

Relaxation Thérapeutique et angoisse chez l'adulte :

La clinique autour du corps en hôpital gériatrique

Anne-Cécile NOEL DA SILVEIRA Psychomotricienne Lyon

Journée ARTEA 29 Septembre 2018

Je vous parlerai donc aujourd'hui de la clinique autour du corps en hôpital gériatrique de ma place de psychomotricienne et de la pertinence de la Relaxation Thérapeutique Bergès.

Pour commencer quelques mots autour du vieillissement et ses aléas, puis pour illustrer mon propos je vous parlerai de Mme S, rencontre clinique pas toute récente, dans tous les sens du terme, dont j'ai déjà parlé il y a quelques années rue de Rennes.

Certaines périodes de la vie sont particulièrement marquées par la conjonction de difficultés, de remise en cause, de bouleversement du corps, qui auront des répercussions sur la trajectoire de vie. Ces moments représentent des crises existentielles, qui selon leur issue, c'est à dire l'élaboration qu'en fait le sujet seront maturantes ou désorganisatrices: on en sort grandi ou affaibli.

Toutes ces crises peuvent être lues sous l'angle du rapport à la mort, crise de l'enfance, crise de l'adolescence, crise de l'âge moyen, et crise du vieillissement, méconnue et banalisée car souvent considérée comme un des effets du vieillissement. Alors même que le solde chronologique s'amenuise, la prise de conscience de sa finitude ne va définitivement pas de soi.

Jean Bergeret parle de crise de sénescence comme d'une deuxième crise d'adolescence parce qu'elle soumet l'individu à des remaniements psychiques, corporels, narcissiques considérables. Il s'agit bien d'un ensemble de transformations biologiques, psychologiques, sociales qui s'accélèrent, sur fond de deuil et de perte plus ou moins récents, et non sans angoisse.

Au plan psychomoteur, les changements corporels viennent modifier la relation au monde : rétrécissement et appauvrissement de l'espace sensoriel lié au vieillissement des organes des sens, ralentissement moteur et toutes ses répercussions sur le tonus, l'équilibre, la mobilité, transformations de l'image du corps et ricochet sur schéma corporel, vieillissement neurologique (perte de mémoire, stockage moindre)...

Les remaniements psychiques sont aussi considérables avec des enjeux principalement narcissiques: perte d'estime, dépréciation. Les liens de dépendance et d'autonomie sont revisités bien souvent de façon brutale en lien avec un évènement somatique, une entrée dans la maladie, qui précipitent la dépendance.

Cette crise est fréquemment ardue à dépasser, précisément parce que les atteintes liées à l'âge empêchent l'exercice de certaines compensations comme l'activité, l'apparence du corps, le statut social... Lorsque ces compensations ne sont plus possibles, les mécanismes habituels de défenses s'intensifient ou encore des mécanismes beaucoup plus archaïques sont activés. La souffrance et l'angoisse s'expriment sur un mode psychopathologique avec un festival de symptômes, régression, délire, défenses phobiques, somatisations, méticulosité obsessionnelle...

La rencontre clinique en hôpital gériatrique a cela de spécifique que l'on a à faire à des sujets qui ont, somme toute, menés une existence « normale », traversée d'épreuves, jusqu' à ce qu'une nouvelle épreuve, parfois en apparence moins douloureuse, les fasse s'effondrer.

La clinique psychomotrice en gériatrie invite à comprendre les retentissements de cette crise du vieillissement sur la relation de la personne âgée à l'égard de son propre corps, à l'égard de sa façon de l'investir, de le sentir, de le vivre.

Notre formation initiale en psychomotricité nous place plus volontiers du côté du corps agi, agissant, et les indications en psychomotricité sont principalement axées sur la fragilité de la verticalité et de l'image du corps, avec comme symptôme phare, la chute, et le syndrome post chute. Les projets de soins convoquent quasi systématiquement la mobilité, probablement aussi en lien avec des angoisses de mort qui traversent les institutions. L'hyperactivité nous guette, soignants, familles...

