

Les troubles psychosomatiques chez l'Enfant

C'est en 1818 que le neuropsychiatre J.C.A. Heinroth emploie pour la première fois l'expression « psycho-somatique », avec un trait d'union. Quelques années plus tard, en 1905, S. Freud publie le cas de « Dora » : une conversion hystérique de troubles psychiques en troubles somatiques. En 1922, un élève de celui-ci, F. Deutsch, forge l'expression de « médecine psychosomatique », sans trait d'union. Dans le même temps, S.E. Jelliffe à New York, G. Groddeck à Vienne, F. Alexander à Chicago publient les premiers travaux fondateurs de cette nouvelle discipline. En France même, avant la seconde guerre mondiale, R. Allendy et S. Nacht relatent des observations cliniques, le premier d'eczéma, le second de diarrhées, qui vont constituer un modèle psychanalytique de cette médecine. Mais s'agit-il d'une nouvelle spécialité ? Après avoir examiné les courants de pensée médicale avec quelques uns de leurs principaux contributeurs, nous tenterons dans ce dossier, d'illustrer leurs problématiques internes à l'aide d'exemples de troubles psychosomatiques typiques du jeune enfant et de vignettes cliniques.

J-T. R.



A lire sur le web

Chaque article du dossier est désormais précédé d'une URL réduite

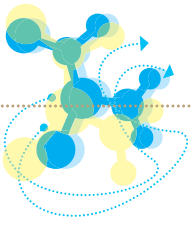
(ex : santelog.com/id1201) pour vous permettre, une fois « loggué » sur notre site d'accéder plus facilement à nos contenus.

sommaire

HISTOIRE D'UNE NOUVELLE DISCIPLINE	10
LES FRANÇAIS ET L'ECOLE PSYCHOSOMATIQUE DE PARIS	14
LES PRINCIPAUX TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES CHEZ L'ENFANT	16
UN DÉSORDRE RESPIRATOIRE INFANTILE : L'ASTHME	18
UN DÉSORDRE ALIMENTAIRE INFANTILE : L'ANOREXIE	21
UN DÉSORDRE DIGESTIF INFANTILE : LES COLIQUES COLOPATHIQUES	24
QUELQUES VIGNETTES CLINIQUES	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE COMPLÉMENTAIRE.....	31

Auteurs et remerciements :

Dossier coordonné et rédigé par Jean-Tristan Richard-Psychologue-analyste Directeur adjoint CAMSP-IPP, préparé par Pascale Bernanose et validé par Dr Richard Matis.



Histoire d'une nouvelle discipline

C'est plutôt une tendance, inhérente à la pathologie humaine, redécouverte par les psychanalystes de la première heure. Dès l'Antiquité, en effet, on a su que les sentiments et les émotions avaient un retentissement sur la vie du corps. Le grand Hippocrate¹ n'avait-il pas écrit que « tout ce qui advient à l'esprit agit sur le corps et inversement... En réalité, le corps et l'esprit ne sauraient être étudiés séparément » ?



© Fotolia.com - Denys Kurbatov

On sait, par ailleurs, qu'Hippocrate eut une profonde influence sur d'autres pères de la médecine moderne, comme Galien (129/210 après J-C) et Avicenne (980/1037 après J-C). Ces derniers ont également tenu compte des influences réciproques entre le corps et l'esprit, mais en accentuant le rôle du premier dans l'émergence d'une lésion anatomique dans tel ou tel organe. En outre, dans le prolongement des croyances polythéistes antiques, le Moyen Age occidental sera surtout marqué par l'idée que le médecin soigne, mais que seul Dieu guérit. C'est donc à un moindre degré que l'on tiendra compte des liens entre *soma* et *psyché* d'autant plus que la médecine est en train de véritablement se constituer, à la fin du XIX^e siècle, en s'appuyant sur le développement de la méthode expérimentale. Cependant, on peut noter que même si C. Bernard² a formalisé les principes de l'étude objective en laboratoire des mécanismes physiologiques normaux et pathologiques, tout en reconnaissant l'influence de facteurs non mesurables et la relativité de l'utilisation des mathématiques,

c'est bien à S. Freud³ que l'on doit les fondements d'une approche globale.

Redisons-le : c'est à partir de ses recherches sur l'hystérie que le père de la psychanalyse prouve qu'il se produit fréquemment une conversion entre des phénomènes psychiques et des phénomènes physiques. Il s'agit là d'une sorte de transformation ou, plus précisément, de traduction d'un désir refoulé et de sa censure en expression somatique. De la sorte, les pulsions et les fantasmes inconscients trouvent un mode de satisfaction substitutif. Il se produit une véritable symbolisation, même si elle s'avère déguisée. Ainsi, les symptômes hystériques trouvent logiquement leurs points d'ancrage dans les organes de « communication » : bouche, gorge, membres, sexe, etc. Toutefois, il convient de noter qu'ils ne provoquent pas de lésions et sont plus ou moins réversibles. Au vrai, l'hystérique « simule » donc la plupart des maladies organiques sans aucune réelle atteinte physique.

Ainsi donc, grâce à la psychanalyse, la médecine psychosomatique trouve-t-elle le socle nécessaire à une approche véritablement globale de l'individu malade.

Plutôt que de considérer sous un autre jour une médecine des organes, elle met l'accent sur une médecine à la fois physique et psychique. Finalement, ce postulat d'une unité psychosomatique mène à soutenir que tout malade est psychosomatique. Différents courants de pensée ont cherché à analyser ce constat. Ils peuvent être classés en deux grands courants : l'un ne fait appel qu'aux causes conscientes et organiques, l'autre qu'aux causes inconscientes et psychiques. Bref, on retrouve le dualisme philosophique du corps et de l'esprit !

Les principales théories en médecine psychosomatique

Nous venons de le voir, curieusement, le courant psychosomatique a réintroduit la dichotomie entre le corps et l'esprit alors même que son principe était de constituer une médecine moderne et totale, holistique, selon le terme grec. De fait, d'un côté, se placent des théories psychophysiologiques de conflits conscients et actuels produisant des troubles fonctionnels et, de l'autre, des théories, toutes d'inspiration psychanalytique, recourant à l'existence de conflits inconscients au sein du psychisme pour rendre compte de ces troubles⁴.

Les théories ne faisant appel qu'aux conflits conscients :

Les neuropsychologues réflexologistes (Pavlov, Bikow, etc.), les neurophysiologistes (Cannon, Karn, etc.) et les médecins « écologistes » (Selye, Dubos, Wolff, etc.) se sont surtout intéressés dans leur approche des troubles psychosomatiques aux répercussions physiologiques de facteurs émotionnels généraux, en cherchant à établir une causalité chronologique entre des situations créatrices d'émotions conflictuelles et certains troubles fonctionnels. Globalement, cette perspective montre que, quelque soit le type de personnalité, à la suite d'une situation excitatrice s'installe un état organique modifié qui, si elle se prolonge ou se répète, conduit à des désordres biologiques importants, voire à des détériorations graves, comme dans les ulcères par exemple.

Quand le stress résulte et constitue un syndrome d'adaptation.

Dans ce type de situations, on constate qu'il s'agit d'une réaction psychophysiologique à des conditions de stress⁵. L'étymologie de ce vocable anglo-saxon est le vieux français « stringere » :

Les expériences de Bonfils

Elles ont consisté pendant neuf ans à immobiliser quinze mille rats !

- Au bout de vingt heures, outre des troubles du comportement, apparaissent des ulcérations de l'estomac.
- C'est l'ulcère dit de contrainte, lequel peut, parfois, se cicatriser tout seul si le rat est détaché sans trop tarder.

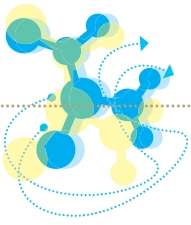
tendre. Elle se rapporte au fait que le corps se tend lorsqu'il est soumis à une contrainte.

On définira ici le stress comme étant une situation éprouvante, voire traumatique, au plan émotionnel et entraînant des signaux et des symptômes constitués de modifications organiques (hypertension, migraines, infarctus, angine, etc.) et psychiques (sentiment d'impuissance, inhibition, agitation, etc.)⁶.

On distingue classiquement trois étapes : une phase d'alarme avec réactions d'accommodement et production des catécholamines (adrénaline et noradrénaline), une phase de résistance, avec mobilisation de défenses et production d'hormones cortico-surréniennes, et une phase d'épuisement. Ce serait lors de ces deux dernières phases que se développeraient les troubles dits psychosomatiques. Les auteurs qui s'y réfèrent, souvent d'obédience comportementaliste et/ou neuro-cognitiviste, parlent aujourd'hui de stress post-traumatique.

Ainsi, cette orientation organiciste n'envisage les facteurs psychiques que sur un plan très vague et très mécaniste, ne tenant compte que de leurs aspects manifestes et quantitatifs, négligeant, d'une part, le vécu propre de chaque sujet, et, d'autre part, la dimension sociale de son existence. Toutefois, elle a démontré que c'est par le cerveau, en lui, que se réalisent à chaque instant les trois opérations fondamentales suivantes :

- l'analyse de l'état fonctionnel de tous les organes internes et la régulation de leurs divers mécanismes d'inter-relation ;
- l'analyse des données immédiates perçues comme provenant du monde extérieur ;
- la régulation de la conduite du sujet pour que soit obtenue une adaptation maximale.



Les théories faisant appel aux conflits inconscients :

Par rapport aux théories précédentes, les écoles psychosomatiques d'inspiration psychanalytique permettent de saisir la réalité du schéma décrivant le passage du fonctionnel au lésionnel sur un plan très concret et tenant compte des spécificités individuelles. Elles autorisent même un nouveau schéma allant des perturbations psychiques aux lésions en passant par l'étape intermédiaire des troubles fonctionnels. Ainsi, ces théories ajoutent-elles un premier maillon à la chaîne descriptive du fait psychosomatique et ce en son tout début, prenant ainsi en compte l'expérience singulière du sujet. Et, par ailleurs, elles utilisent la relation patient/médecin dans la prise en charge thérapeutique.

Parmi les principaux auteurs appartenant à ce courant, nous ne reviendrons pas ici sur S. Freud. Nous mentionnerons quelques autres pionniers et auteurs plus contemporains, américains, anglais et français. Leurs apports sont effectivement incontournables dans l'abord moderne des troubles psychosomatiques chez l'enfant.

Un Américain, F. Alexander¹⁰ : C'est un psychanalyste de Chicago qui, à partir des années 1950, a longtemps dominé la médecine psychosomatique américaine. Sa théorie, même si elle apparaît aujourd'hui à bien des égards dépassée et réductrice, conserve encore un intérêt important. Elle se base sur l'étude de l'influence des facteurs psychiques sur les fonctions organiques.

Son principe premier est que les éléments et processus mentaux entraînent des modifications sur le corps qui ne diffèrent aucunement des autres processus physiologiques se déroulant au sein de l'être humain.

De plus, ils seront toujours perçus subjectivement par l'intéressé et donc susceptibles d'être communiqués à autrui. Ainsi sont-ils redevables d'une étude psychologique aussi rigoureuse que peut l'être la physiologie médicale classique, étude rendue possible grâce à la psychanalyse. Celle-ci fournirait donc le meilleur instrument

Deux pionniers

G. Groddeck (1866-1934) était un généraliste allemand, fils lui-même de médecin, original et expansif. Elève d'E. Schwenger, un médecin autodidacte pratiquant les massages, la diète et l'hydrothérapie, utilisant l'autorité sur les malades comme levier thérapeutique et persuadé que la nature soigne mais que seul le médecin guérit, Groddeck acquit l'essentiel de son expérience clinique en dirigeant un sanatorium à Baden-Baden. Outre les traitements alors classiques de « médecine physique » et les entretiens privés entre lui et chaque patient, il utilisait des conférences et des animations pour traiter ses malades⁷. C'est aux alentours des années 1915/1920 qu'il s'intéressa à la psychanalyse et commença une correspondance avec S. Freud. Il invente le concept de Ça⁸ qui se rapporte à l'unité originelle et indissociable du corps et de l'esprit. C'est donc logiquement que G. Groddeck interprète simultanément les maladies en termes associant les deux. Pour cela, il se réfère à la fois au contexte social et au langage. Sceptique à l'égard des certitudes dites scientifiques et des médications chimiques, persuadé que le but ultime de la vie psychique est de rester un enfant et que toute maladie possède un sens, c'est ainsi que G. Groddeck va jusqu'à dire que le nerf optique est masculin, que les cavités cardiaques sont féminines, que la diarrhée se rapporte à des fantasmes de grossesse, que les maux de dents visent à éviter de mâcher quelque chose qui ne passe pas, que les inflammations du genou se rapportent à des désirs inavouables de courir après quelqu'un en vue de relations sexuelles, etc.

