

La voie du corps sensible dans le traitement du mal être



Armand Angibaud

Kinésithérapeute formé à la fasciathérapie, Master en psychopédagogie perceptive de l'UFP, CERAP/UFP



Emmanuelle Duprat

Psychiatre, Pr. auxiliaire invitée de l'UFP et chercheur au CERAP/UFP



Danis Bois

Dr. en sciences de l'éducation, Pr. catégorique de l'UFP et directeur du CERAP/UFP

Introduction

Mon objectif est ici de communiquer les résultats d'une étude effectuée dans le cadre d'un Master en Psychopédagogie perceptive¹, dans le domaine des Sciences humaines et sociales à l'Université Fernando Pessoa (Porto), qui portait sur le thème : « Fasciathérapie² et mal être » (Angibaud, 2011).

Après plus de 40 ans d'exercice de la kinésithérapie, dont 28 années en tant que fasciathérapeute, j'ai acquis des compétences et des savoir-faire dans le domaine de la dimension soignante de l'être humain. Mon expérience m'a permis de constater que cette dimension soignante pouvait s'étendre au-delà de la dimension pathique et permettre au patient d'esquisser une réappropriation de la perception de son corps au service de son bien-être. J'ai constaté également que la perception de l'amélioration de l'état somato-psychique restait

souvent méconnue du patient lui-même, cette perception étant probablement estompée du fait de l'importance qu'il confère au soulagement physique. C'est donc dans l'objectif de mettre en lumière cet aspect du soin de fasciathérapie que j'ai choisi d'étudier ses impacts sur les états de mal être.

La notion de mal être comprend pour nous des éléments qui, au-delà d'une souffrance corporelle ou psychique, peuvent influencer l'être humain dans sa globalité et en particulier dans la relation à son existence.

L'originalité de la fasciathérapie, à travers le toucher manuel dit « toucher psychotonique »³ (Bois, 2006 ; Courraud, 2007), est de permettre au sujet de vivre une expérience nouvelle de perception de son corps. Ce vécu, établi au sein d'une relation de confiance avec son thérapeute, peut parfois le concerner et le toucher au point de le conduire à un processus de réflexion à

partir de cette expérience. Ce processus peut aussi l'amener à un autre regard sur son état de santé ou de mal être. C'est bien ce processus qui a été l'objet de mon exploration à partir du témoignage des participants.

Je reprendrai ici brièvement quelques éléments théoriques concernant la question de la place du corps dans l'état de mal être. Je tenterai ensuite de présenter les principaux résultats issus de ma recherche.

Éclairage théorique

1. Corps et mal être

Lorsqu'ils ressentent un état de mal être, les patients sont bien souvent en recherche de diagnostic ou de causes explicatives à leur état : « Il est plus simple en effet de voir la cause des états de mal être à l'extérieur plutôt qu'à l'intérieur » (Languirand, 2002, p. 27).

Cependant il est des cas où, malgré un diagnostic médical clairement établi, persiste un mal être singulier, pouvant prendre des formes diverses, le plus souvent peu visibles pour autrui. La notion de mal être est donc difficile à cerner car mal répertoriée sur le plan médical et souvent assimilée à une grande diversité d'expression de petits maux physiques, psychiques ou émotionnels.

Il existe des états réactionnels ponctuels apparaissant et disparaissant spontanément. Mais il existe également des états de mal être qui peuvent prendre la forme d'une chronicité au cours de laquelle la personne ne se reconnaît plus elle-même. Des états qui s'installent progressivement vers une perception négative de l'état corporel.

On peut considérer le mal être comme étant à la frontière du physiologique et du pathologique, et il est possible de se demander ce que vit la personne à l'intérieur d'elle lorsqu'elle est dans cet état. D. Bois situe le problème au niveau de la distanciation de la personne avec son propre corps : « Encore une fois, quelle que soit l'origine du mal être, le problème central reste le même : la personne souffre d'une distance entre elle et son corps, elle vit un sentiment d'étrangeté à elle-même » (Bois, 2006, p. 211).

R. Descartes a reconnu l'importance de la place du corps dans certains états de souffrance.

Mais pour ce classique défenseur de la dualité corps/esprit, c'est l'âme, et donc l'esprit, qui influence le corps et non l'inverse : « L'union de l'âme et du corps dont la passion est un effet, se traduit corrélativement par l'action de l'âme sur le corps » (Descartes, 1999, p. 19).

Le philosophe Maine de Biran, contemporain de Descartes, souligne lui l'influence du corps sur l'esprit en l'abordant sous l'angle d'un sentiment organique. Il parle d'affections internes ou *cœnesthèses* qu'il décrit ainsi : « Elles se développent de manière autonome et passive dans chaque organe donnant lieu à des sentiments diffus, tantôt de bien être, de calme, de sérénité, de confiance en nos forces, tantôt d'anxiété, de trouble... » (Maine de Biran, cité par Bégout 1995, p. 22).

