reprise des études en esthétique. A 36 ans : A de nouveau interrompu ses études par choix à quelques mois de l'obtention du diplôme	Nouvelle crise de psoriasis sur tout le visage (Hystérectomie subie par sa mère)	« <i>J'ai du arrêter mes études, une esthéticienne se doit d'être propre sur elle</i> » ; Omission lors des entretiens du cancer de sa mère qu'elle identifiait depuis le début de notre rencontre comme en bonne santé et n'ayant jamais eu de problèmes à ce niveau. Détail important rapporté suite à l'évocation du décès de sa grand-mère maternelle décédée de kystes ovariens et de fibromes à l'utérus « <i>ma mère aussi a eu ça d'ailleurs. Ils lui ont tout retiré</i> ».
En 2007 (44 ans) : agression à la sortie de son travail : tentative de vol, par un homme, de son sac à main	Selon les dires de Laura : diagnostic de fibromyalgie et de spondylarthrite ankylosante	Sa tante maternelle est également atteinte de spondylarthrite ankylosante.
En 2008 (45 ans) : Suicide de son frère par pendaison suite à son divorce En 2011 (48 ans) : Décès de son père d'un Accident Vasculaire Cérébral		Impossibilité pour Laura de parler du décès de son frère, de sa sœur et de son père « <i>ma mère est plus forte que moi, elle peut en parler sans pleurer, j'ai plus le caractère de papa</i> ».
En 2012 (49 ans) : Apprend l'adultère de son mari. Divorce.	Grands blocages physiques surtout au niveau des cervicales. Intensité des	Dépression

	douleurs physiques (et psychiques !) + Suivi médical pour problèmes thyroïdiens : goître	
--	---	--

Evaluation psychosomatique

Nom : Laura

Date de naissance : 16 Mars 1963

Date début de traitement : Juin 2012

<i>4 Dimensions du fonctionnement psychique</i>	Commentaires/Items	<i>Evaluation</i>
<u>Axe 1 : Processus et mécanismes psychique</u> <i>Axe 1A : Relation d'objet</i> <i>Axe 1B : Etats psychiques et événements de vie personnels</i>	Présence d'un objet agresseur intra-familial. Relation pré-objectale marquée par le clivage bon et mauvais objet de Mélanie Klein : position schizo-paranoïde (151) Moi faible et carencé : Moi corporel. Idéal du Moi (156) : grande dépendance maternelle et père comme modèle pour lequel elle a fait des études de sténodactylo. Masochisme de vie (160) puisqu'il y a quelques tentatives de résilience et une douleur au caractère défensif ; lacunes de l'organisation du préconscient (161) très faibles capacités d'aller-retour passé-présent, faibles capacités d'élaboration mentale. (202) Deuil période pré-pubertaire (décès de sa sœur, Laura âgée de 10 ans) (203) Deuils récents : son oncle et son frère (209) Trauma permanent : ne peut échanger autour des abus sexuels : « reste figée ». (212) Névrose traumatique : ne peut lier l'évènement traumatique. (218) Vie et pensée opératoire. Actuel et factuel accentué ; (220) Désorganisation progressive : depuis le traumatisme	

<i>Axe 1C : Points de fixation-régression</i>	pendant la période de latence (301) Fixations premières : troubles de la peau (psoriasis), système immunitaire (maladie auto-immune) (350) 1^{er} organisateur psychique : relation pré-objectale (354) Position schizo-paranoïde (357) Fixation sadique orale : prise de poids pendant les abus sexuels et reprise de poids après le deuxième divorce.	
<i>Axe 1D : Mécanismes et défenses du Moi</i>	(382) Clivage de l'objet. Son oncle, agresseur semble être « aimé » par Laura comme membre de la famille mais « haï » par l'atteinte traumatique. (388) Introjection : Laura introjette l'agression sexuelle exprimée à travers ses douleurs. (391) : Laura a de nombreuses activités artistiques (394) il semble qu'il y ait une identification à l'agresseur en reprenant l'agression sur son compte (douleur, dévalorisation et culpabilité)	Note : 3
<i>Axe 1E : Présence de traits de caractère</i>	(406) Anal et obsessionnel : Laura est dans la rétention et le contrôle de ses affects. Ses représentations sont rares et peu associatives.	
<i>Axe 1F : Activités sublimatoires</i>	(490) Activités artistiques : peinture, dessin, poterie, confection de costumes de danse, théâtre. Laura semble être dans un fonctionnement psychique profondément altéré puisqu'elle paraît fonctionner d'après une pensée et une vie opératoire, basée sur le factuel et l'actuel avec des allers-retours présent-passé très difficiles voire impossibles.	
<u>Prévalence des comportements (Axe 2)</u>	Laura présente une hypertonie musculaire (450) et une posture rigide (451). Elle présente des troubles de la sexualité génitale, frigidité (464). Les répétitions somatiques	Note : 3