M. Balint (1896-1970) est un généraliste d'origine hongroise qui, après ses études de médecine et de psychanalyse, a émigré en Angleterre et s'est spécialisé dans les problèmes de la relation médecin/malade. De là, il s'intéressera également à la question de la formation et de l'accompagnement des généralistes. Son œuvre⁹ est d'abord clinique. Elle s'appuie sur de nombreux exemples de consultations. Elle mène à l'idée que le premier médicament proposé par le médecin, c'est d'abord lui-même. En outre, toute maladie s'avère représenter une forme de régression du sujet face à un « défaut fondamental », c'est-à-dire à une faille précoce de l'environnement objectif à une demande d'amour primaire exclusive supposée innée. Le travail de M. Balint s'est élargi par la suite à la nécessité d'aider le médecin généraliste à réfléchir sur sa pratique quotidienne avec l'idée de regrouper régulièrement plusieurs généralistes avec un psychanalyste.

Ce sont les fameux « groupes Balint », précurseurs des séances d'analyse des pratiques dans les champs sanitaires et médico-sociaux.

méthodologique, théorique et thérapeutique pour comprendre la personnalité d'un patient donné. F. Alexander va en fait chercher les conflits psychiques qui seraient spécifiques aux principaux syndromes psychosomatiques et être conduit à dresser des portraits émotionnels.

Ainsi, pour chaque type de situation affective vécue par le sujet, il existerait un syndrome spécifique de fragilisation organique interne.

Normalement, toute émotion est censée se décharger par des voies nerveuses - essentiellement contrôlées par l'hypothalamus et le rhinencéphale, ces zones cérébrales qui gèrent la tension, le rythme cardiaque, la sudation, la glycémie, les reins, la faim, la sexualité, etc. - suivant des voies sensori-motrices. Une certaine quantité d'énergie musculaire est donc ici requise pour écouler la tension physiologique qui résulte de la tension émotionnelle. Pleurs, cris, rires, soupirs, gestes, etc. n'ont pas d'autre but utilitaire fondamental autre que cette décharge. Ainsi encore, le comportement sexuel assure habituellement la libération énergétique de la pulsion libidinale, mais il peut arriver que sa tension devienne impossible à canaliser. Deux solutions surviendraient alors selon F. Alexander : l'hystérie de conversion, c'est-à-dire une réponse psychologique ou la névrose d'organe, c'est-à-dire une réponse somatique.

Ainsi, F. Alexander prétend que chaque état émotionnel a son syndrome organique correspondant.

On mentionnera parmi ses exemples la culpabilité liée à l'agressivité orale au centre des troubles alimentaires (anorexie et boulimie), la dépendance au cœur des ulcères et autres troubles gastro-duodénaux, la peur à l'origine de l'hypertension artérielle, l'avidité orale et la bisexualité provoquant un diabète, la compétitivité et le besoin de revanche déclencheurs d'arthrite. Cette perspective généralisatrice omet le fait que toute maladie est fonction de variables multiples en trop voulant s'opposer à l'idée, quelque peu intrépide selon les apparences, selon laquelle n'importe quelle émotion peut contribuer au développement de n'importe quelle maladie.

F. Alexander est considéré de nos jours comme le père de la psychosomatique moderne, celui qui a centré sa recherche sur la névrose d'organe entendue comme trouble de la préparation à l'action et de l'adaptation au milieu.

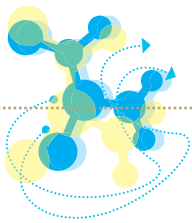
Un Anglais, D.W. Winnicott¹¹ a élaboré, dans les années 1940-1970, une représentation originale du développement émotionnel. Celui-ci serait fondé sur un « Self » à la fois psychique et physique, soumis à la dépendance à son environnement. Il en résulte d'inévitables empiètements du monde extérieur et de nécessaires adaptations à lui. Il y a ainsi une permanente dialectique entre l'intérieur et l'extérieur. La découverte du rôle du célèbre « objet transitionnel » se situe au centre de cette dialectique. Mais il y a plus. En effet, D. W Winnicott propose une conception également originale des relations entre le corps et l'esprit. Pour lui, le bébé doit être envisagé comme une personne totale ignorante de l'existence de ces deux parties ; d'ailleurs, si la tête par le regard peut voir l'ensemble de son corps, elle ne peut se voir elle-même, sauf, évidemment, dans un miroir. Et encore, puisqu'au début, l'enfant n'a pas conscience qu'il s'agit de son image reflétée.

Ce qu'il faut considérer, c'est donc l'unité psychosomatique originare de sa condition, d'où l'importance du « holding » maternel, c'est à dire de l'ensemble des soins et attentions d'une mère suffisamment préoccupée par les besoins de son enfant à chaque moment de son évolution.

Autrement dit, l'enfant doit pouvoir faire confiance à la constance et à la bienveillance de son environnement. C'est ainsi qu'il peut limiter les sentiments de chaos et de persécution et renoncer à des mécanismes de défenses archaïques, comme le clivage ou le déni. Ce sont ces derniers qui favoriseraient en effet, en voulant éviter le retour des traumatismes précoces désorganisateurs liés à des attitudes maternelles inadéquates, le développement des pathologies psychosomatiques. En effet, pour D. W. Winnicott, le sentiment d'existence ou « personnalisation » implique que la psyché habite le corps. Cela passe plus particulièrement par les expériences motrices, cutanées, relationnelles, etc. Ce sont elles qui permettent, en plus de la maturation neurologique, que le corps entier puisse devenir le « lieu de résidence » du « Soi ». • •

NOTES

1. Hippocrate : *CŒuvres complètes*, Ed. Litttré, 1839-1861, 10 vol.
2. Bernard C. : *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Ed. Flammarion, 1966
3. Freud S. (et Breuer J.) : *Études sur l'hystérie* (1895), Ed. PUF, 1971/*CŒuvres complètes*, Ed. PUF, vol. II, 2009
4. Note : le lecteur intéressé trouvera plus de détails et de noms dans un mien ouvrage de psychopathologie quotidienne infantile à paraître en 2012 (Ed. L'Harmattan).
5. Cf. Cosnier J. : *Psychologie des émotions et des sentiments*, Ed. Retz, 1994
6. Cf., par exemples: Selye H. : *Le stress de la vie*, Ed. Gallimard, 1975 et Laborit H. : *L'inhibition de l'action*, Ed. Masson, 1986
7. Groddeck G. : *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades* (1916-1919), Ed. Champ Libre, 3 tomes (1978/1981)
8. Groddeck G. : *Le livre du Ça* (1921-1923), Ed. NRF-Gallimard, 1973 et *Ça et Moi* (1917-1934), Ed. NRF-Gallimard, 1977
9. Balint M. : *Le médecin, son malade et la maladie* (1957), Ed. Payot, coll. PBP, 1968 ; *Les voies de la régression* (1959), Ed. Payot, coll. S.H, 1972 ; *Techniques psychothérapeutiques en médecine* (avec E. Balint) (1961), Ed. Payot, coll. PBP, 1970 ; *Le défaut fondamental* (1968), Ed. Payot, coll. S.H, 1970
10. Alexander F. : *La médecine psychosomatique* (1950), Ed. Payot, coll. PBP, 1967
11. Winnicott D.W. : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1935-1958), Ed. Payot, coll. S.H, 1971 ; *Processus de maturation chez l'enfant* (1957-1963), Ed. Payot, coll. PBP, 1974 et *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (1939-1970), Ed. NRF-Gallimard, 2000



Les Français et L'Ecole Psychosomatique de Paris¹

Cette école de pensée française, portée initialement par P. Marty, M. Fain, C. David et M. de M'Uzan, a apporté sans nul doute une contribution novatrice à la compréhension des troubles réputés être psychosomatiques. Depuis les années 1970/80, ces psychanalystes ont établi le constat suivant : la chaîne des conflits émotionnels n'explique pas tout le fait psychosomatique. Les vicissitudes du développement de la personnalité de chacun, s'il suffit de les étudier pour comprendre les névroses, ne suffisent pas à fournir à elles seules les clés des malades psychosomatiques. Il reste toujours en ce qui les concerne une frange de mystère qu'il est impossible de mettre totalement sur le compte de traits hystéroïdes ou hypocondriaques.

► C'est pourquoi ces auteurs se sont demandé comment l'individu « normal », en dépit du caractère idéalisé que cette approche engendre, résout ses problèmes psychiques. Ce n'est en tout cas pas en développant une maladie physique. Il présente plutôt des modifications émotionnelles et relationnelles qui vont de la névrose à la psychose selon l'importance des heurts avec la réalité, avec, quelquefois, des troubles somatiques mais qui sont toujours légers et passagers. Ce qui compte ici, c'est l'activité mentale inconsciente qui élabore les conflits et leurs solutions. Il s'agit d'un mécanisme probablement spécifique liant étroitement affects, représentations et fantasmes. Ainsi revient-on à l'idée d'un type de personnalité particulier propre aux malades psychosomatiques, en ce sens que ce mécanisme psychique d'élaboration et de liaison ne fonctionnerait pas chez eux. Pour P. Marty et ses suivants, au-delà du jeu incessant des mouvements internes des pulsions de vie et des pulsions de mort, il y aurait trois causes principales à ce dysfonctionnement : une pensée opératoire, un défaut de mentalisation et une dépression enkystée.

La pensée dite « opératoire » désigne une pensée pauvre, engluée dans la réalité, polarisée par la logique concrète. Une pensée branchée sur la banalité du quotidien et déconnectée de la vie imaginaire inconsciente. Une pensée sans plaisir et sans humour. Nous sommes ici face à une carence fonctionnelle de l'activité fantasmatique et onirique qui n'est pas sans rappeler les névroses de caractère, d'angoisse, d'échec et de destinée des premières heures de la psychanalyse.

Ce défaut de mentalisation se rapporterait à une impossibilité à articuler la pensée inconsciente et la pensée rationnelle, d'où une incapacité de jouer avec les fantasmes pour affronter les

conflits et à créer des symptômes névrotiques pour tenter de les résoudre. Le patient psychosomatique dit fréquemment ne pas rêver et avoir une existence sociale limitée. L'ensemble de sa vie (personnelle, conjugale, relationnelle, professionnelle, etc.) semble ralentie et « sclérosée », atrophiée. Bref, c'est un malade de l'imaginaire qui ne laisse rien percer de lui, hormis ses symptômes somatiques. Et lorsqu'il peut raconter les détails d'un événement, c'est toujours de façon technique, « objective », froide, répétitive. Ici, il convient de ne pas oublier que les émotions, par leur permanence comme par leurs contrastes, voire leurs oppositions, préparent à l'action, à la communication et à la pensée.

Pour l'Ecole psychosomatique de Paris, pensée opératoire et défaut de mentalisation seraient à mettre au compte de traumatismes psychiques précoces, au stade oral, voire même avant, dès la vie intra-utérine.