2. Mal être et somatisation

Initialement, la notion de somatisation pouvait évoquer aussi bien une origine somatique que psychique, ainsi Heinroth en 1820 s'est interrogé sur les interactions entre le corps et le psychisme et considérait que les désordres corporels avaient une influence sur le psychisme. Plus tard, avec le modèle psychanalytique, la notion de somatisation a été assimilée au modèle psychosomatique : « [...] la somatisation est un mécanisme de défense du Moi qui ne veut pas qu'apparaisse à la conscience ce trouble psychique » (Ranty, 1994, p. 290). Dans ce modèle, la dimension psychique prédomine non seulement du point de vue de son importance, mais également de sa primauté dans l'origine des troubles : « la théorie freudienne s'installant franchement dans le cadre d'une réalité purement psychique, et le moyen thérapeutique se limitant au verbe, le corps devient le support fantasmatique d'un langage imaginaire » (Berger, 2009, p. 99).

D'autres thérapeutes vont cependant choisir de mettre en avant l'importance de la dimension corporelle dans l'état psychique, comme W. Reich qui parle : « d'ancrage physiologique d'une expérience psychique » (cité par Lemaître, 1975) et E. Gendlin, disciple de C. Rogers et fondateur du focusing, qui a travaillé sur cette dimension organique et a décrit un « sens ressenti corporellement » ; « l'organisme « se sent » lui-même, il a un certain feeling de lui-même » (Lambooy, 2003, p. 189).

À l'heure actuelle, les théories non-dualistes, notamment dans le domaine de la

neurophysiologie, parlent d'une interdépendance entre les fonctions du corps et celles dites de l'esprit dans la mesure où l'activité d'échange est constante. Ainsi, selon A. Damásio, il existe des « perceptions d'arrière-plan » qui sont à la fois perçues et ressenties en tant que « sentiment d'arrière-plan » : « les perceptions d'arrière-plan fournissent un index fiable des paramètres instantanés de l'état interne de l'organisme » (Damásio, 1999, p. 284).

D. Bois parle lui d'une « voie somato-psychique » pour signifier qu'il ne s'agit pas d'une voie psychosomatique exclusive : « On se précipite chez le psy pensant que le problème trouve son origine dans le mental. On pense rarement spontanément qu'un tel état puisse provenir d'une relation perdue avec son propre corps » (Bois, 2006, p. 24-25). Il défend en réalité l'idée d'une « unité somato-psychique », c'est-à-dire d'une dimension de simultanéité ou de réciprocité entre ces deux instances : « Il s'agit donc de permettre à une personne de rétablir un dialogue entre son psychisme et son corps » (Bois, 2007, p. 77).

Pour D. Bois, la somatisation est un symptôme physique d'expression d'un mal être : « Le mot somatisation est devenu aujourd'hui une notion fourre-tout, derrière laquelle se cachent en fait des symptômes physiques qui expriment un mal être global » (Bois, 2006, p. 231). Selon le modèle de « la voie de résonance d'un choc », élaboré par D. Bois, et développé par N. Quéré (2004), toute pathologie est l'expression finale d'un long processus silencieux d'adaptation du corps et de sa physiologie aux stress de tous ordres, tant physiques que psychiques, processus pouvant évoluer totalement hors du champ de conscience de la personne et provoquer un état de mal être longtemps imperçu. Dans cette mémoire profonde du corps stratifiée et immobile se trouve la base de toute une stratégie inconsciente de nos souffrances apparentes que D. Bois décrit ainsi : « ... s'installe donc une dégradation sournoise... qui s'exprime aussi sous la forme de ce que j'ai appelé, précédemment, des « troubles non-révéls », qui sont bien présents dans le corps mais pas forcément à la conscience de l'individu » (Bois, 2006, p. 204).

3. Voie somato-psychique et corps sensible

D. Bois fonde son postulat théorique de

« Voie de résonance d'un choc » sur son expérience clinique puisqu'il retrouve en thérapie manuelle, chez les personnes souffrant de mal être, des signes infra-cliniques : « Le corps est ainsi imbibé de tonalités endormies, prêtes à être réactivées au gré d'une rencontre thérapeutique » (*Ibid.*, p. 58). Dans la matière corporelle, il y a des zones qui se débrident, réveillant ainsi des perceptions et ayant pour effet de libérer ces malaises psychiques semblant enfouis au sein des somatisations.

Selon cette perspective, la vision du corps dépasse la vision habituelle qui désigne le corps comme la partie matérielle d'un être animé assurant les fonctions nécessaires à sa vie. Elle considère la globalité d'une expérience qui amplifie l'expression du passage d'un état organique vers un autre état organique en tant que vécu, senti, éprouvé et conscientisé. C'est cette voie somato-psychique qui m'intéresse dans le cadre de son application à la problématique du mal être, puisqu'elle vise à étudier la relation que le sujet établit avec son corps dans cette situation.