Ensuite, l'arrivée de la cotation des actes à l'hôpital contraint à une fragmentation de plus en plus grande de la représentation du corps et du soin. Autant que possible nous luttons pour une compréhension et une approche globale de l'humain, non sans obstacle. Parmi ce découpage arbitraire des soins en psychomotricité, le terme de relaxation apparaît, il faut le reconnaître, assez « fourre tout » mais cela a le mérite de nous laisser travailler tranquilles.

Enfin, à l'hôpital gériatrique comme ailleurs, la relaxation reste un objet étrange et énigmatique. Il faut parfois du temps pour comprendre qui demande à être détendu dans l'histoire, si tant est que le projet de la relaxation, c'est de se détendre... Parfois ce sont les soignants, parfois le médecin, parfois le patient, lui, ne demande rien

malgré ses plaintes, en tout cas surtout pas à se détendre, au risque de mettre en péril son organisation psycho-corporelle, au risque d'aller mieux et de perdre les bénéfices de son statut de malade...

Le projet de soigner aux étapes ultimes de l'existence mérite, et nécessite une réflexion singulière autour du corps sujet, désirant, avec, en ligne de mire, la réappropriation de son corps avec tous les réaménagements singuliers que cela suscite. La sauvegarde de l'autonomie, aussi petite soit elle, n'est pas toujours où l'on croit.

Dans ce décor planté je peux maintenant vous parler de ma rencontre avec Mme S.

Mme S, veuve depuis 30 ans, vivait seule dans sa maison de l'Ain, bâtie par son mari. Elle s'occupait encore de son jardin, ne renonçant à aucune de ses habitudes de vie. La vieillesse, c'était pour les autres. Un soir de juin elle s'évanouit dans sa salle de bain, puis se retrouve au sol, incapable de se relever... Par chance les fenêtres de la maison sont ouvertes, elle appelle sa voisine. Elle est accompagnée aux urgences, rien de cassé. De retour en ambulance à son domicile, un premier arrêt cardiaque, puis quelques jours plus tard, le second. « On a failli la perdre 2 fois », m'annonce le médecin, 2 décompensations cardiaques suivies de 2 réanimations. Mme S a 99 ans.

Son cœur se stabilise après quelques semaines d'hospitalisation mais Mme S se grabatérise, refuse toute mobilisation et toute rééducation. Elle se plaint de multiples douleurs que les investigations médicales n'expliquent pas. Elle refuse absolument de quitter sa chambre, le changement de lieu génère une désorganisation spatio temporelle intense, et beaucoup d'angoisse. Les soins du quotidien sont extrêmement difficiles, Mme S se rigidifie, son armure tonique rencontre celle des soignants avec violence et incompréhension, elle est qualifiée de démente par l'équipe, et le MMS réalisé à son arrivée est très mauvais.

C'est dans ce contexte que l'indication de psychomotricité est posée en aout au sein du service de soin de suite et de rééducation et que je suis amenée à toquer à la porte de sa chambre.

Installée dans son lit, immobile, un battement de cil pour m'accueillir. Ces yeux verts sont comme figés eux aussi, son visage au teint très pâle est encadré d'une chevelure blanche abondante, coupée au carré. Elle tend le bout des doigts à mon approche, sans soulever son poignet.

Sa fragile silhouette dépasse à peine du matelas, seules ses mains et son visage sont au contact de l'air. Son corps est recouvert, enveloppé de multiples façons, bandes de contention sur les jambes, plusieurs épaisseurs de couvertures, superposées, un foulard sur la tête, et des carrés de soie, pas dépliés, contre le cou,

la poitrine, comme pour panser une plaie, comme pour retenir une substance vitale qui risquerait de s'échapper.

Mme S souffre d'une hypoacousie qui m'oblige par intermittence à m'approcher à quelques cm de son oreille gauche (qu'elle m'indique), puis m'éloigner d'elle pour retrouver un face à face. Elle dira peu de choses ce jour, pointant du bout des doigts ses jambes qui la font souffrir.

Plusieurs passages dans la semaine sont nécessaires pour tisser un lien avec elle, dans une régularité et une rythmicité qui par ailleurs l'aide à se réinscrire dans le temps. Les petits cartons de RV s'accumulent, et elle finit par me lancer, « si vous êtes ici c'est que nous sommes jeudi ».