De l'importance d'une réponse maternelle adéquate : Quoiqu'il en soit, les auteurs de l'Ecole de Paris estiment que la majorité des troubles psychosomatiques se ramène essentiellement à un dysfonctionnement des premières relations mère/enfant. Du fait d'une carence maternelle, d'une réponse maternelle inadéquate, d'une maladie organique ou psychiatrique qui rompt l'équilibre relationnel, il se produirait une déception remettant en question simultanément le désir de la mère et le mode de communication de l'enfant. Plus précisément, c'est le rôle de « pare-excitation » de la mère qui se voit alors profondément altéré.

En effet, la mère est censée protéger son enfant d'un excès de stimuli, internes et/ou externes, qui sont encore pour lui irréprésentables et « inintégrables ».

Ici, tout se passe comme si elle avait été dépassée et incapable d'organiser un réseau protecteur et cohérent de signaux, laissant dès lors son enfant seul et débordé, ce qui entraverait à sa source toute symbolisation et toute autonomisation. Cette sorte de perversion dans le système de pare excitation de la mère conduirait ainsi à des inhibitions intellectuelles et à des dépendances affectives précocissimes. On retrouve là une hypothèse pressentie déjà par S. Freud quant au rôle de la mère pour aider son enfant à contrôler les excitations en les transformant en quantités d'énergie compatibles avec le fonctionnement global de l'appareil psychique et par W. Bion quant au rôle de « contenant » de la mère à l'égard des sensations et émotions vécues par son bébé. M. Fain a été conduit à proposer de distinguer des maladies liées aux effets de l'exposition à des excitations s'engouffrant dans les failles de ce système (insomnie, mérycisme, etc.) et des maladies liées aux effets d'une protection maternelle au contraire trop étanche et trop prolongée (asthme, coliques, etc.).

De nombreuses mères alternent, suivant les moments, carence et excès de pare excitation. La réponse des psychosomaticiens de l'Ecole de Paris reconnaît la pluralité des situations et invoque leur résultante commune, à savoir une dépression essentielle, abandonnique, le plus souvent sourde et enfouie. Cette dernière a particulièrement été étudiée par un membre de cette Ecole, C. Smadja. Cet auteur la définit comme une sorte de réaction anaclitique (c'est-à-dire attachée à la dépendance frustrée de l'enfant à son environnement), de « deuil blanc », de masochisme sans objet, proche de la dépression

névrotique et même de la dépression psychotique mais sans pouvoir vraiment pouvoir y être rattachée. Il insiste, par ailleurs, sur la présence fréquente de « procédés auto-calmanants » : besoin de déambuler, de fumer, de griffonner, de se bercer, etc. autant de méthodes destinées à essayer de ne pas penser.

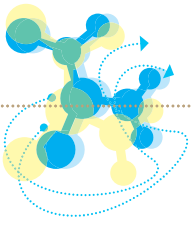
Les hypothèses de l'Ecole psychosomatique de Paris rejoignent celles d'autres auteurs. On mentionnera en particulier : P. Sifnéos qui décrit, à partir du concept d'« alexithymie » (étymologiquement, absence de mots pour signifier les émotions), des patients caractérisés par leurs difficultés à exprimer leurs sentiments, d'où qu'ils apparaissent ternes, apeurés, conformistes, aux discours répétitifs et aux gestes limités, Y. Gauthier qui insiste sur le cercle vicieux qui peut s'instaurer très vite entre la mère et le corps de son enfant, la dépression de la première venant entretenir celle du second, G.L. Engel et A.H. Schmale qui notent que ces malades ont souvent le sentiment de vivre des situations sans recours ni secours, voire d'être des victimes, F. Frisch qui repère des traits anxieux, obsessionnels et surtout psychasthéniques, Sami Ali qui raconte le factuel, le banal et le triste des propos des patients psychosomatiques, etc. Tout cela semble correspondre aux exigences et aux idéaux de la vie dite moderne, comme si notre pensée devait être purement fonctionnelle et sans affects, telle un ordinateur.

Deux conséquences des hypothèses de l'Ecole psychosomatique de Paris : tout d'abord, la création d'un hôpital spécialisé, à la Poterne des Peupliers, où se pratiquent des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, des séances de relaxation et de psychomotricité, des prises en charge de groupe, etc., ainsi que des recherches consignées depuis 1991 dans une revue spécifique, « La revue française de Psychosomatique »², et ensuite, le développement de nouvelles recherches sur les maladies pédiatriques, sous l'impulsion initiale de L. Kreisler. • •

NOTES

1. Marty P. : *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Ed. Payot, 1976 ; Marty P., De M'Uzan M. et David C. : *L'investigation psychosomatique*, Ed. PUF, 1962 ; Fain M. : *Investigations psychosomatiques*, Ed. PUF, 1998, etc.

2. Editée par les Ed. PUF, à raison de deux numéros par an.



Les principaux troubles psychosomatiques chez l'Enfant

La présentation des diverses théories explicatives de la spécificité du fait psychosomatique nous a familiarisés avec l'idée que nombre de maladies ressortissent de facteurs à la fois organiques et psychiques. Ici, on incrimine aussi bien le climat familial de l'enfance que le contexte professionnel et l'environnement au sens écologique du terme. De toute façon, toute maladie a un impact psychologique sur le patient et voit son évolution influencée, outre par le traitement strictement médical prescrit, par la relation nouée entre lui et le médecin.

➤ Cela rend un peu vaines les querelles entre les partisans « absolutistes » d'une organo-génèse et ceux d'une psycho-génèse. Pour les uns, il y a probablement un déni des facteurs infantiles et relationnels et, pour les autres, un déni des réalités génétiques, neurologiques et physiologiques, sans parler des facteurs sociaux et écologiques. Tout se passe comme si chacun cherchait à localiser un « ennemi » pour le circonscrire. Peut-être même la maladie psychosomatique exprime-t-elle aussi cette recherche d'un ennemi à enfermer.

Il convient de considérer qu'avec n'importe quelle maladie il y a apparition et développement d'une expérience vécue singulière

(perte de la santé, perte de la force, perte de l'image de soi, modification de l'image du corps, altération des relations à autrui, peur de la chronicisation, peur de la mort, etc.), avec son cortège de mécanismes de défense : dénégation,

Les maladies où le psychisme intervient :

Classiquement désormais, à partir des classifications proposées par de nombreux ouvrages, on peut présenter celles-ci de la manière suivante selon la zone atteinte :

- Pathologies cardiaques et vasculaires : athérome, affection coronarienne, hypertension, hypotension, arythmie, tachycardie, syncope, maladie de Raynaud, etc.
- Pathologies digestives : ulcères, colites, gastrites, dyskinésies biliaires, cholestases hépatiques, hépatites, coliques, recto-colites, diarrhées, aérophagie, constipation, entérites, maladie de Crohn, etc.
- Pathologies urinaires : protéinuries, polyurie, cystite, œdèmes rénaux, néphrites, énurésie, etc.
- Pathologies neurologiques : migraine, céphalée, torticolis, crampe des écrivains, vertiges, tétanie, épilepsie, etc.
- Pathologies oto-rhino-laryngologiques : mastoïdites, otites, sinusites, phlegmons, laryngites, syndromes labyrinthiques, vertiges, surdité, etc.
- Pathologies stomatologiques : stomatites, aphoses, muguet, glossites, lithiases salivaires, parodontites, caries dentaires, arthrites maxillaires, infections et algies bucco-dentaires, etc.
- Pathologies respiratoires : asthme, rhinite, tuberculose, rhume, etc.
- Pathologies osseuses : mal tuberculeux de Pott, rachitisme, scoliose, poly-arthrites, ostéoporoses, myélomes, fractures, etc.
- Pathologies dermatologiques : eczéma, urticaire, zona, herpès, furonculose, verrue, pustules, acné, alopecie, pelade, calvitie, psoriasis, dermatites, stigmates, etc.
- Pathologies rhumatismales : goutte, arthrite, arthrose, polyarthrite rhumatoïde, etc.
- Pathologies endocriniennes : diabète, hypo- ou hyper-glycémie, maladie de Basedow, obésité, maigre, anorexie, nanisme, hyperthyroïdie, spasmodophilie, kystes, etc.
- Pathologies ophtalmologiques : strabisme, glaucome, myopie, exophtalmie, cécité, œdème papillaire, etc.
- Pathologies gynécologiques : dysménorrhée, aménorrhée, vomissements gravidiques, stérilité, avortements spontanés, vaginisme, polypes, ménopause précoce, etc.
- Pathologies génitales : impuissance, frigidité, éjaculation précoce ou retardée, anorgasmie, inhibition sexuelle, etc.

projection, régression, soumission, rébellion, etc. En outre, quelques soient les virus et les microbes présents dans l'air ambiant et quelques soient l'héritage génétique reçu et les modifications métaboliques réactionnelles,

n'importe qui n'attrape pas n'importe quoi n'importe quand.

Il faut pour cela un terrain prédisposant, un terrain notamment constitué d'une sensibilité, pour ne pas dire, une fragilité, d'origine psychique, au moins *hic et nunc*. A partir de ce postulat d'interactions constantes entre le corps et l'esprit, il est patent qu'il devient impossible de recenser toutes les affections qui seraient « purement » psychosomatiques. Cependant, il y a un consensus sur la réalité de l'existence de maladies où le psychisme apparaît, sinon, à leur origine, du moins au premier plan. En d'autres termes, les corrélations entre des désordres anatomo-cliniques et biologiques objectivables et divers facteurs psychologiques, prédisposants ou déclenchants, qu'il s'agisse d'événements traumatisants ou de tracas quotidiens, ont été prouvés.

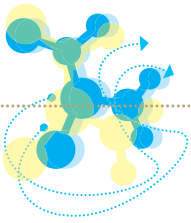
Evidemment, dans ces diverses maladies, listées sans prétention à l'exhaustivité (certains auteurs

ajoutent les calculs rénaux, la cirrhose alcoolique, le « membre fantôme », le cancer, etc.), répétons-le, l'importance des facteurs psychiques existe, démontrée, mais joue, pour chaque personne, de manière plus moins prononcée sur les symptômes comme sur leurs causes.

Chez l'enfant, on le sait depuis longtemps, le corps est le plus souvent convoqué pour exprimer ses émotions et certaines affections sont plus particulièrement fréquentes :

Asthme du nouveau-né, coliques du premier trimestre, insomnies du premier semestre, anorexie précoce dite primaire, mérycisme, spasme du sanglot, mégacôlon fonctionnel, hospitalisme, encoprésie, dépression anaclitique, retard statur pondéral, obésité, céphalées, épilepsies, etc. Bien évidemment, nous ne les aborderons pas toutes ici, nous contentant de développer les plus typiques d'entre elles. De fait, chacune mériterait un chapitre particulier.

Trois types d'affections ont donc été retenus et quelques vignettes cliniques en illustreront d'autres. • •



Un désordre respiratoire infantile : l'asthme

L'asthme est une affection caractérisée par des accès de respiration difficile et bruyante, particulièrement à l'expiration et durant le sommeil. Ces accès résultent de crampes dans la musculature lisse des bronchioles dont la muqueuse est tuméfiée. Il s'agit de ce qu'on appelle encore une dyspnée (un essoufflement dû à une respiration ou trop lente ou trop rapide, voire arrêtée) en lien avec une sténose pulmonaire (une étroitesse anormale des voies respiratoires).




© Fotolia.com - krysek

tion, plus difficile encore, est prolongée et « sifflante ». Le sentiment d'étouffer dure entre trente minutes et deux heures. Il est suivi d'une phase catarrhale : au cours des toux et des efforts entrepris pour ré-insuffler de l'air dans ses poumons, le sujet ramène des petits crachats translucides. Puis la dyspnée se calme et le malade respire à nouveau normalement. Il se produit fréquemment plusieurs crises de suite, sur plusieurs jours. Cela peut conduire à l'installation d'une bronchite chronique.