D. Bois définit la notion de « corps sensible » (Bois, 2001, 2006, 2007) comme lieu d'expérience intérieure pour le patient dont la « perception consciente » fait le lien entre le sentir et le penser. Il prolonge ainsi les notions de « corps propre » ou de « corps vécu » envisagées par les phénoménologues, tout en insistant sur la dimension interne et non externe/ extéroceptive de la perception du corps sensible dans laquelle s'origine l'attention. Pour situer la nature de Sensible qui est soumise à l'expérience proposée au patient dans la fasciathérapie référons-nous à Berger & Bois : « Pris comme adjectif le terme « sensible » désigne donc pour nous en premier lieu une certaine caractéristique du fonctionnement corporel qui lui permet, via le mouvement interne qui anime la matière, de se faire l'écho de toute expérience du sujet. Pris comme substantif - « le » Sensible - il s'agit de la modalité perceptive elle-même par laquelle le sujet peut accéder aux messages ainsi délivrés dans et par son corps » (2008, p. 97). Sur ce mode du Sensible (Berger, 2009 ; Berger & Bois, 2008 ; Bois, 2001, 2006, 2007 ; Bois & Austry, 2007 ; Bois & Humpich, 2006), la perception devient le support des tonalités internes vécues par le patient durant l'acte thérapeutique lui permettant de recontacter la plus profonde partie de lui-même : « Le Sensible est un mode de préhension de soi-même et du monde...

permettant l'accès à l'intelligibilité de l'univers des sensations corporelles sous l'autorité de la perception» (Bois, 2007, p. 338).

Finalement, la notion de corps sensible laisse entrevoir une perspective existentielle forte derrière laquelle pointe une volonté de retrouver une qualité de présence à sa propre vie.

Dans les recherches du CERAP⁴ sur ce thème, de nombreux patients témoignent du soulagement apporté par le toucher de relation proposé par la fasciathérapie : « Les patients rapportent que leur état de tension physique laisse place à un état de détente et l'anxiété à un état de calme... » (Bois & Bourhis, 2010, p. 234).

Comme l'a développé D. Bois dans son travail de doctorat, la relation au corps sensible peut conduire les personnes à une transformation de leurs représentations psychiques : « C'est avec étonnement que l'étudiant, au contact de l'expérience du Sensible, éprouve des sensations fortes, qui jusqu'alors, lui étaient inconnues et qui lui révèlent une qualité de présence à lui-même » (Bois, 2007, p. 350) ; « Cette relation au corps n'influence pas seulement la subjectivité corporelle, elle agit sur l'identité de la personne, la relation au corps devenant source de validation de sa propre identité » (*Ibid.*, p. 350).

Ce processus a également été étudié chez certains patients souffrant de pathologies psychiques importantes, comme les troubles des conduites alimentaires, et a mis en évidence un profond changement de représentation identitaire : « nous constatons donc que ce travail a une incidence sur la reconstruction de l'identité corporelle et de l'image de soi, à travers un vécu intérieur et même sensible. Ainsi d'une image du corps initialement extrêmement négative, (...) on observe, *via* le changement de relation au corps sensible, un grand nombre de changements de représentation » (Duprat, 2007, p. 163) ; « La relation à soi à travers le corps sensible, associée à un travail cognitif qui invite le patient à questionner sa propre expérience corporelle, a donc bien une incidence sur l'image de soi » (*Ibid.*, p. 173).

Méthodologie de recueil des données

J'ai opté de choisir comme participants à ma

recherche trois patients que j'ai suivis en fasciathérapie pendant une durée de dix à dix-huit mois. Ils ne connaissaient pas cette méthode avant les soins. D'un projet de soin initial, ils ont évolué progressivement vers une démarche de découverte de soi et de compréhension de leur mal être.

J'ai choisi de faire un entretien avant traitement pour amener la personne à décrire les différentes problématiques en relation avec son mal être. Ces données exploratoires m'ont permis de construire un guide d'entretien de recherche à directivité informative (Bois, 2007), en lien avec mes objectifs et permettant d'orienter les témoignages des participants concernant le contenu de leurs vécus expérientiels durant et après les séances de fasciathérapie.

Dans un souci méthodologique, j'ai choisi de pratiquer cet entretien de recherche à la fin de la huitième séance pour chaque participant. Durant la période de l'étude, les sujets ont été suivis uniquement en séances individuelles de fasciathérapie et n'ont reçu aucun autre type de thérapeutique (physique, psychique ou médicamenteux), ce qui en fait un critère d'inclusion supplémentaire.

Résultats de recherche : que rapportent les patients sur leur état de mal être ?

J'ai tout d'abord été surpris de l'impact de la fasciathérapie sur le mal être des participants. En effet, les réponses au guide d'entretien, élaboré pour cette recherche, m'ont permis de rencontrer un nombre impressionnant d'effets que je ne recueille pas habituellement de façon exhaustive dans mon exercice de praticien. Les participants semblaient se sentir assez libres de s'exprimer et de se laisser questionner dans les différentes orientations de leur vécu. De l'analyse de ces données a même émergé une richesse encore plus grande⁵.

Dans cet article, je vais exposer les principaux résultats de recherche que j'ai répertoriés et catégorisés selon six points principaux.