Au devant de la scène, c'est la chute qui revient répétitivement et confusément dans son discours. Nous mettons du temps à relier les événements entre eux, les différentes hospitalisations...Mme S se sent perdue. Elle peut aussi nommer qu'elle s'est vue mourir. La prise de conscience de sa finitude est advenue extrêmement brutalement. S'était-t elle imaginée mortelle ? Comment réinvestir la vie après avoir cru que tout est fini?

Mme S est figée dans un mal être physique et psychique indicible : bouger, c'est risquer de mourir. Elle présente un syndrome post chute massif, avec sidération des automatismes moteurs, peur panique à l'idée de se verticaliser.

Traversée par des angoisses de mort, elle se fige, mais cette tentative d'apaisement de l'angoisse reste infructueuse puisque l'immobilité, l'enkylose qui la gagne est aussi à l'origine de sensations pénibles de fourmillement, douleurs, voir vécu d'anéantissement.

Mme S commence à se raconter mais elle refuse dès qu'il s'agit de mobiliser son corps. Il faut accepter ses retraits.

De mon côté commence à germer la proposition de relaxation, avec la perspective de peut-être réinvestir son corps autrement, (corps qui l'a lâché si soudainement), pour lui permettre d'éprouver son corps immobile mais vivant, segment par segment, au présent. Elle reste un peu perplexe devant le terme de relaxation mais l'alliance semble nouée.

Nous démarrons la cure, au rythme de 3 séances par semaine.

Mme S ne me quitte pas des yeux, je pense aux enfants instables que je suis en relaxation au CMPP, et qui ont bien du mal aussi à fermer l'oeil, être au dedans

d'eux même, avec suffisamment de sécurité; petit clin d'oeil aux travaux de Mr Bergès qui m'ont si souvent ouvert les yeux!

Mme S est extrêmement tendue, figée. Pour la 3ème séance de relaxation elle m'autorise à découvrir et regarder ses jambes. Elle ose regarder à son tour, craintive, sur le qui vive. Nous nous arrêtons sur le repérage somatognosique, les nominations et palpations. Je ne suis pas sûre qu'elle entende toutes les inductions, à moins qu'elle ne lise sur les lèvres, mais elle semble se satisfaire et s'envelopper de ce bain de langage et des touchers. Nous prendrons du temps avant de la mobiliser, peut être aux prises nous même avec cette angoisse de la voir se briser en mille morceaux.

Mme S revient encore beaucoup sur les circonstances de sa chute, avec des détails retrouvés à chaque séance : la pendule du couloir qu'elle apercevait par l'entrebaillement de la porte, l'ambulance, l'hôpital ou elle s'est vue mourir. Elle reconstruit peu à peu le déroulement des dernières semaines. Nous approchons de la généralisation, toujours sans mobilisations.

Seulement après cette étape je lui propose des mobilisations, bras, puis jambes. Les mobilisations la remettent en lien avec des événements de vie intenses, la chute est de moins en moins abordée. Mme S se revoit pédaler sur son vélo pour retrouver son fiancé à 40 km de chez elle, sensation de chaleur, vitesse, nez au vent, odeurs...

A chaque fois ce passage par l'éprouvé corporel la remet en contact avec son histoire, passage par le corps qui remet la pensée en route, et ramène à la surface des sensations, des émotions, des souvenirs bien vivants de vie au grand air et jeux avec ses 2 frères cadets, courses dans la maisonnée, le bureau du père et les escaliers qui y mènent...

Je suis frappée par la qualité et la précision de ces détails, et en même temps qu'elle se raconte, Mme S retrouve sa mimogestualité, ses mains et son buste s'animent, ses joues se colorent, ses yeux brillent.

Quel temps vous emmène, me lance-t-elle à chaque rencontre ? Nous écartons les rideaux pour regarder ensemble les monts du Lyonnais dehors, le feuillage d'automne, le ciel. Des événements de vie se déroulent, Mme S se raconte avec plaisir, l'histoire de ses parents, sa rencontre avec son mari, l'adoption de ses 2 enfants, puis l'accueil d'orphelins après guerre.