Chez l'enfant, l'asthme est quelque peu différent, tant au plan de son évolution qui est imprévisible (tantôt, il se limite à deux ou trois crises, tantôt, il persiste tout au long de l'enfance jusqu'à l'adolescence, quitte à disparaître à cette période, pour revenir ou pas à l'âge adulte), qu'au plan de ses manifestations : la dyspnée est intense et rapide, l'enfant toussant peu, mais il peut vite devenir cyanosé et développer un état fébrile. Il apparaît dans plus de 80 % des cas avant l'âge de quatre/cinq ans et dans 25 % des cas avant l'âge d'un an. Souvent, des désordres digestifs ou respiratoires ou encore des bronchites asthmatiformes l'ont précédé.

Les premières crises liées à des « incidents » affectifs ? Jadis mis sur le compte de facteurs de nature humorale ou allergique, souvent considéré comme relevant d'une prédisposition génétique, l'asthme apparaît aujourd'hui aussi comme de plus en plus associé aux conditions dégradées de l'environnement, résultant d'une névrose organique face à des substances irritantes. L'examen attentif des interactions psychologiques entre l'enfant et ses parents permet de considérer d'autres influences. C'est ainsi que, très tôt, de nombreux auteurs¹ ont relié les premières crises à des « incidents » affectifs : décès d'un des parents, séparation ou divorce des parents, conflit conjugal.

La crise asthmatique intervient à la suite de facteurs psychologiques et possède une signification symbolique².

 **Chez l'adulte**, l'asthme se manifeste sous forme de crises : le sujet ressent une gêne pour respirer qui l'oblige à s'asseoir ou à se lever. Puis, la gêne se transforme en soif d'air : il est en sueurs, éprouve une forte angoisse et mobilise tous ses muscles pour tenter de respirer. L'inspiration est le plus souvent difficile et lente alors que l'expira-

D'autres³ ont décelé chez l'enfant asthmatique une hypersensibilité émotionnelle et une inhibition intellectuelle, voire une tendance sadomasochiste. La crise répèterait de façon « gelée » les cris sans pleurs de l'enfant à la naissance ou du nourrisson âgé de quelques mois.

D'ailleurs, les asthmatiques présentent fréquemment d'autres types de crises : des crises de colère, voire de furie, et, plus rarement, des crises incoercibles de fou rire⁴.

Pour la majorité des psychanalystes, l'asthme interviendrait dans un contexte de sur-investissement de l'enfant par sa mère. Tout se passe comme si elle souhaitait le ramener en permanence à la naissance, voire à l'état fœtal. Ce sur-investissement augmenterait la fonction pare-excitatrice maternelle et bloquerait l'auto-érotisme à partir duquel l'enfant commence à apprendre à vivre sans sa mère. Ainsi s'expliquerait le fait clinique courant des bébés asthmatiques qui sourient toujours, l'angoisse devant l'étranger du huitième mois paraissant même absente. Il se développerait ainsi une sorte de phobie chez l'enfant à désirer fonctionner par lui-même, à vouloir s'émanciper et grandir, d'où une importante immaturité affective et relationnelle⁵. L'asthme représenterait alors le symptôme d'une impossibilité à s'individualiser et à respirer chacun de son côté. Comme l'a noté J. Mac Dougall, citée par H. Scharbach⁶, les affects douloureux échangés entre eux ne seraient ni refoulés, ni investis, mais immédiatement éjectés hors de la *psyché* des deux protagonistes. Tout se passe comme si les corps des uns et des autres ne pouvaient être libidinalement intégrés sur plusieurs générations, hormis sur le plan respiratoire⁷.

De la psychologie des mères d'enfants asthmatiques : De nombreux travaux⁸ se sont ainsi penchés sur la psychologie des mères d'enfants asthmatiques : anxieuses, vulnérables, dépressives, impulsives, captatrices, ayant toujours besoin d'être rassurées, obnubilées par des aspirations de réussite intellectuelle. Ainsi trouveraient-elles dans la maladie de leur enfant des satisfactions narcissiques et phalliques.

Quelquefois, ces mères ont elles-mêmes été asthmatiques ou ont présenté des crises de tétanie ou de spasmophilie et ont été dépendantes de mères similaires.

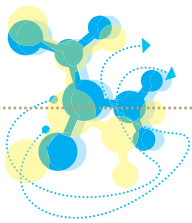
Il se produirait alors un « jeu » d'identifications entre la mère et son enfant, l'angoisse de l'une

s'infiltrant dans celle de l'autre. Ainsi se mettraient en place chez les deux des symptômes hystéro-phobiques et des rituels obsessionnels quant à l'alimentation et au coucher destinés à pérenniser des relations étroites entre eux. Les traitements préconisés par les médecins seraient plus ou moins suivis. Selon notre expérience, ces mères peuvent même se montrer imprévisibles : tantôt attentives, tantôt rejetantes, tantôt soucieuses de la médication, tantôt délétères. C'est qu'il faudrait maintenir ainsi à tout prix le lien primaire entre la mère et son bébé, au-delà des angoisses ainsi inter-générées ou plus exactement, grâce à elles.

Du côté de l'enfant, il a souvent été décrit une vie fantasmatique et onirique relativement riche et une excessive proximité, d'aspect fusionnel, avec n'importe quel adulte. De plus, la répression des affects agressifs et la négation des conflits tiendraient lieu de défenses principales⁹. Des organisations névrotiques fragiles, proches des états considérés de nos jours comme limites, seraient alors fréquentes. Mais, parfois encore, il s'agit d'enfants « sages », dociles, sans reproche, présentant une « surface « tranquille » et « conformiste », comme s'il n'y avait aucune émergence pulsionnelle. Cette alliance entre une mère « abyssale » et un enfant « bouchon » a été particulièrement bien étudiée par H. Scharbach¹⁰, mais surtout par M. Bacherich-Saier¹¹ dans le cadre de sa pratique clinique hospitalière et de son étude de l'écrivain M. Proust. Cette dernière auteure repère que la naissance de l'enfant asthmatique est toujours évoquée par la mère comme s'étant passée dans un contexte difficile (antécédents de fausse couche, grossesse pénible, deuils familiaux concomitants, conflit conjugal, cancer d'un parent proche, etc.), de sorte que le nouveau-né devra en être d'emblée marqué pour toujours. Les attitudes de surprotection et de fusion trouveraient là leurs fondements, comme si la mère était persuadée en permanence que

c'était mieux avant, pendant que l'enfant était encore un fœtus vivant dans son ventre et que, désormais, un seul air pour deux pouvait suffire.

C'est ce qu'imagine M. Proust au décès de son père : il continuera à pouvoir exister grâce à l'attention de sa mère, quitte à vivre quotidiennement sous sa dépendance. C'est elle qui devra prendre soin de lui jour et nuit, constituant une sorte de « barrière amniotique » entre son fils et le monde extérieur. On sait d'ailleurs que l'écrivain ne parviendra à sauver son autonomie psychique que la nuit, en composant l'essentiel de son œuvre pendant que sa mère dort ! C'est seule-



ment ainsi que l'enfant asthmatique parviendrait à échapper à l'emprise maternelle et à essayer d'acquiescer sa propre maîtrise de sa vie.

On ne saurait clore ce chapitre sur l'asthme infantile sans évoquer, même brièvement, les bronchiolites du jeune enfant.

Les bronchiolites du jeune enfant : Certes, ces affections saisonnières (automne et hiver) sont à relier à des infections virales (VRS ou virus respiratoire syncytial, adénovirus, influenzae, rhinovirus, etc.) et à des facteurs facilitateurs : prématurité, tabagisme passif, antécédents familiaux d'asthme, etc. Mais, au-delà de l'inflammation aiguë des bronchioles pulmonaires qu'elles réalisent et des symptômes qu'elles entraînent (fièvre, rhinite, obstruction nasale, toux sèche, polypnée, râles, etc.), sur une durée généralement inférieure à deux semaines, on ne peut qu'interroger le fait que, depuis près de cinq ans, leur nombre augmente de 10 % chaque année et qu'elles touchent actuellement 30 % des bébés entre 2 et 12 mois.

Notre expérience clinique nous montre quotidiennement qu'en plus des conditions sociales souvent difficiles s'ajoutent des facteurs psychologiques évoquant très souvent ceux relevés au sujet de l'asthme proprement dit. • •

L'importance d'une surveillance psychologique

C'est pourquoi, pour ces symptômes comme pour l'asthme proprement dit, à côté des traitements « classiques », à base de

- mesures hygiéno-diététiques (fractionnement des repas, régime lacté, théophylline, installation d'un proclive, etc.),
- prescription de substances dites « anti-reflux », de corticoïdes et d'antibiotiques et, surtout, de bronchodilatateurs, généralement en aérosols,

il conviendra toujours de proposer un suivi psychologique de l'enfant et de sa famille.

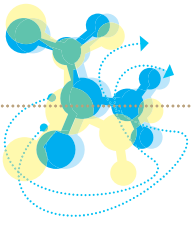
Sans nécessairement toujours instaurer des psychothérapies, il pourra s'agir d'un accompagnement à domicile au long cours (plus de six mois) de puéricultrices d'un service spécialisé, tel qu'un CAMSP, puéricultrices elles-mêmes supervisées chaque semaine par un ou des psychanalyste(s)¹.

SOURCE :

1. Richard J-T. : *Prévention psychosociale en périnatalité et psychanalyse*, dans « Le droit à la santé des personnes handicapées », ouvrage collectif sous la direction de R. Ceccotto, G. Fiche, H. Maçon et G. Zribi, Ed. ENSP, 2007, pp. 43-73.

NOTES

1. Miller H. et Baruch D. : *Psychological dynamics in allergic patients*, dans revue « J. Consult. Psychol. », 1948, N°12, p. 111 sq. ; Loras O. : *L'asthme : angoisse du souffle*, Ed. Librairie du Rhône, Lyon, 1961 ; Rees L. : *The importance of psychological, allergic and infective factors in children asthma*, dans revue « J. Psychosomat. Rev. », 1964, N°7, pp. 253-262.
2. A. Trousseau (XIX^e siècle)
3. Alcock T. : *Some characteristics of asthmatic children*, dans revue « Brit. J. Med. Psychol. », 1960, N°33, pp. 133-141 et Bostock J. : *Asthma: a synthesis*, dans revue « J. of Mental Sc. », 1956, N°152, pp. 559-575.
4. Szwec G. : *De la crise d'asthme à la crise de fou rire*, dans «Revue Française de Psychosomatique », 1991, N°1, pp. 115-136.
5. Kreisler L. : *Asthme infantile*, article pour « L'enfant et sa santé », ouvrage collectif sous la direction de M. Manciaux et S. Lebovici, Ed. Douin, 1987
6. Cf. note ci-après, n° 30.
7. Sanchez-Cardenas M. et coll. : *Asthme infantile et investissement libidinal du corps*, dans revue « Annales de psychiatrie », Ed. E. S. P, 1992, Vol. 7, N° 1, pp. 18-21.
8. Sperling M. : *A psychoanalytical study of bronchial asthma in children*, dans "The asthmatic child", ouvrage collectif sous la direction de H.I. Sneed, Harper and Row Ed. New York (USA), 1963, pp. 138-165; Soulé M. et Sakellaropoulos P.: *Etude statistique simple des relations affectives de la mère et de son enfant asthmatique*, dans "Revue Française de Psychanalyse", Ed. PUF, 1959, Tome XXIII, N°6 ; Bloch J; et coll.: *Clinicians's conceptions of the asthmatic mother*, dans revue "Arch. Gen. Psychiat.", 1966, N° 15, pp.610-618; Bartlett S.J et coll. : *Maternal depression and treatment of asthmatic children*, dans revue "Pediatrics", 2004, Tome 113, N°2, pp. 229-237/Medecine Department, J. Hopkins School Ed., Baltimore (USA).
9. Kreisler L. : *L'économie psychosomatique de l'enfant asthmatique*, dans revue « Psychothérapies », 1982, N°1, pp. 15-24 et *La pathologie psychosomatique : une illustration clinique*, dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé et coll. : « Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », Ed. PUF, 1985, Tome 2, pp. 440-443.
10. Scharbach H. : *Asthme infantile*, dans revue « Annales médico-psychologiques », Ed. Elsevier, 1986, Vol. 144, N°3, pp. 289-294.
11. Bacherich-Saier M. : *Vivre sans air*, dans « Nouvelle Revue de Psychanalyse », Ed. NRF-Gallimard, 1983, N°28, pp.29-46.