1. Effet sur les douleurs somatiques

Si j'ai choisi d'interroger cette catégorie d'effets dans le contexte de ma recherche, c'est

que les douleurs font bien évidemment partie de la globalité somato-psychique du mal être. « Le mal être c'est... quand vous sentez une douleur physique que vous n'arrivez pas à résoudre ou à solutionner » (J, L. 190-193) (Cité par Angibaud, 2011). Ici cette patiente ne voulait pas faire de relation entre les deux, corps et psychisme. Compte-tenu de mon expérience de fasciathérapeute, le fait que cette approche ait une efficacité sur les douleurs somatiques des participants ne représentait pas une surprise : « Oui le mal de tête s'est arrêté » (J, L.291). Mais ce qui m'a intéressé c'est d'observer les liens entre les impacts sur les douleurs et sur le mal être.

L'une des personnes interrogées décrit ainsi les effets des séances : « J'ai perçu une sensation de confort, dans les régions où c'était douloureux, la poitrine, le cou, le dos... » (P, L. 204-205) Dans ce cas, non seulement la douleur disparaît mais elle peut même laisser la place à une sensation de confort. Comme cette personne qui se plaignait souvent de douleurs à l'estomac qui se sont estompées au fil du traitement : « Quand je sentais quelque chose d'externe très tendu, mon estomac était le premier à réagir. Et ça n'arrive plus... maintenant c'est fini, je vois que ça s'est modifié d'une manière étonnante » (J, L. 341-344). « Ensuite il y a eu cet épisode de la cystite, qui semble avoir été une guérison » (I, L. 277-278).

De façon générale, les participants commentent la disparition de la douleur, en signalant une sensation agréable qui la remplace : «... et ce point me faisait vraiment mal au début, et alors la douleur diminuait et la sensation devenait bonne » (J, L. 402-404). « Le corps est calme... sans douleur dans la jambe, sans rien » (J, L. 444-445). Les personnes peuvent témoigner de leur surprise de voir la modification de leur douleur physique alors que celle-ci ne constituait pas toujours l'objet de leur démarche initiale. Le bien être physique semble cependant être un élément important participant à l'amélioration du mal être global.

2. Accès à son corps et à son intériorité

Dans cette section j'ai tenté de relever les descriptions des participants qui, grâce à cette approche, semblent accéder à une nouvelle perception de leur corps et d'une dimension d'intériorité. Julia par exemple découvre que les sensations qu'elle éprouve sont en train de

changer radicalement, que le poids qui l'oppressait a disparu lui donnant un sentiment de liberté : « C'est lourd, mais maintenant je me sens plus libre » (J, L. 395-396); et que le froid se transforme en chaleur : «... en dedans je sens une forte chaleur qui monte dans la colonne » (J, L. 317-318). Elle commence à ressentir son corps et a le sentiment de se retrouver dans sa globalité : « Ah je me sens entière... » (J, L. 287-288), et découvre une forme de liberté.

Pour Paula, la fasciathérapie lui permet de se recentrer sur son corps, qui lui paraît plus libre, plus relâché : « Je sens le corps bien situé, ce n'est pas une chose isolée » (P, L. 319). Elle se sent plus intériorisée, plus centrée, avec une nouvelle perception d'elle-même semblant lui faire découvrir une nouvelle relation à elle-même : « Je me sens... mais en dedans de moi-même, moins tournée vers l'extérieur, plus vers le dedans, je me perçois plus » (P, L. 267-268).

Quant à Irène, le rapport à son corps lui procure une nouvelle perception de celui-ci avec une sensation d'espace et de liberté : « Aujourd'hui j'ai eu la sensation qu'il n'y avait pas de limites entre l'intérieur et l'extérieur » (I, L. 116-118). On constate également qu'elle commence à percevoir quelque chose qui circule à l'intérieur de son corps d'une manière lente, et qui semble participer à un meilleur fonctionnement : « C'est une animation, un flux, comme si ce flux s'améliorait... Lent, lent, je n'ai rien senti de rapide... » (I, L. 132-134). Cette nouvelle modalité expressive de son corps semble même la surprendre, augmentant sa sensibilité perceptive au niveau de sa matière corporelle, et lui donnant accès à une meilleure écoute de soi et de son intériorité. Ainsi par exemple elle peut dire : « J'ai eu la sensation que mon corps n'avait pas cette forme... On arrive à sentir des choses dans ce corps dont on n'a pas idée. Vous pouvez sentir comme si c'était fait d'une autre matière » (I, L. 377-379).

Lorsque les participants ont accès à des perceptions corporelles nouvelles, plus riches, arrive également un sentiment de plus grande proximité à son intériorité et de mieux être, ce qui semble confirmer l'hypothèse de D. Bois selon laquelle le mal être est essentiellement lié à une attitude d'éloignement de soi-même ou de relation perdue avec son propre corps (Bois, 2006).