En parallèle de la cure, Mme S accepte d'être installée au fauteuil et de quitter son lit. Les soins sont moins problématiques. Ses enfants évoquent un possible retour à

domicile, à condition qu'elle marche. Mme S a retrouvé sa verticalité au fauteuil, ne présente plus de rétropulsion ni de signe de syndrome post chute. Début octobre, alors que sa sortie devient envisageable, son état se dégrade de nouveau. A l'occasion d'un bref épisode somatique (douleurs dans les jambes, suspicion de phlébite), le lit strict est prescrit pendant 3 jours, lit qu'elle ne quittera plus.

De retour des vacances de Toussaint, je la retrouve de nouveau emmitouflée, enveloppée, sous ses plumes. Elle se présente à présent plus nettement dans une tonalité dépressive. Elle a froid pendant la relaxation. Elle est assaillie d'images et de souvenirs pénibles ou douloureux. Cette froideur dans les membres elle la relie aux blessures du froid qu'elle a connues, enfant, ses hivers qui n'en finissaient pas, l'absence du père pendant la grande guerre, trouver du combustible chaque jour. Puis le retour du père, en janvier 1919, survivant de la guerre, très affaibli, qui décède quelques semaines après de la grippe.

Puis l'unique maladie qu'elle a subie à 23 ans, suivie d'une ovariectomie douloureuse et du renoncement à enfanter.

L'étape de la respiration aide Mme S à retrouver des sensations agréables, sécurisantes, retrouve un vécu de fiabilité, de solidité, et à prendre de la distance par rapport à ses vécus douloureux.

Dans le même temps, la relation aux soignants de l'équipe se dégrade à nouveau. Mme S appelle sans discontinuer, jamais satisfaite, s'agrippe aux soignants jusqu'à leur faire mal pendant les transferts. L'équipe ne la supporte plus « elle est en demande permanente! », et trouve des réponses inadéquates, éducatives ou des représailles selon le moment.

Au plan psychomoteur c'est un ajustement tonique impossible dans le portage ou les transferts, rencontre entre deux carapaces toniques, crispation, agrippement. Mme S peut nommer l'effroi qui l'envahit lorsqu'on lui demande de se verticaliser.

Elle est à la fois extrêmement vulnérable et exigeante, dans une forme de toute puissance infantile qui fait retour si facilement, dès lors que la vie s'échappe ou que le narcissisme est menacé: désir infantile d'être tout, tout le temps, et de disposer des autres.

Ses enfants s'inquiètent de son retour à domicile, le médecin, lui, des complications possibles de l'alitement(escarres, circulation). Je lui en dis un mot, pour l inviter aussi à se mobiliser de nouveau.

Elle me répond tranquillement avec un sourire : « oh moi, mais je vais mourir ! depuis le ...19... que j'ai les yeux ouverts, ça fait un bail vous croyez pas ? »

Je lui réponds comme je peux que si elle est encore là c' est qu'elle a des choses à vivre.

Le projet de retour à la marche se fait toujours pressant, équipe soignante, famille, projet de soin dans lequel je m'inscris... jusqu'à ce que je me demande si cela a vraiment du sens pour elle.

Après tout, à 99 ans et demi, n'a-t-elle pas le droit de rester au lit ?

Je peux alors repréciser le projet de relaxation, en me décalant du projet fonctionnel, et je pense aux mots de Bergès souvent entendus : faire meilleur ménage avec son corps, réinvestir son corps et ce qui va bien.

Mme S pourra alors mettre en mot son ambivalence : « Si mes jambes vont mieux je pars d'ici et je ne me vois plus seule dans cette grande maison. Est ce que je peux rester si mes jambes guérissent ?

Le projet de vie de Mme S se précise, une entrée en long séjour se profile, entrée choisie.

Mme S refuse toujours le travail en kinésithérapie, plus exactement elle est en train de renoncer à la marche, « trop coûteuse » selon ses propres termes. Elle ne marche plus mais participe activement aux transferts, peut prendre appui sur l'autre, s'accorder toniquement, et repousser suffisamment le sol pour se maintenir debout.

Mme S entre en long séjour dans le même établissement, la cure se poursuit et approche de son terme. Son corps est animé par une mimogestualité retrouvée, coordonnée et organisée autour de son axe vertébral. Sa chambre se remplit d'objets personnels, d'image. Après le corps c'est l'espace de la chambre qui est réinvesti. Regard vif et cheveux au vent, telle la petite fille espiègle qu'elle a dû être, Mme S affirme ses choix de vie, horaires et habitudes, mais les conflits sont moindres, et l'équipe de long séjour accueille avec plus de souplesse ses demandes.