Un désordre alimentaire infantile : l'anorexie

L'anorexie est une maladie de l'appétit qui, l'alimentation n'étant plus désirée ni réalisée, entraîne fatigue et amaigrissement. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital. Il est remarquable de noter avec L. Sirolli¹ qu'elle survient essentiellement en Occident et s'avère très rare en Afrique, en Asie, etc. Elle a été expliquée hier par des désordres hépatiques, gastriques, neurologiques, voire par le cancer et la tuberculose. On se réfère aujourd'hui plutôt à la prématurité, au reflux gastro-œsophagien, à une malformation du cardia, l'orifice de communication entre l'œsophage et l'estomac, ou encore à un épisode infectieux, une anémie, une constipation ou une intolérance aux protéines du lait de vache.



© Fotolia.com - Jose Manuel Geipi

En fait, il s'agit d'un trouble où ce sont les facteurs psychiques qui en rendent compte le mieux et le plus souvent. Pour M. Porte², par exemple, l'anorexie doit même seulement se définir comme réalisant « une conduite de refus alimentaire sans trouble organique primaire ».

C'est pourquoi pour de nombreux pédiatres et pédo-psychiatres contemporains, l'anorexie infantile constitue essentiellement un trouble de l'attachement entre la mère et son enfant.

En d'autres termes, en poursuivant les travaux de J. Bowlby³ sur ce concept, on peut considérer que l'accordage interactif entre les processus psychiques de l'une et de l'autre s'avère ici pour une raison ou une autre défaillant. Les pédiatres⁴ ont en fait commencé à considérer cela dès les années 1950. Nous n'aborderons pas l'anorexie

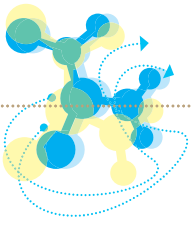
dite mentale de l'adolescente pour nous limiter aux anorexies infantiles.

Il convient donc pour chaque forme de tenir compte du stade de développement auquel se trouve l'enfant, avec, en particulier, ses modalités de ressentir les pulsions orales⁵ : au début, il ignore toute distinction entre le sein (ou le biberon) et sa bouche, ensuite, le plaisir de la succion et l'expérience du manque permettent la construction progressive des limites entre soi et autrui, enfin, avec l'apparition des dents, l'agressivité trouve à s'exprimer dans le cadre même de la relation orale.

La forme I d'anorexie survient dès les premiers jours de vie chez des bébés le plus souvent de petit poids, très éveillés, « nerveux ». Si, au début, le refus de manger semble passif, très vite, il va inclure des réactions d'opposition. Comme l'ont encore récemment montré F. Poinso⁶ et V. Abadie⁷, il peut s'agir de troubles s'inscrivant dans des pathologies génétiques, neurologiques, pneumo-

Les 3 formes d'anorexie infantile

- la forme I ou anorexie essentielle précoce, dite primaire, du nourrisson,
- la forme II ou anorexie du second semestre, dite secondaire
- la forme III, ou anorexie de la seconde enfance.



logiques ou digestives, mais aussi de troubles sans substrat organique connu et qui peuvent impliquer dans les deux situations des éléments psychologiques. Les hypothèses doivent alors se tourner du côté d'une perturbation des liens primaires chez un bébé constitutionnellement hypersensible, hypotonique ou, au contraire, hypertonique, anxieux, déprimé, voire pré-psychotique.

Cette anorexie est relativement rare.

Comme l'a remarqué F. Ansermet⁸, parler à ce stade d'anorexie mentale du nourrisson pose question dans la mesure où le désir psychique n'est pas encore dialectisé entre la mère et l'enfant. Il serait plutôt ici question d'une sorte de « jeu » avec la vie et avec la mort au moment même de la construction du sujet, d'un « sentiment de désaide » intense et perdurant dans une forme d'impasse inhibant d'emblée les plaisirs oraux, l'érogénéité de la relation au sein ou au biberon. Rappelons que ce sentiment décrit par S. Freud⁹ se rapporte à la situation de détresse et de dépendance de tout nourrisson à l'égard de son environnement : il ne saurait pouvoir se venir en aide tout seul pour affronter situations et émotions. Ici, on peut imaginer que certains bébés peuvent même être conduits à « entretenir » leur détresse originaire par celle de leur mère, ainsi que par des craintes fantasmatiques d'être eux-mêmes mangés, d'où une sorte d'attente du « rien ». Ils ne peuvent articuler leurs besoins et leurs sensations à l'autre. Tout ceci n'est pas sans évoquer une sorte de fonctionnement autistique. Cela va tout à fait dans le sens de notre expérience clinique constatant que cette forme I survient dans un contexte de dépression maternelle chronique, en lien avec un trouble de l'identité sexuelle et de l'identité subjective, majorée par la naissance et son contexte : baby-blues, séparation, etc. En miroir de cette dépression maternelle, le bébé finit par présenter aussi, comme y a insisté M. Porte¹⁰, des traits dépressifs : pâleur, tristesse du regard, passivité, etc.

La forme II ou anorexie dite du second semestre : C'est la plus fréquente. Après une phase où l'enfant s'alimentait normalement, il va développer un refus de manger, soit par inertie, soit par opposition, soit en alternant ces deux attitudes.

Tout se passe alors comme si l'enfant et sa mère devaient grâce à ce symptôme entrer en guerre.

L. Kreisler¹¹ a proposé d'en différencier deux formes : une anorexie dite simple, réactionnelle à l'ablation, au sevrage, à une modification du régime alimentaire, voire à une modification du mode de vie où les deux protagonistes figent leurs

attitudes de refus et de contrainte, d'une part, et, une anorexie dite complexe, intense, résistante aux méthodes habituelles de traitement et toujours incluse dans des conflits au sein des relations entre la mère et son enfant, d'autre part.

C'est l'ensemble de la dynamique orale, physiologique, psychologique et symbolique, qui est ici touché.

Face à une mère souvent exigeante et intrusive, pour ne pas dire rigide, par ailleurs anxieuse de n'être pas une bonne mère, comme le résuma J. Lacan¹² dans les années 1950/1960, l'enfant est conduit à confondre besoin et demande, nourriture et amour. On peut retenir également l'hypothèse, formulée initialement par M. Fain¹³ en 1981, selon laquelle au lieu de construire sa crainte de l'étranger sur le distinguo mère/non-mère, entre les 7^e et 9^e mois, l'enfant l'appuie non sur le visage de la mère mais sur la nourriture, ce qui témoignerait d'un déplacement de ses affects négatifs envers lui sur celle-ci.

La forme III de l'anorexie : Appelée encore « de la seconde enfance », elle survient soit à la suite de la précédente, soit spontanément.

Elle s'inscrit généralement dans un tableau d'opposition et de « caprices » en réaction à des normes qualitatives et/ou quantitatives parentales sévères.

Du côté de la psyché de l'enfant, comme l'ont suggéré I. Bailly-Lambin et D. Bailly¹⁴, des craintes de séparation de la petite enfance non résolues y joueraient un rôle non négligeable.

Vomissements et mérycisme (régurgitations et remastications) : N'importe laquelle de ces formes d'anorexie infantile peut s'accompagner de vomissements et de mérycisme. Les premiers consistent en régurgitations soudaines et incontrôlées du contenu de la bouche et de la gorge, voire de l'estomac. Ces expulsions sont rendues possible par une mécanique interne touchant les muscles bucco-faciaux, les sphincters gastriques, le diaphragme, etc. Ils peuvent survenir parfois dès la première semaine de vie.

Vers l'âge de un an et jusqu'à l'âge adulte, pourront survenir des vomissements cycliques compulsifs qui durent plusieurs heures.

Certains¹⁵ incriminent ici évidemment des dysfonctionnements hépatiques et/ou neurologiques. Pour M. Bekei¹⁶, l'enfant vomisseur présenterait quelques caractéristiques affec-

tives : peur de perdre la mère, sentiment de culpabilité, pulsions agressives. Le mérycisme survient plutôt à partir du sixième mois. Il consiste en une rumination quasi érotique incessante du contenu buccal ou stomacal. L'enfant semble généralement déconnecté du monde extérieur. Selon L. Kreisler¹⁷, le mérycisme serait une sorte d' « acting » pervers sans mentalisation, avec régression à un système pare-excitatif autonome sans lien avec celui de la mère.

Le mérycisme se produit dans presque tous les cas lorsque l'enfant est seul.

On insistera ici sur l'importance de la maîtrise orale et musculaire d'un objet partiel, ce qui rejoint le constat de M. Palazzoli-Selvini¹⁸ relatif à la volonté de puissance et à la crainte de la dépendance chez la majorité des enfants et adolescents anorexiques. De fait, chez eux, la phobie n'est jamais très loin. Un auteur comme P. Ferrari¹⁹ avait même proposé en 1997 de distinguer une forme particulière d' « anorexie mentale phobique » chez des enfants âgés de deux ans.

Importance d'une prise en charge disciplinaire : Dès lors, à l'instar d'indications de plus en plus nombreuses tant dans les pays anglo-saxons qu'en France²⁰, dans tous les cas d'anorexie chez le jeune enfant, on préconisera une prise en charge pluridisciplinaire : médicale, nutritionnelle et psychologique. Très souvent, celle-ci devra commencer par une hospitalisation et une thérapie médicamenteuse, voire aboutir à une intervention chirurgicale de type « gastrosto-

mie » (à nos yeux, trop souvent pratiquée de nos jours pour mettre en place une alimentation directe dans l'estomac, sans suffisamment tenir compte des difficultés ultérieures rencontrées pour apprendre ou ré-apprendre le goût et le plaisir de l'alimentation orale).

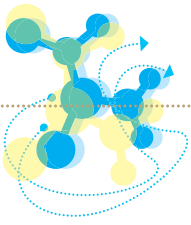
Un suivi d'hospitalisation par un soutien diététique et nutritionnel en ambulatoire : Cela, bien sûr, après que toutes les complications organiques et les risques de rechute aient été écartés, pour autant que les bienfaits d'une séparation prolongée n'aient pas à ce jour mené à des conséquences positives et durables avérées. Surtout, en plus de ces diverses mesures, une prise en charge psychosociale globale de la situation relationnelle au sein de la famille s'inspirant de la psychanalyse devrait s'y adjoindre systématiquement sous la forme d'entretiens psychothérapeutiques dirigés vers l'enfant, sa mère, les deux et/ou les deux parents.

De fait, le père peut jouer ici un rôle important, à la condition, comme nous l'enseigne notre pratique, qu'il ne prenne pas toute la place de la mère auprès de l'enfant.