3. Action sur l'unité corps/psychisme

Grâce à l'appui du guide d'entretien, les participants avaient la possibilité de relier le corps et le psychisme, comme s'ils avaient perçu que la séparation entre les deux était aussi un facteur de mal être. C'est le cas de Julia, qui va percevoir pendant une séance que son corps et sa tête sont pleinement reliés; elle dit même : « Tête, corps et âme sont unis ensemble » (J, L. 456). Mais, le plus surprenant pour cette patiente, c'est le passage d'un état d'anxiété à un état de tranquillité « Un calme profond dans le corps. Il est relâché et l'esprit est relié » (J, L. 441), ainsi que l'influence de la fasciathérapie sur la rapidité de fonctionnement cognitif et sa capacité de discernement « Ça a clarifié mes idées » (J, L. 358), « C'est tout tranquille et maintenant mon esprit est actif » (J, L. 445-446). Il faut noter que cette personne est enseignante en université et que cette action sur les plans cognitif et psychique a été remarquable pour elle.

Paula, elle, se sent relâchée et prend conscience d'une transformation qui s'est opérée en elle, d'une nouvelle situation de son corps qu'elle ne ressent plus isolé : « Je me sens relaxée,... plus tranquille » (P, L. 231); « Le corps est bien situé, ce n'est plus une chose isolée; le corps et l'âme tout est uni » (P, L. 319-320). Cette participante découvre même une forme d'union corps/esprit; on perçoit bien que sa perception et sa représentation à ce sujet commencent à évoluer.

Quant à Irène, elle décrit un bien être dans son corps et constate que cela influence son état psychique : « C'est une sensation de tranquillité, de sérénité, de paix et d'être unie... » (I, L. 169-170). Pour elle cette sensation est importante, car elle lui permet d'unir corps et psychisme et de développer une écoute et un sens différents qu'elle a encore du mal à définir : « Une plus grande sensibilité, un sens d'unir plus le corps et l'esprit! D'union, d'équilibre, d'entendre différemment, un sens différent, qui est beaucoup plus » (I, L. 200-201). On note chez elle d'autres prises de conscience : elle remarque notamment que cette amélioration a commencé par le corps, ce qui renforce l'importance donnée à notre intervention thérapeutique manuelle dans le développement de l'unité corps/esprit : « Par le corps, parce que je fais la relation maintenant... Alors j'ai senti un vrai bien-être... Quand j'ai été bien, l'esprit aussi s'est guéri, et le processus a continué, et je pense que chaque chose a à voir avec l'autre » (I, L. 276-279). Ce qui

est étonnant dans la spontanéité de son expression, c'est de constater la manière dont elle a perçu que le bien être physique, apparu en premier, avait eu un effet sur son esprit. Mais elle semble aller jusqu'à percevoir une relation de réciprocité entre les effets somatiques et psychiques.

4. Impact sur le changement d'attitude de vie

De mon point de vue, le mal être ne se limite pas à des perceptions ou à des représentations, il m'a semblé nécessaire d'aller questionner le champ comportemental. Les personnes accompagnées en fasciathérapie et interrogées ici décrivent-elles une modification de certains de leurs comportements, qui semblent en relation avec leur sentiment de mal être? (Ou bien évoquent-elles l'apparition de nouvelles manières d'être qu'elles relient à un sentiment de bien être?) Julia remarque par exemple qu'elle se sent moins affectée par les situations stressantes de la vie quotidienne, elle découvre qu'elle prend plus de recul et juge avec plus de discernement. « Cela a été intéressant quand j'ai vu que dans les moments de tension externe du quotidien, ça ne m'affectait pas tant que cela » (J, L. 337-338). En particulier, sa manière de voir les autres et les choses se fait avec plus d'objectivité, surtout en ce qui concerne sa relation avec les événements du passé : « ... je suis en train de me libérer de mon passé ». Elle relie ces changements à ce travail actuel en fasciathérapie : « J'établis une probabilité de lien avec le traitement, parce que j'avais tenté de faire cela il y a de nombreuses années, et maintenant ça commence à couler » (J, L. 396-398). Le primat de l'éveil perceptif du corps sensible nous montre ainsi une possibilité de modifiabilité cognitivo-comportementale des problématiques psychiques liées au passé. Pourtant, avant de commencer ce travail, Julia ne voulait pas faire de relation entre ces deux instances, le corps et le psychisme, elle voulait vraiment les séparer et cantonner son mal être à son expression somatique, ce qu'elle nous exprimait alors ainsi : « Le mal être c'est... quand vous sentez une douleur physique que vous n'arrivez pas à résoudre ou à solutionner » (J, L. 190-193).

Paula elle aussi constate des changements d'attitude, notamment dans ses modalités relationnelles ou expressives : « ...et ensuite d'une manière que je ne sais pas expliquer, je commence à percevoir que j'ai des modifications

d'attitude : choses que je ne fais pas ou que je ne ferais pas, ou dont je parle, mais qui n'étaient pas communes » (P, L. 232-234). Elle ne cherche plus à tout contrôler; sa confiance en l'avenir s'améliore et son anxiété et sa peur de la mort s'amoindrissent : « Je me sens différente dans ce sens, je suis moins anxieuse » (P, L. 324); « ... par exemple cette dernière chose que je vous ai dite, cette douleur que je sentais, ce n'est pas le cœur... » (P, L.306-307). « Même après un mois, ça paraît une chose qui dure, ce n'est pas une chose qui décline.... Ce n'est pas de vivre plus les choses,... mais avec une attention plus centrée, sans déperdition » (P, L. 356-357). Dans ce passage, on la voit insister sur le phénomène de durée de l'impact des séances de fasciathérapie. Alors même que dans notre approche il peut être nécessaire de relancer régulièrement le processus du travail, ici, au contraire, on voit cette participante insister sur le fait que l'effet dure dans le temps et se renforce, lui permettant de vivre les choses avec une meilleure qualité d'attention.