	du trauma peuvent être repérées à travers la longue liste des maladies (470) Laura va excessivement travailler quotidiennement jusqu'à ce que la douleur, devenant quasi-insupportable, la freine.	
<u>Capacité d'expression des affects (Axe 3)</u>	Beaucoup de pleurs accompagnent les verbalisations en entretiens (500). De par ses maladies, Laura ressent beaucoup de fatigue (511) et de douleurs permanentes (512) Laura exprime des affects traumatiques à travers les somatisations	Note : 4
<u>Risque lié à l'environnement (Axe 4)</u>	L'environnement familial a été, pour elle, perturbé suite aux agressions sexuelles (601) ; Elle a rencontré des périodes de stabilité professionnelle (602) ; perturbation durable et permanente de son environnement familial et relationnel (conjugal) (603b) ; Rupture avec la famille (divorce) (604) ; L'expression des affects varie en fonction de la thématique abordée pendant les entretiens (trauma, activités artistiques...) (610)	Note : 5

Evaluation des risques

Evaluation du risque psychique	<u>Note 15 : risque élevé à très élevé</u> Il est important d'appuyer sur la présence d'un dérèglement thyroïdien récent qui donnerait un risque psychique élevé.
Evaluation du risque somatique	<u>Note 4 : risque élevé</u> Laura vit intensément ses maladies comme un vécu en continu de l'agression. Il n'y a pas de mentalisation autour du trauma et des maladies. La fibromyalgie n'est pas une maladie mortelle mais l'hyperthyroïdie

	n'est surtout pas à négliger.
Evaluation du risque global psychosomatique	<u>Risque élevé : instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée</u> Bien que Laura vit une très bonne relation avec sa mère et sa tante, elle se dégrade somatiquement. Les décharges physiques deviennent de plus en plus difficiles à cause de la douleur somatique déjà bien intense et installée. De plus, les cauchemars persistent et les rapports avec les hommes sont toujours évités. Laura a eu très peu de rapports sexuels dans sa vie hormis lorsqu'elle désirait un enfant.

Diagnostic – structure fonctionnelle psychosomatique

Laura semble présentée une névrose traumatique (146). D'après Laplanche et Pontalis (1967), la névrose traumatique est un type de névrose où l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Pour Freud, la névrose traumatique vient du dehors et est exprimée à travers le syndrome de répétition et des cauchemars. Les cauchemars à répétition de Laura peuvent s'accompagner d'un vif sentiment que l'action est en train de se passer. Nous retrouvons le syndrome de répétition de la névrose traumatique à travers les douleurs physiques de Laura comme un attachement masochiste. Fenichel considère ses manifestations de répétition comme des « *essais de décharges différées* ». Il y a aussi l'expression d'une culpabilité comme si elle avait franchi un interdit, l'interdit de sexualité intra-familiale. De plus, sa culpabilité s'exprime aussi à travers la responsabilité qu'elle a de ce qu'elle fait de son trauma.

Conclusion

Ce travail d'analyse psychosomatique a été très formateur. J'ai appris à voir le patient d'une manière globale en liant son histoire de vie avec les liens familiaux, les maladies, les traumatismes ... J'ai aussi pu apprendre à manipuler la méthode d'évaluation psychosomatique. « Décortiquer » l'histoire globale du patient donne un regard différent sur la prise en charge. En effet, en tant que psychologue, je n'ai pas été juste à l'écoute de la souffrance psychique, j'y ai inclus également la souffrance physique. De plus, il était important d'inclure cette dernière au travail thérapeutique lorsque nous voyons, dans le cas de Laura, l'ampleur que prend cette dynamique. Laura s'exprimait réellement à travers ses douleurs corporelles et parlait donc de son traumatisme à sa façon. Comment Laura pourrait-elle se détacher du trauma ? Est-ce que des échanges avec sa mère et sa tante seraient la clé de la libération psychique ? J'ignore comment et où me situer face à une telle approche. Mais je pense, en revanche, que « guérir » la fibromyalgie de Laura, si cela était possible, risquerait, à mon humble avis, d'entraîner une désorganisation plus intense comme par exemple, le déclenchement d'un cancer. Le corps parle pour Laura et lui permet de vivre et de se reconnaître en tant que victime, victime d'une agression dont elle en est en rien responsable. Parfois, les maladies sont vécues comme un support de vie. Notre but, dans le cadre d'un entretien psychosomatique, ne serait donc pas de chercher à « guérir » l'autre mais d'accueillir et d'étayer l'autre ... à sa juste valeur.