Enfin, si quelques exemples, notamment conduits en Suisse par B. Cramer et F. Palacio-Espasa²¹, penchent en faveur de psychothérapies familiales brèves, avec des résultats parfois spectaculaires, notre pratique rejoint plutôt les exemples développés par R. Debray²² et prône des prises en charge plus intensives et plus longues. • •

NOTES

1. Sirolli L. : *Les troubles du comportement alimentaire*, Ed. Eyrolles, 2006
2. Porte M. : *Les conduites alimentaires déviantes du nourrisson*, dans S. Lebovici, F. Weil-Halpern et coll., « Psychopathologie du bébé », Ed. PUF, 1989, pp. 411-424.
3. Bowlby J : *Attachement et perte*, Ed. PUF, 2 vol., 1978
4. Debré R. et coll. : *Etude psychosomatique de l'anorexie nerveuse*, dans revue « Sem. Hop. Paris », 1950, N°26, pp. 455-462.
5. Freud S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), Ed. Gallimard, coll. Idées, 1967/Œuvres Complètes, Ed. PUF, vol. VI, 2006, pp. 59-181 et Abraham K. : *Œuvres Complètes* (1913-1925), Tome 2, Ed. Payot, 1966
6. Poinso F. et coll. : *Les anorexies infantiles*, dans revue « Arch. de Pédiat. », Ed. Elsevier-Masson, 2006, N°13, pp. 464-472.
7. Abadie V. : *Troubles du comportement alimentaire du nourrisson*, dans revue « Arch. de Pédiat. », Ed. Elsevier-Masson, 2009, N°16/Hors-série 2, Congrès de la Société Française de Pédiatrie, pp. 28-29.
8. Ansermet F. : *Oralité et construction subjective : détresse du nourrisson et anorexie précoce*, conférence orale au département de Psychanalyse de l'Université Paris VIII sous l'égide de L'Institut du Champ Freudien et de l'Association UFORCA-Lyon, le 25 Février 2009
9. Freud S. : op. cité. et Richard J-T : « Le polyhandicap comme générateur de dépendance chez...les autres », conférence orale au congrès organisé par l'AFASER, Octobre 2010, Paris.
10. Porte M. : op. cité
11. Kreisler L., Fain M. et Soulé M. : *La clinique psychosomatique de l'enfant*, dans revue « Psychiatrie de l'enfant », Ed. PUF, 1966, N°9, pp. 89-222.
12. Lacan J. : *La relation d'objet/Séminaire IV* (1956-1957), Ed. du Seuil, 1994 et *L'angoisse/Séminaire X* (1962-1963), Ed. du Seuil, 2004
13. Fain M. : *Anorexie et vomissements*, dans L. Kreisler, M. Fain et M. Soulé. : « L'enfant et son corps », Ed. PUF, 1981, pp. 130-174.
14. Bailly-Lambin I. et Bailly D. : *Angoisse de séparation et trouble du comportement alimentaire*, dans revue « L'Encéphale », 1999, vol. XXV, pp. 226-231.
15. Hoyt C.S. et Stickler G.B. : *A study of forty four children with syndrome of recurrent vomiting*, dans revue "Pediatrics", 1960, N°25, pp. 775-780.
16. Bekei M. : *Medicina psicosomatica en pediatria*, Panamerica medica Ed., Buenos Aires (A), 1965
17. Kreisler L., Fain M. et Soulé M. : *La clinique psychosomatique de l'enfant*, dans revue « Psychiatrie de l'enfant », Ed. PUF, 1966, N°9, pp. 89-222 et *L'enfant et son corps*, Ed. PUF, coll. Le fil rouge, 1974
18. Palazzoli-Selvini M. : *L'anorexia mentale*, Feltrinelli Ed., Milan (I), 1963
19. Ferrari P. : *Troubles des conduites alimentaires*, dans revue « J. Pédiatrie et Puériculture », 1997, Vol. 7, N°10, pp. 413-418.
20. Yon L., Doyen C. et coll. : *Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune*, dans revue « Arch. de Pédiat. », Ed. Elsevier-Masson, 2009, Vol. 16, N°11, pp. 1491-1498.
21. Cramer B. et Palacio-Espasa F. : *La pratique des psychothérapies mère-bébé*, Ed. PUF, coll. Le fil rouge, 1993
22. Debray R. : *Bébés-mères en révolte : traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces*, Ed. Le Centurion, 1987



Un désordre digestif infantile : les coliques colopathiques

L'appareil digestif (bouche, œsophage, foie, intestins, etc.) et l'appareil colique (côlon, rectum, etc.), toujours en constantes relations, sont la cible fréquente de malaises et de tensions. Ces troubles peuvent s'accompagner d'hypertonie musculaire, de rachialgies et aussi de céphalées.



© Fotolia.com - laurent hamels

En pédiatrie, depuis les travaux de L. Kreisler¹, on a pris l'habitude de séparer les coliques des premiers mois, s'exprimant par vomissements et diarrhées, le syndrome du côlon irritable, qui se traduit aussi par des diarrhées et les colopathies fonctionnelles du grand enfant, manifestes lors de douleurs abdominales répétées et d'une constipation souvent chronique. Dans ces trois configurations, très répandues, pour ne pas dire banales, dès lors que les symptômes persistent, on note alors des similitudes :

Une discontinuité qualitative et quantitative des soins maternels : Il ne s'agit pas nécessairement de dysfonctionnements de l'attachement, mais plus généralement d'irrégularité et d'incohérence dans l'attention portée au bébé et dans

son mode de vie. Cette discontinuité résulterait ainsi d'une manière mécanisée et opératoire d'organiser l'existence si répandue dans le monde contemporain, impliquant, en particulier, des changements de contexte alimentaire. Ensuite, elle installe des phénomènes spasmodiques de dyskinésie motrice. Autrement dit, elle favorise des troubles de l'organisation et de la représentation de l'ensemble des mouvements du corps, internes et externes. Enfin, elle intervient le plus souvent dans le cadre familial, dans le contexte d'une alimentation à la demande et quasiment jamais en collectivité (pouponnière, par exemple) et ne relève pas de phénomènes allergiques, alimentaires, fébriles ou dentaires, d'aérophagie, de gastro-entérite, d'affections O.R.L., voire d'imma-

turité du tractus digestif, de dysfonctionnements des transmissions neuronales cholinergiques ou d'altérations de la zone limbique du cerveau, comme on l'a si souvent supposé, y compris jusqu'à aujourd'hui. Ces derniers éléments, qui peuvent naturellement exister, constituent, certes, une fragilisation, mais ne rendent pas compte des tableaux en question puisqu'ils se produisent le plus généralement en dehors d'eux. *Comme pour toutes les autres affections psychosomatiques, de toute façon, le problème consiste en savoir admettre qu'on ne saurait établir avec certitude qui a troublé le système en premier puisque les deux champs sont en constante interaction depuis leurs formations.*

Les coliques du premier trimestre apparaissent quelques semaines après la naissance et disparaissent d'elles-mêmes généralement avant le quatrième mois. Elles seraient moins fréquentes en cas d'allaitement maternel, mais cela reste très discuté. Suite à des spasmes intestinaux, il se produit, quelques minutes après la tétée, des cris et des tortillements. L'enfant serre les poings, se contorsionne et se met à pleurer.

Son ventre est ballonné. Il émet des gaz et des selles. Il peut faire des diarrhées et avoir un peu de fièvre.

Ces crises surviennent plusieurs fois par jour, le plus souvent en fin d'après-midi ou en début de nuit. Certains auteurs américains et canadiens considèrent qu'on doit commencer à parler de « coliques idiopathiques » du bébé s'il pleure plus de trois heures par jour et plus de trois jours par semaine. En cela, comme l'a remarqué J. de Ajuaguerra², ils rejoignent des descriptions déjà formulées à l'aube du XX^e siècle par E. Weil et M. Pehu, H. Finkelstein, A.G. Alarcon, R. Soto, etc. B. Spock³ et R. Spitz⁴ ont été les premiers auteurs modernes à incriminer des facteurs relationnels. Le premier décrit une surprotection de la mère, le second une sollicitude anxieuse et une ambivalence de celle-ci. A cela s'ajoute, pour L. Kreisler⁵, que l'enfant est généralement un enfant tonique, au regard vif, à l'affût de l'environnement. Il passe sans transition du sommeil profond à l'éveil. Il y aurait donc une sorte d'homéostasie affective perturbée entre la mère et son bébé. M. Soulié⁶ a noté dans ce sens que des entretiens psychothérapeutiques suffisent à faire disparaître rapidement ces spasmes.

Le syndrome du côlon irritable est une appellation d'origine anglo-saxonne pour un syndrome singulier qui n'avait pas échappé aux pédiatres français, notamment le Pr. S. Lelong, comme l'a rappelé L. Kreisler⁷.

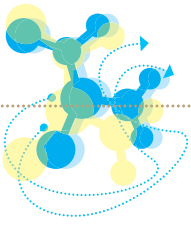
Il implique des douleurs abdominales et des diarrhées chroniques.

Les cris de l'enfant s'avèrent fréquents, ce qui ne signifie pas toujours qu'ils doivent être reliés à elles. L'anxiété parentale est de mise. En général, les traitements prescrits ont peu d'efficacité. La chronicisation du syndrome mène le plus souvent au développement d'une colite. On insistera sur la date de son émergence, soit après le sixième mois. On le sait, cela correspond à l'époque où l'enfant prend peu à peu conscience de la différence entre son corps et celui de sa mère et change de régime alimentaire. Des changements de mode de garde surviennent aussi fréquemment à cette époque. Il semblerait que les garçons soient plus sensibles que les filles au syndrome du côlon irritable et qu'il s'éteigne de lui-même vers l'âge de quatre ans. Pour M. Fain⁸, il y a souvent dans ces cas de côlon irritable correspondance entre l'incapacité de la mère à élaborer ses propres angoisses psychologiques et l'expression somatique de l'enfant. Tout se passe, en effet, comme si ce dernier ne pouvait élaborer que des modes de compensations auto-érotiques pour affronter à la fois les difficultés maternelles et toutes les frustrations de l'existence.

Les colites ou colopathies spasmodiques sont des troubles installés du côlon⁹. Celui-ci fonctionne trop rapidement, ou, beaucoup plus rarement, trop lentement.

Il en résulte des douleurs abdominales, des ballonnements, des vomissements et une alternance de diarrhées et de constipation.

Cela peut conduire à la constitution d'un ulcère peptique ou d'une colite ulcéreuse. Dans ces cas, outre les facteurs de stress, les premiers psychosomaticiens¹⁰ ont pu repérer très souvent l'immaturité parentale, une mère hyperprotectrice ou, au contraire, rejetante, un père distant ou absent, une passivité et un sentiment abandonnique chez l'enfant. Celui-ci apparaît, de fait, soumis à ses parents, de manière phobique ou obsessionnelle. De plus, selon notre expérience clinique, chez les parents comme chez l'enfant, l'existence des pulsions agressives est refoulée, pour ne pas dire niée. C'est ainsi que quelques auteurs, à la suite de M. Bellaïche¹¹, parlent d'une forme de crise infantile en référence à la crise adolescente. Dans les deux cas, le symptôme se fait bruyant et dépasse la compréhension des parents comme des spécialistes ! Dans les deux cas, il suffirait de rassurer avec empathie et de déculpabiliser !



Les traitements « classiques » de ces troubles digestifs relèvent de principes diététiques, de prescription de laxatifs et/ou d'anti-diarrhéiques, d'anti-spasmodiques et de cures thermales. D'aucuns ont même préconisé l'indication de placebos ! D'autres, de l'hospitalisation. Il s'agit là évidemment d'éradiquer les symptômes et la gêne qu'ils entraînent. En réalité, le repos et le calme sont tout aussi nécessaires.

Le bercement de l'enfant contre soi est une recette connue depuis très longtemps.

Tous les praticiens savent qu'il faut veiller en particulier à ce que les parents ne communiquent pas leur anxiété, leur désarroi, voire leur énervement, à l'enfant. De fait, comme on vient de le voir, là encore, l'importance des facteurs psychologiques est prédominante. J. Bergeret et ses collaborateurs¹² l'avaient aussi déjà notifiée dès le début des années 1970. ● ●

Hypothèses psychologiques ou hypothèses génétiques ?