Irène, elle, prend conscience de ce qui peut lui éviter de se mettre en état de mal être dans son quotidien et apprend à agir en conséquence: « J'ai besoin de prendre soin de mon corps et de lui prêter attention, parce que le corps était malade... » (I, L. 281-281); « Dans ce travail, vous apprenez un peu où est la limite » (I, L. 195). Elle perçoit son changement de manière d'être et de faire, et la qualité de l'état intérieur qui l'accompagne: «... mais de faire les mêmes choses avec cette sensation plus tranquille, plus interne... je gagne beaucoup avec cette qualité, avec ce sentiment moins anxieux » (I, L. 238-240). Elle cherche activement à prolonger cette attitude jusque dans le champ de sa pensée : « Je recherche à penser de manière plus globale. Je cherche à penser à différents aspects » (I, L. 308-309). On observe ainsi un changement dans le sens d'une ouverture de sa manière de penser et d'envisager les choses.

5. Ouverture au monde et à un sentiment d'existence

Chez ces participantes, le retour – ou l'accès – à leur corps, et à travers lui à un état de calme, de paix, de tranquillité, de sérénité, c'est-à-dire à une forme de bien être, les amène à prendre conscience d'éprouvés différents jusque dans leur rapport à leur existence.

Paula nous parle d'une harmonisation entre

le dehors et le dedans : « Prêter attention aux événements externes et à ce qui se passe à l'intérieur » (P, L. 350). Et se sent dans une dynamique de recherche : « Plus de conscience... C'est un chemin de recherche » (P, L. 360, 366). Son sentiment d'existence se manifeste aussi dans la perception et la conscience qu'elle porte au monde et à la beauté autour d'elle : « Le fait d'être ainsi me permet d'être plus située dans le monde... de laisser les choses plus belles apparaître » (P, L. 300-305); tout en se sentant vivre dans le même temps, davantage en relation avec son intériorité : « Je me sens en dedans de moi-même... » (P, L. 267).

Pour Julia, la perception même de son existence retrouvée est en relation avec les retrouvailles des parties d'elle-même qui parviennent à sa conscience après le traitement de fasciathérapie : «... je découvre des parties de moi qui étaient soit oubliées, soit enfermées... Pour la première fois je me perçois moi-même » (J, L. 367). La perception de son corps paraît fondamentale dans ce nouvel éprouvé : « Maintenant je perçois exactement ce qui arrive ou ce qui se passe avec mon corps, ce qui advient, ce que je sens » (J, L. 468-470). Le sentiment d'existence passe ainsi pour elle, avant tout, par ce retour au corps et à la conscience du corps.

Quant à Irène c'est l'accès à la perception de son intériorité qui semble l'ouvrir à sa potentialité et au monde : « A travers ce travail on peut rechercher à plus écouter son intérieur et à percevoir plus ce qu'un jour je vais pouvoir faire. » (I, L. 175-176); « ...et m'apporte beaucoup d'amour pour les choses, beaucoup d'amour pour le monde, beaucoup de force aussi. Je regarde les choses et je les vois plus douces, plus amoureuses, plus chaleureuses » (I, L. 394-400). Elle découvre également un nouveau ressenti de son corps et de la lenteur grâce à la perception de la lenteur dans son corps, elle se sent connectée et se sent exister à travers cela. : « Je vais lentement maintenant,... bien tranquille, parce qu'il me semble que tout a changé de lieu... Dans le corps tout est connecté, relié et je n'avais pas cette sensation du tout » (I, L. 330, L. 359). On peut penser que ce fort sentiment de se sentir reliée a pu être un contrepois signifiant à un vécu de dépression chronique et d'absence de perception d'elle-même.

6. Impacts de la fasciathérapie sur la relation au Sensible et au bien être

J'ai décrit, lors des paragraphes précédents, les impacts de la fasciathérapie sur la relation à leur corps dont témoignent les participants. Je suis resté ici relativement général en parlant d'accès ou de retour au corps, ou à l'intériorité, cependant je souhaite maintenant préciser que la relation au corps dont il est question ici ressemble à la relation « au corps sensible » au sens utilisé par D. Bois : c'est-à-dire dans les conditions de pratique du Sensible, d'un corps éprouvé, également porteur d'un sens nouveau émergeant de l'expérience.