Mme S se nourrit de projets à court terme, qui seront réalisés ou ne le seront pas, des visites de ses enfants. Elle a su étonnement conserver des liens avec les autres enfants qu'elle a accueillis après guerre. Elle garde sa porte ouverte sur le couloir, attentive aux allers et venues des soignants, des visiteurs. Mi décembre la cure touche à sa fin, Mme S semble avoir trouvé sa place dans l'unité.

Au regard de cette histoire clinique et de bien d'autre, la relaxation thérapeutique offre la possibilité d'aborder le corps comme parchemin de vie, de se remettre en contact avec ses sensations, ses émotions, retrouver du mouvement dans sa tête, par le biais des images, aller et venir entre la sensation, l'émotion, la représentation.

Est ce que la relaxation n'a pas aussi autorisé Mme S à accomplir ce nécessaire « travail du vieillir » dont nous parle Danielle Quinodoz, cette sorte de bilan de vie, ce travail actif d'intégration du temps présent, la fin de vie, dans l'ensemble de la vie. Les étapes de la cure, la segmentation corporelle et la mise en perspective d'un tout,

d'une unité, ont permis à Mme S de revisiter des moments forts de son existence, en leur donnant du sens et du poids, en lui permettant de se reconnaître à travers tous les changements, reconnaître la permanence de son identité, reconnaître son corps comme restant lui-même, même dans le changement.

Au sortir de ce bilan, Mme S semble avoir renoncé à une partie d'elle (la marche) pour ne pas lâcher prise complètement, et au profit d'un corps habité et vivant. Charlotte HERFRAY nous parle du « stade du miroir inversé » au cours du vieillissement, comme le négatif du stade du miroir décrit par Wallon puis Lacan où l'enfant découvre son unité corporelle. Ce renoncement n'a pas été sans heurts, pour elle, pour l'équipe, pour sa famille. De mon côté c'est au travers de l'observation clinique que nous offre la relaxation que j'ai mesuré, plus vite, cette mobilité psychique retrouvée, et sa vitalité.

Au regard de la clinique du grand âge, on peut aussi repérer que se rejoue, grâce à la relaxation, l'expérience de continuité chère à Winnicott, à savoir le holding:

Ecarter l'angoisse, en assurant le sentiment de continuité d'existence, de part, la ritualisation, la régularité, la prévisibilité du dispositif de la cure.

Revisiter les liens de dépendance de façon originale, dans un dispositif somme toute très contenant et sécurisant, pour le patient et le thérapeute.

Ce témoignage reste lacunaire au regard de la richesse et la singularité du parcours de vie de Mme S qui vous l'aurez compris m'a bien touchée. J'ai été sensible aussi aux multiples croisements entre l'histoire individuelle, et la grande histoire. 100 ans. Il y a probablement une dimension de transmission dans cette affaire, une trace qu'elle laisse en moi et que j'ai eu envie de partager.

Et enfin, il serait utile de réaffirmer dans le contexte sociétal et institutionnel actuel, les mots de Bianchi: même aux confins de l'existence, « le corps n'a pas passé l'âge, de se nourrir de symbolique et d'imaginaire, pour rester en vie, traversé de désir et d'intérêt porté à autrui, au monde ».

Anne-Cécile NOEL DA

SILVEIRA

BIBLIOGRAPHIE :

- Jean BERGERET
- Jean BERGES « le corps dans la neurologie et la psychanalyse » ERES 2007
- Henry BIANCHI « le moi et le temps: psychanalyse du temps et du vieillissement » DUNOD 1987
- Charlotte HERFRAY « la vieillesse : une interprétation psychanalytique » édition Epi Desclée de Brouwer, Paris 1988
- Danielle Quinodoz « Des mots qui touchent » PUF 2003
- Gérard LE GOUES « l'âge et le principe de plaisir » DUNOD 2005
- Jacques MESSY « la personne âgées n'existe pas » PAYOT 1994
- S. MUGGLI et E. TERRADILLOS « interventions en psychomotricité, un mouvement vers soi et les autres » édition SZH CSPS