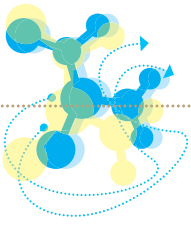
Aujourd'hui, pour de nombreux pédiatres spécialisés en gastro-entérologie et pédo-psychiatres, ces manifestations digestives précoces feraient plutôt partie des syndromes infantiles de douleurs abdominales¹. Celles-ci toucheraient aujourd'hui entre 10 et 40 % des enfants et vérifieraient l'adage selon lequel il vaut mieux prévenir que guérir ! Autrement dit, l'approche psychologique de ces symptômes précoces tend de plus en plus à être minimisée aux profits d'hypothèses génétiques et somatiques, de prescriptions d'antalgiques et de conseils diététiques et de changements de mode de vie. Si certains², après examen de la littérature et réflexion clinique, reconnaissent qu'il n'y a aucune cause organique véritablement démontrée et que ces affections relèvent de la culture occidentale, ils reconnaissent aussi et ainsi, toutefois, comme malgré eux, le rôle prépondérant du contexte psychosocial. De là qu'ils préconisent un suivi psychanalytique.

NOTES

1. Bellaïche M. : *Pleurs excessifs ou colique*, dans revue « Médecine/Thérapeutique/Pédiatrie », Ed. J. Libbey, 2009, N°5, pp. 332-338.
2. Mouterde O. : *Les troubles fonctionnels intestinaux*, dans revue « Médecine et Enfance », 2009, vol. 29, n°1, pp. 14-16.

NOTES

1. Kreisler L. : *Les colopathies fonctionnelles, le côlon irritable et les coliques du jeune enfant*, dans S. Lebovivi et F. Weil-Halpern, « Psychopathologie du bébé », op. cité, pp. 425-437.
2. Ajuriaguerra J. de : *Les maladies psychosomatiques*, dans « Manuel de psychiatrie de l'enfant », Ed. Masson, 1973, pp. 780-814.
3. Spock B. : *Etiological factors in hypertrophic pyloric stenosis and infantile colic*, dans revue « Psychosomat. Med. », 1944, n°6, pp. 162-165 et *Comment soigner et éduquer son enfant*, Ed. Marabout, 1976
4. Spitz R. : *The psychogenic diseases in infancy*, dans revue « Psychoan. Study Child », 1961, N°6, pp. 255-275.
5. Kreisler L. : op. cité
6. Soulé M. : *Coliques des trois premiers mois*, dans l'ouvrage collectif de Kreisler L., Fain M. et Soulé M., « L'enfant et son corps », op. cité, pp. 45-71.
7. Kreisler L.: op. cité
8. Fain M. : cité par Ajuriaguerra J. de : op. cité.
9. Jorup S. : *Colonic hyperperistaltism in neurobil infant*, dans revue « Acta Ped. », 1952, suppl. 85, n°1, p. 110 sq.
10. Taboroff L.H. et Brown W.H. : *A study of the personality patterns of children and adolescents with peptic ulcer syndrome*, dans revue « Amer. J. Orthopsychiatr. », 1954, N°24, pp. 602-609 et Finch S.M. et Hess J.H.: *Ulcerative colitis in children*, dans revue « Amer. J. Psychiat. », 1962, N°118, pp. 819-826.
11. Bellaïche M. et coll. : *Coliques*, dossier de la revue « Médecine et Enfance », 2009, Vol. 29, n°1, pp. 3-5.
12. Bergeret J. et coll. : *Abrégé de psychologie pathologique*, Ed. Masson, 1972 et *La personnalité normale et pathologique*, Ed. Dunod, 1974



Quelques vignettes cliniques

Avant de conclure, nous avons choisi d'illustrer l'approche de trois autres affections psychosomatiques courantes chez le jeune enfant par trois brèves histoires de cas.

La pathologie psychosomatique, comme n'importe quelle autre maladie d'ailleurs, interroge toujours la question des représentations du sujet entre son corps et son esprit et le monde extérieur. On comprend dès lors facilement combien la peau joue un rôle central. On sait peut-être que le psychanalyste D. Anzieu¹ a même créé le concept de « Moi-peau ». Comme le montrent les exemples qui suivent, on pourrait parler aussi de « Moi-bouche » et de « Moi-yeux ».

Cas n° 1

Le jeune garçon A., âgé de sept ans, m'est adressé par une dermatologue. En effet, il présente des verrues, principalement localisées sur le dessus des mains, récalcitrantes à tous les traitements classiques et très mal vécues par l'intéressé. Ses parents seront d'accord pour que je le reçoive seul, à raison d'une séance tous les quinze jours, en psychothérapie analytique. Celle-ci durera une année. A. est fils unique ; il n'aurait pas de copains ; il m'apparaît d'ailleurs d'emblée très inhibé. Il commencerait à présenter des difficultés dans ses acquisitions scolaires alors qu'auparavant c'était un enfant « sans problème ». Nous travaillerons donc ensemble à partir de jouets, de dessins et, bien sûr, d'échanges verbaux sur sa vie quotidienne. Ce travail s'appuiera tout d'abord sur la révélation de sa mère lors de notre première rencontre que, lors de sa grossesse, à la deuxième échographie, on lui avait annoncé que son enfant semblait avoir une anomalie à la main droite, une malformation. La naissance montra qu'il n'en était rien. La mère dira n'en avoir jamais parlé devant son fils... Puis, A et moi centreront nos intérêts sur notre propre relation. A. s'interroge, en effet, beaucoup sur mes possibles enfants et mes autres jeunes patients. Il joue alors beaucoup à des jeux de petites voitures ayant de nombreux accidents.

Les enfants réchappés de ceux-ci sont le plus souvent comme abandonnés de leurs parents.

Pour un psychanalyste comme moi, il s'agit là bien sûr d'interrogations sur la « scène primitive » (la représentation fantasmatique des relations sexuelles parentales à l'origine de sa naissance) et sur la « castration » (la représentation fantasmatique de tous les manques). Dans une dernière période, je proposerai à A. de dessiner l'une

après l'autre ses mains. Les posant sur une feuille, il devra en tracer les contours. Après deux séances de cette activité, les verrues disparaissent. Au final, une amélioration scolaire notable surviendra, ainsi qu'une diminution de l'inhibition.

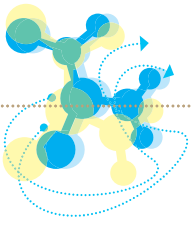
Réflexion : La prise en charge psychanalytique d'un enfant consiste dans le déchiffrement des significations de son symptôme tout autant que dans l'accompagnement de sa vie psychique. Cela passe par des jeux, mais aussi par le langage. Le bégaiement présenté comme difficulté à la source de notre rencontre avec le jeune patient s'avère donc particulièrement intéressant.

Cas n° 2

B. est une fillette de cinq ans. Elle m'est d'abord amenée par son père. Celui-ci se fait ici le porte parole de sa femme qui, au dernier moment, n'a pu venir en raison d'obligations professionnelles : B. bégaye de plus en plus depuis trois ou quatre mois. Ils ont consulté généraliste, pédiatre et orthophoniste, avec cette même réponse : cela n'est pas grave ! Je note que B. a souvent une « sucette » dans la bouche et qu'elle peut s'exprimer de fait sans bégayer. Mais, le plus souvent, elle ne peut s'en empêcher. Ses mots se télescopent dès le début de chaque phrase.

Je rencontrerai par la suite sa mère : une jeune femme marquée par « la guerre qui a gâché la vie de ses parents » dans un autre pays.

Elle souhaite que tout aille bien pour sa fille. Elle regrette aujourd'hui de ne pas l'avoir allaitée, de l'avoir « sacrifiée » à ses études et de l'avoir emmenée voir ses parents voici un an. C'est là qu'aurait d'ailleurs commencé le bégaiement, semblant s'en apercevoir en le disant même. L'es-



Quelques vignettes cliniques

sentiel de la thérapie de B. consistera donc à essayer de relier le propre vécu traumatique de sa mère avec ses expériences et ses fantasmes à elle. Cela s'effectuera à l'aide de la technique des « squiggles » - ces dessins fabriqués ensemble par l'analyste et l'enfant - inventée par D. W. Winnicott. Celle-ci permettra de mettre notamment en avant l'importance des fixations orales et des désirs œdipiens. Ces deux dimensions permirent aussi d'éclairer et d'amoindrir des traits d'hyper-émotivité, des difficultés d'endormissement, ainsi que des manifestations névrotiques (phobiques et obsessionnelles), autres troubles si souvent rencontrés dans la clinique des jeunes bégues. La thérapie de B. dura deux ans et demi à raison d'une séance par semaine. Pour elle, comme pour mes autres jeunes patients, je ne recevrais les parents qu'une fois par an, d'abord seuls, puis ensemble, et qu'avec leur accord.

Réflexion : un symptôme ne se présente jamais tout seul. Il fait partie d'un ensemble de difficultés reliées par des fils invisibles. Même s'ils se fabriquent incessamment dans l'inconscient de l'enfant, ils ont commencé par exister en lien avec ceux de ses parents. C'est ce dont témoigne plus particulièrement encore ce dernier exemple.

Cas n° 3

C. est un jeune garçon de quatre ans et demi qui m'a été adressé en raison de ses conduites « hyperactives » et surtout de ses comportements agressifs à l'école. Dans celle-ci ou à la maison, tout le monde finit pas lui dire : « Pas beau ! », quand il ne le dit pas lui-même. C'est la directrice de cette école qui a donné mes coordonnées à ses parents après avoir échoué à gérer ce pro-

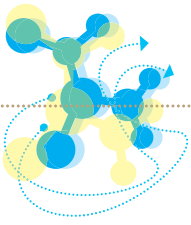
blème avec les autres parents et avec les membres de son équipe.

C. présente par ailleurs une énurésie diurne et nocturne.

Il aurait fait quelques crises convulsives voici un an, sans qu'aucun foyer épileptique ne soit décelé, mais ces crises ne se seraient jamais plus reproduites. Il porte des lunettes depuis deux ans, non sans les oublier, les perdre ou les casser. C'est ainsi que l'espace psychothérapique mis en place chaque semaine nous conduira logiquement à parler de la vue. De fait, C. est atteint d'un léger strabisme et d'une myopie. Mais, pour lui, la vue, c'est ce qui le gêne pour voir ce qu'il dessine. Or, ses dessins, quelqu'en soit le thème (lui-même, son père, une maison, etc.) sont toujours agrémentés d'une imposante boule noire. Cette boule finit par envahir presque tout l'espace de la feuille et recouvrir le motif central. « C'est elle qui empêche de voir. Pas beau ! ». Il nous faudra plusieurs mois pour que je sois en mesure d'émettre l'hypothèse que C. évoque là sa façon de faire avec la vision des corps nus de ses parents allant et venant à la maison. Autrement dit, la « boule noire » représenterait leurs pubis. Heureusement, les parents de C. accepteront de s'interroger sur leur « modernisme » et, surtout, sur les difficultés qu'ils avaient eux-mêmes rencontrées dans leur adolescence (déscolarisation et toxicomanie). Grâce aux bonnes relations que nous avons eues autour de leur fils, je fus en mesure de les adresser à deux collègues. Quant à C., il put poursuivre pour lui-même sa thérapie jusqu'à son entrée à l'école primaire, sans devoir changer de maternelle. Son énurésie a cessé et son agitation a diminué. Son strabisme et sa myopie aussi ! • •

NOTES

1. Anzieu A. : *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, 1974 et *Epiderme nomade et peau psychique*, Ed. Apsygée, 1990



Conclusion

Pour tenter de conclure, nous axerons notre propos sur les limites du concept même de maladie psychosomatique. Nous avons vu qu'admettre l'existence d'un tel groupe d'affections revient chez de nombreux auteurs à ré-introduire le dualisme *soma-psyché*, rejetant du même coup toute approche véritablement holistique et véritablement centrée sur l'indifférenciation primitive chez le nourrisson de ces deux domaines. Ceux qui tentent, en particulier à l'aide de la psychanalyse, d'éviter ces deux écueils s'avèrent souvent conduits à proposer des portraits cliniques des enfants et des parents proches d'une caractérogénie pour le moins schématique. Une caractérogénie qui prête trop souvent encore le flanc à l'idée que les parents, et surtout la mère, seraient responsables des troubles de leur enfant.