Ainsi, Paula a non seulement développé un éprouvé sensible : « La perception a changé... je suis arrivée au monde externe d'une manière plus belle et à percevoir les choses externes qui peut-être passent habituellement inaperçues » (P, L. 300-305), et porteur d'une compréhension nouvelle, mais elle est capable de faire des liens entre perception et événements quotidiens : « J'arrive à percevoir parfois comment les événements extérieurs qui me faisaient mal dans certaines régions de mon corps, je n'en avais pas la perception » (P, L. 269-270). Elle en arrive même à prendre en compte cette relation à son corps sensible dans ses orientations de vie : « je prends soin de mon orientation, de mes choix » (P, L. 347-348).

Les autres participantes semblent suivre au fil des séances de fasciathérapie une évolution similaire, d'un éprouvé du corps sensible, vers un sentiment plus global, somato-psychique et l'émergence d'une mise en sens, voire d'une mise en action de la spirale processuelle du rapport au Sensible élaborée par D. Bois (2007). A noter que cette évolution perceptivo-cognitive n'est pas sans évoquer le modèle conceptuel⁶.

Ainsi Julia témoigne-t-elle, en premier lieu, d'une sensation de chaleur : « En dedans je sens cette chaleur dans la colonne » (J, L. 317-318), puis de globalité : « Vous vous sentez plus entière, plus intègre... » (J, L. 329); « Je sentais une sensation de chaleur dans le corps qui fonctionnait comme un tout » (J, L. 308-309), et de profondeur : « Un calme profond dans le corps, il est relâché... » (J, L. 441). Ces perceptions sensibles évoluent vers un sentiment d'existence : « Je me perçois moi-même » (J, L. 367), lui permettant même d'accéder à une lucidité nouvelle : « Vous discernez mieux ! Pour moi c'est ce qui est arrivé » (J, L. 488-489).

Pour Irène, la sensation de bien être est très présente : « C'est une paix, une tranquillité, une harmonie, c'est un sentiment agréable » (I, L. 147), mais également celle de profondeur : « La sensation que vos mains pouvaient entrer à l'intérieur » (I, L. 115-116), et de globalité : « Aujourd'hui j'ai eu la sensation qu'il n'y avait pas de limite entre l'intérieur et l'extérieur » (I, L. 116-117); « ...d'être unie, d'être intégrée à l'intérieur et à l'extérieur » (I, L. 171); « Dans le corps tout est connecté, relié et je n'avais pas cette sensation du tout » (I, L. 330, L. 359). Elle accède à un sentiment de présence à elle-même : « Je vais me rencontrer de nouveau et là je vais percevoir qu'il est un peu différent, qu'il est plus fluide, plus lent, qu'il est savoureux » (I, L. 344-346) et enfin découvre une forme de sentiment d'existence à travers la perception de son corps sensible dont le statut se modifie au fil du traitement : « Comme si c'était un corps nouveau » (I, L. 335); « J'ai senti que mon corps n'avait pas cette forme, mais complètement une autre forme... Vous pouvez sentir comme si c'était fait d'une autre matière... » (I, L. 377-379). Cette participante est amenée, elle aussi, à s'appuyer sur cette nouvelle sensibilité corporelle pour modifier certaines de ses attitudes de vie : « Je me sens avec une énergie qui coule et j'ai besoin d'apprendre à prendre soin d'elle » (I, L. 297-298).

Conclusion

J'ai souhaité rendre compte, au cours des paragraphes précédents, des résultats de ma recherche concernant les impacts de la fasciathérapie sur la problématique de mal être des participants. Nous avons vu comment cette approche avait non seulement un effet sur les douleurs somatiques mais permettait également aux participants d'avoir accès à leur corps et à leur intériorité. On peut constater que cette découverte de la relation au corps amène les personnes à mieux écouter leur intérieur et à se sentir plus vivantes. Également il apparaît que cet effet n'est pas sans avoir une action sur l'unité corps/psychisme des participants, provoquant un impact sur leur changement d'attitude de vie, sur l'ouverture au monde, leur donnant même accès à un sentiment d'existence. Puis nous avons vu comment cette approche de la fasciathérapie

leur permettait une relation à leur corps sensible ce qui paraissait les reconnecter avec un bien être.

Il apparaît donc que la fasciathérapie a une action sur le mal être. Nous avons noté dans l'analyse un enrichissement des perceptions survenues pendant le soin, qui semblerait influencer cette amélioration du mal être. L'enrichissement de la perception tout au long du traitement, en particulier à partir de la relation au corps sensible, met en valeur l'intérêt de l'approche corporelle manuelle en première intention, ce qui permet à la personne d'envisager son mal être sous un autre éclairage. Ainsi, le travail sur le mal être à partir de la voie somato-psychique, nous semble être une thérapie alternative ou complémentaire à l'approche psychosomatique.

De plus, à travers cet impact sur le mal être, on observe une réorganisation corporelle et psychique qui donne accès également, à travers la découverte de perceptions du corps sensible, à de nouvelles capacités perceptives de soi et du monde, du sens de l'existence et de modifications comportementales, comme nous l'avons développé dans les paragraphes précédents. On peut se demander si ces réorganisations dans la matière corporelle et dans la sphère psychique n'influencent pas d'une manière très particulière l'amélioration du mal être constatée.

Il est donc intéressant de souligner les différentes natures d'impact de la fasciathérapie sur les problématiques de mal être, mais également de constater l'influence de ce type de travail corporel profond sur l'ensemble de la personne, comme nous l'avons relevé dans notre analyse. Ceci nous amène à prendre en compte cette notion d'unité de fonctionnement de l'être humain dans tous ses aspects, notamment dans les domaines corps/esprit ou sentir/penser. En effet, ce travail ne se répercute pas seulement sur une partie de la personne, il retentit sur l'ensemble de ses composants, renforçant l'hypothèse que tous les éléments constituant l'être humain sont reliés. « Dans le corps tout est connecté, relié » (I. L. 359, cité par Angibaud, 2011) nous disait cette participante.

Ainsi, comme le soulignait D. Bois dans son ouvrage « Le moi renouvelé » (2006), rétablir le dialogue entre les différents niveaux de son être, notamment entre son psychisme et son corps,

provoque une action de bien être grâce à un sentiment de plus grande proximité à soi à travers son propre corps.

Notes

¹ La psychopédagogie perceptive est une discipline, enseignée dans le cadre de l'Université Fernando Pessoa, qui a pour but de permettre à la personne, à partir d'une pédagogie sur une expérience perceptive, d'établir une relation perceptivo-cognitive sur le contenu des différents états de vécu.

² La fasciathérapie (MDB) est une thérapie manuelle qui sollicite la force d'auto-régulation du corps et qui concerne la globalité du patient à différents niveaux. Le praticien réalise un toucher à partir des tissus conjonctifs, appelés fascias, reliant tous les éléments anatomiques entre eux.

³ Le toucher psychotonique, ou toucher de relation, propre à la fasciathérapie, concerne la matière du corps de la personne et utilise le tonus corporel comme voie de communication.

⁴ CERAP: Centre de Recherche et d'Application en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

⁵ Les témoignages cités sont répertoriés en fonction des numéros des lignes (L) du corpus des données recueillies, qui sont en annexe de mon mémoire. J'ai nommé : « J » pour Julia, « P » pour Paula et « I » pour Irène, prénoms modifiés par souci de confidentialité.

⁶ Le modèle conceptuel de la spirale processuelle du rapport au Sensible (Bois, 2007) repose sur l'observation de phénomènes émergeant pendant l'expérience. Ce modèle retrace l'évolution habituelle des sensations perçues par le patient durant son expérience et les catégorise.

Bibliographie

Angibaud, A. (2011). *La fasciathérapie et le mal être. La voie du corps sensible dans la gestion du mal être somato-psychique*, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive non publié, Université Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Bégout, B. (1995). *Maine de Biran, la vie intérieure*. Payot et Rivages.

Berger, E. (2009). Les praticiens-chercheurs du Sensible: vers une redéfinition de la posture d'implication. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (éds.), *Sujet sensible et renouvellement du moi : les contributions de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* (p. 167-190). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.

Berger, E., & Bois, D. (2008). *Expérience du corps sensible et création de sens. La clinique du sport et ses pratiques*, Abadie S. (dir.). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement*. Paris : Éditions Point d'appui.

Bois, D. (2006). *Le Moi renouvelé*. Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'appui.

Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte : Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de doctorat européen en didactique et organisation des institutions éducatives non publiée, Université de Séville, Séville.

Bois, D., & Austray, D. (2007). *Vers l'émergence du paradigme du Sensible*. *Réciprocités*, 1, 6-22. En ligne <http://www.cerap.org>.

Bois, D., & Bourhis, H. (2010). *Approche somato-psychique dans le champ de l'éducation à la santé : analyse biographique du récit de vie d'un patient formateur face à l'épreuve du cancer*. *Pratiques de Formation*, 58-59, 229-246. Paris : Université de Paris 8.

Bois, D., & Humpich, M. (2006). *Pour une approche de la dimension somato-sensible en recherche qualitative*. *Revue électronique Recherches qualitatives*, hors série 3, 461-489.

Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide, l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive non publié. Université Moderne de Lisbonne.

Damásio, A. (1999). *Le sentiment même de Soi*. Paris : Odile Jacob.

Descartes, R. (1999). *Les passions de l'âme*. Présentation Pascale Darcy. Paris : Flammarion.

Duprat, E. (2007). *Relation au corps sensible et image de soi*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive non publié. Université moderne de Lisbonne.

Lambooy, B. (2003). *Devenir qui je suis ; une autre approche de la personne*. Desclée de Brouwer.

Languirand, J. (2002). *Vaincre le Burn out, pour en finir avec l'épuisement professionnel*. Stanké.

Lemaître, J.-M., & Colin L. (1975). *Le potentiel humain, bio-énergie, gestalt, groupe de Rencontre*. Delarge.

Quéré, N. (2004). *La pulsologie*. Paris : Éditions Point d'Appui.

Ranty, Y. (1994). *Les somatisations*. Paris : L'Harmattan.