Le développement psychique de chacun, parent (c'est-à-dire un ancien enfant) et enfant, n'est jamais « un long fleuve tranquille » et il n'existe aucune méthode du bien éduquer et du bien vivre.

La souffrance psychologique en ses diverses formes est inévitable. Evidemment, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'existe aucune relation entre un conflit affectif ou une tension inconsciente et l'apparition et le développement d'un symptôme organique. Toute maladie consiste en une désorganisation des mouvements pulsionnels d'adaptation interne et/ou externe qui mobilise toujours des processus mentaux autant que physiologiques¹. Il se produit incessamment des perturbations de leurs relations et des régressions communes, souvent en lien avec des difficultés doubles : du système pare-excitatif maternel et de l'intégration des relations objectives de l'enfant, d'où des dépressions et des fonctionnements « opératoires ».

En dernier ressort, au-delà des thèses et hypothèses prétendant en rendre compte, ce qui demeure, c'est la question de l'organe touché ou de la fonction atteinte.

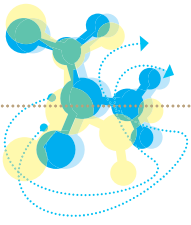
Certains considèrent toujours que ce « choix » se rapporte à une insuffisance congénitale, voire à un déterminisme génétique. Certains autres estiment qu'il est lié à des associations significatives au sein desquelles l'organe ou la maladie relève

d'un symbolisme inconscient, personnel ou culturel. Pour d'autres encore, ce sont les plus nombreux comme on l'a vu, certains types de relations mère-enfant orienteraient très tôt le choix du canal organique préférentiellement pour exprimer des processus affectifs et relationnels enkystés. Mais ces travaux, souvent vite et mal interprétés, peuvent conduire, comme nous l'avons déjà noté, à une mise en « accusation » des difficultés maternelles, ce qui est vécu aujourd'hui comme inacceptable, alors qu'il s'agit seulement d'essayer de décrire des interactions précoces nécessairement imparfaites et difficiles. Sans même se référer à ces interactions, une expérience réalisée sous hypnose nous a encore particulièrement révélé le poids du psychisme sur le corps. Une patiente, ainsi endormie, se voit apposée sur son bras une pièce de monnaie. La voix de son hypnotiseur lui indique que celle-ci va irradier une forte chaleur. A son réveil, elle portera effectivement les signes d'une brûlure au second degré !

On devrait substituer à l'expression « médecine psychosomatique » celle de « médecine somato-conflictuelle ».

C'est que l'adjectif « psychosomatique » a tendance à faire croire que des troubles psychiques engendrent des troubles organiques alors qu'en réalité nous savons que des conflits psychiques vont déclencher, ici, des troubles névrotiques ou psychotiques seuls, là, des troubles « purement » organiques, et, ailleurs, des troubles à la fois psychologiques et somatiques. De plus, il y a de nombreuses conjonctions de symptômes très divers entre ces trois plans, de même que dans maintes autres organisations : perverses, psychopathiques, limites, etc. Bref, ce qui est au cœur de la *psyché* humaine, ce sont des conflits incessants entre soi et autrui et à l'intérieur de soi, des conflits qui mobilisent autant le corps que l'inconscient. Ainsi, toutes les maladies dites psychosomatiques seraient des manifestations des liens obscurs entre le corps et la *psyché*, voire, en cas de chronicisation, des maladies des narcissismes primaire (avant la reconnaissance de l'objet extérieur) et secondaire (à partir d'elle). Il est clair que cela peut s'appliquer dès l'enfance.

Par ailleurs, il nous paraît légitime de se demander si tout ceci ne sert pas à garder le silence sur les aspects sociaux de toute maladie. Car, ni la biologie, ni la psychologie, se sauraient suffire à expli-



quer que les maladies surgissent ici et maintenant et que certaines d'entre elles se développent plus que d'autres. A ce titre, il serait intéressant de comparer davantage la présentation (fréquence, répartition, symptomatologie mise en avant, etc.) des pathologies dites psychosomatiques du point de vue diachronique (dans l'histoire de nos civilisations occidentales, par ex.) et du point de vue synchronique (dans différents types de sociétés actuelles, dites « modernes » ou dites « primitives »). Il a toujours existé des maladies à la mode et des maladies de classe sociale. Même s'il convient de prendre note que le monde actuel tend à l'uniformisation.

En fin de compte, peut-on encore parler d'une spécificité émotionnelle des névroses d'organe ? D'un profil particulier ? Répondre par l'affirmative, comme le fait la majorité des théories et des cliniques, revient à croire que les frontières entre les troubles psychosomatiques et les

autres sont précises, pour ne pas dire structurales et immuables. Ceci ne saurait guère, à nos yeux, être soutenu.

Chacun d'entre nous traverse des moments de fragilisation, de vulnérabilité, comme on préfère dire de nos jours.

Dès lors, comme nous l'avons développé dans un ouvrage précédent², au-delà des paradoxes que ce point de vue implique, l'important réside sans doute à la fois dans l'acceptation de recevoir ces moments et de les surmonter (pouvoir tomber malade et s'en remettre) et dans l'idée que nous devrions tenter incessamment de guérir de l'idée de guérison. Ceci peut éclairer le rôle d'accueil et d'accompagnement de chaque soignant auprès du malade, de sa famille et de ses collègues. • •

NOTES

1. Marty P. : *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Ed. Payot, coll. S.H, 1976 et *L'ordre psychosomatique*, Ed. Payot, coll. S.H, 1980

2. Richard J-T. : *Castration, maladies psychosomatiques et exclusion sociale*, dans « Clinique de la castration symbolique », Ed. L'Harmattan, 2001, pp. 25-52. On trouvera dans ce chapitre de nombreuses vignettes cliniques adultes relatives à des cas d'ulcère, d'épilepsie, de migraine, d'eczéma, d'impuissance, d'asthme, etc.

Bibliographie générale complémentaire

- AJURIAGUERRA J. : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Ed. Masson, 1973
- ADLER A. : *Le tempérament nerveux* (1912-1925), Ed. Payot, coll. PBP, 1970 et *Connaissance de l'homme* (1949), Ed. Payot, coll. PBP, 1968
- AMIEL-LEBIGRE F. et COGNALON-NICOLET M. : *Entre santé et maladie*, Ed. PUF, 1993
- BAILLY D. et coll. : *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Ed. Masson, 2007
- BENSAID N. : *La consultation*, Ed. Mercure de France, 1974
- BONFILS S. : *Impertinente psychosomatique*, J. Libbey Eurotext, Montrouge (F), 1993
- BOURGEOIS M. et coll. : *Aperçus de médecine psychosomatique*, Ed. La Documentation Médicale-Laboratoires Labas/PUF, 1959
- CAIN J. : *Le symptôme psychosomatique*, Ed. Privat, Toulouse, 1971
- CASTORIADIS-AULAGNIER P. : *La violence de l'interprétation*, Ed. PUF, coll. Le Fil rouge, 1975
- CHAUCHARD P. : *La médecine psychosomatique*, Ed. PUF, 1960
- CONTANT M. et CLAZA A. : *L'unité psychosomatique de la psychomotricité*, Ed. Masson, 1989
- DANTZER R. : *L'illusion psychosomatique*, Ed. O. Jacob, 1989
- DEJOURS C. : *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Ed. Payot, 1986
- DOLLANDER M. et C. De TYCHEY : *La santé psychologique de l'enfant*, Ed. Dunod, 2002
- DUBOS R. : *L'homme et l'adaptation au milieu* (1965), Ed. Payot, coll. S.H, 1973
- FREUD S. : *Pour introduire le narcissisme* (1914), dans « La vie sexuelle », Ed. PUF, 1972/Œuvres Complètes, Ed. PUF, vol. XII, 2005, pp. 213-245 et *Inhibition, symptôme et angoisse* (1925-1926), Ed. PUF, 1968/Œuvres complètes, Ed. PUF, vol. XVII, 1992, pp. 203-286.
- FRIJDA N.H. : *The emotions*, Cambridge University Press ed., New York (USA), 1986
- FRISCH F. : *Éléments de médecine psychosomatique*, Ed. Le Centurion, 1978
- GALLET J-P. et coll. : *Guide pratique de la consultation en pédiatrie*, Ed. MMI, Paris, 1999
- GAUTHIER Y. et coll. : *L'asthme chez le très jeune enfant*, dans revue « Psychiatrie de l'enfant », Ed. PUF, 1976, tome XIX, N°1, pp. 3-146.
- GUYOTAT J. et coll. : *Psychothérapies médicales*, Ed. Masson, 2 vol., 1978
- HAYNAL A. et PASINI W. : *Abrégé de psychosomatique*, Ed. Masson, 1984
- HELD R. : *De la psychanalyse à la psychosomatique*, Ed. Payot, coll. PBP, 1968
- HILL O.W. : *Modern trends in psychosomatic medicine*, Butterworth ed., Londres (G-B), 1970
- HOROWITZ M.J. : *Stress response syndromes*, Jason Aronson ed., New York (USA), 1976
- ISRAEL L. : *Le médecin face au malade*, Ed. Dessart, Bruxelles (B), 1968
- JEAMMET P. et coll. : *Psychologie médicale*, Ed. Masson, 1996
- KREISLER L. : *L'enfant et son corps* (avec M. Fain et M. Soulé), Ed. PUF, coll. Le fil rouge, 1974 ; *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Ed. Privat, 1989
- LACAN J. : *L'angoisse/Séminaire X* (1962-1963), Ed. du Seuil, 2004 et *Le sinthome/Séminaire XXIII* (1975-1976), Ed. du Seuil, 2005
- LESSER I.M. : *A review of the alexithymia*, dans revue « Psychosomat. Med. », 1981, n°43, pp. 531-543.
- LUBAN M. et coll. : *Le malade psychosomatique et le médecin praticien*, Ed. Privat, Toulouse, 1975
- MARTY P. : *La psychosomatique de l'adulte*, Ed. PUF, 1990
- MAZET P. et STOLERU S. : *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Ed. Masson, 2003
- PEDINIELLI J-P. : *Psychosomatique et alexithymie*, Ed. PUF, 1992
- REICH W. : *L'irruption de la morale sexuelle* (1932), Ed. Payot, coll. PBP, 1974 et *L'analyse caractérielle* (1933), Ed. Payot, coll. PBP, 1979
- SAMI ALI : *Le banal*, Ed. Gallimard, 1980 et *Corps réel, corps imaginaire* (1977), Ed. Bordas-Dunod, 3^e édit., 1998
- SAPIR M. : *La formation psychologique du médecin*, Ed. Payot, coll. S.H, 1972
- SCHMALE A.H et ENGEL G.L. : *The giving-up complex*, dans revue "Arch. Gen. Psychiatry", 1967, N°17, p. 135 sq.
- SCHNEIDER P.B. : *Psychologie médicale*, Ed. Payot, coll. S.H, 1969
- SELYE H. : *Le stress de la vie*, Ed. Gallimard, 1962
- SIFNEOS P.E et coll. : *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*, dans ouvrage collectif : "Trends in psychosomatic medicine", Butterworth Ed., Boston (USA) et O.W. Hill Ed., Londres (G-B), 1970, pp. 26-34.
- SMADJA C. : *La vie opératoire*, Ed. PUF, coll. Le Fil Rouge, 2001
- SPITZ R. : *De la naissance à la parole*, Ed. PUF, 1968
- STORA B. : *Quand le corps prend la relève*, Ed. O. Jacob, 1999
- VON UEXKULL T. : *La médecine psychosomatique* (1963), Ed. Gallimard, coll. Idées, 1966
- ZZAZZO R. et coll. : *L'attachement*, Ed. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel (CH), 1976
- ZILBOORG G. : *A history of medical psychology*, Norton ed., New York (USA), 1941