

L'expression somatique

92. LA PATHOLOGIE PSYCHOSOMATIQUE

Léon Kreisler

in Serge Lebovici et al., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Presses Universitaires de France | « [Quadriga](#) »

2004 | pages 1641 à 1665

ISBN 9782130545576

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--page-1641.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La pathologie psychosomatique

LÉON KREISLER

Par son originalité et sa fréquence dans l'enfance qui est, dit-on souvent, l'âge d'or de la psychosomatique, l'expression corporelle prend place parmi les grandes unités de la psychiatrie de l'enfant.

Encore convient-il de distinguer, dans ce mode d'expression, les conversions, l'expression motrice, les troubles simulés par l'enfant, ou imaginés par l'entourage, et les maladies accompagnées d'authentiques désordres organiques qui seuls justifient la qualification de psychosomatique.

La médecine psychosomatique est une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement des maladies physiques.

L'approche psychosomatique rassemble un esprit et une méthode, spécifiant à la fois le sujet de l'observation qui est l'homme malade et un observateur, en rupture avec l'emprise exclusive des entités de la nomenclature médicale.

L'EXPRESSION SOMATIQUE CHEZ L'ENFANT

Il existe dans l'enfance, entre les faits d'ordre somatique et psychique, d'innombrables relations trop souvent confondues sous la rubrique psychosomatique. Cette extension abusive oblige à une clarification, quitte à corriger dans la réalité clinique des distinctions parfois difficiles, en raison de l'intrication des phénomènes.

Ainsi peut-on distinguer en classes nosologiques (tableau I) :

I / Les troubles mentaux liés à une altération organique.

II / Les conséquences psychologiques des maladies physiques.

III / Les conséquences somatiques des comportements anormaux : les dommages corporels dus à des conduites aberrantes de l'enfant ou de son entourage ; l'aggravation des maladies par refus de soins ; les accidents qui sont une préoccupation majeure de la pédiatrie sociale. Ces comportements traumatogènes recouvrent de multiples variantes psychopathologiques.

IV / Les troubles à expression somatique dont les formes sont : la conversion ; la simulation et les faux problèmes somatiques ; l'expression motrice ; la pathologie psychosomatique proprement dite.

TABEAU I
*Interrelations des données somatiques et psychiques
dans la psychiatrie de l'enfant*

-
- I / Troubles psychiques de cause organique, *pathologie lésionnelle*
- II / Conséquences psychologiques des maladies et infirmités
- III / Conséquences somatiques des comportements anormaux :
- lésions traumatiques volontaires ;
 - passages à l'acte auto-agressifs ;
 - aggravation de maladies par refus de soins ou infractions aux thérapeutiques ;
 - conséquences de conduites déviantes
ex. aberrations alimentaires,
attitudes physiques anormales,
accidents itératifs ;
 - dommages dus à l'entourage
ex. sévices
- IV / L'expression corporelle :
- 1 / La pathologie conversionnelle
 - 2 / La pathologie psychosomatique
 - 3 / La pathologie psychomotrice
- V / Pathologie physique alléguée :
- hypocondrie
 - simulation
 - faux problèmes somatiques
-

Les phénomènes de la conversion

Des problèmes complexes exposés au chapitre de l'hystérie, nous ne retiendrons que quelques notations destinées à situer les phénomènes conversionnels par rapport à la clinique psychosomatique, qu'oppose une formulation classique : « L'hystérique parle par son corps, le malade psychosomatique souffre dans son corps ; le corps est pour l'hystérique un instrument, il est pour le second une victime. »

La transposition du conflit mental en symptômes somatiques touche électivement certaines fonctions, dans une topographie irrationnelle sans réalité physiologique et anatomique ; sa seule réalité est psychologique, par le truchement d'un langage corporel. Au-delà, elle est l'expression d'un conflit entre les tendances instinctuelles et des exigences opposées, provenant du milieu [Fain M., 1974]. Bornons-nous à quelques précisions.

1 / Les phénomènes conversionnels sont, quoi qu'on en ait dit, d'une grande fréquence chez l'enfant. Un travail en-hôpital pédiatrique les a repérés près d'une fois sur dix, dans

une cohorte annuelle tout venants [Manigne P., Weil-Halpern F., 1982]. Il s'agissait pour certains de longues et graves invalidations et d'hospitalisations multiples. Cette proportion est plus forte encore dans les consultations externes de pédiatrie.

2 / La divergence sur l'hystérie de l'enfant [Lebovici S., 1974] peut être dépassée, croyons-nous, si l'on distingue, d'une part, la névrose hystérique, constituée dans une structure établie, d'autre part, des phénomènes de la conversion, repérables dans d'autres structures névrotiques. La névrose hystérique mentale classique se fait jour dans l'après-coup de la période de latence et ne se développe pas avant l'adolescence. Mais dès la petite enfance s'opèrent des mécanismes de décharge de l'ordre de la conversion dans des expressions somatiques riches et diversifiées. Il n'existe pas à ces âges de névrose hystérique, mais un fonctionnement mental dont l'hystérie est le modèle, c'est-à-dire un processus névrotique par lequel l'affect et la représentation sont, dans un premier temps, refoulés, ensuite mis en latence, puis resurgissent sous la forme symbolique et déguisée d'une mise en scène corporelle.

3 / Les phénomènes de la conversion suscitent deux risques. Le premier est de méconnaître une maladie organique : la conversion peut non seulement tout simuler, mais aussi masquer n'importe quoi, y compris des maladies graves inapparentes. L'erreur inverse est l'entêtement à démontrer une maladie organique inexistante qui enferme l'enfant dans un réseau médical, prisonnier de sa pathologie, acharnement iatrogène, a-t-on pu dire. Cette opposition est une source de conflits dans les équipes et de discussions interminables dans les assemblées sur la hiérarchie des risques. Faux problème auquel il est aisé de répondre que l'erreur de diagnostic, dans un sens ou l'autre, n'est jamais une bonne opération.

4 / L'opposition entre les phénomènes conversionnels et psychosomatiques doit être nuancée par la connaissance de l'intrication possible d'une surcharge névrotique secondaire. L'observation d'une fillette de sept ans souffrant d'une toux spasmodique, allergique à son origine, et dont la ténacité désespérante s'expliquait par un mécanisme conversionnel surajouté, a été relatée dans *L'enfant et son corps*, à l'appui des remarques sur de telles frontières nosologiques [Kreiser L., Fain M., Soulé M., 1974].

La simulation

Le trouble conversionnel se pose souvent, en la théorie et en la pratique, dans ses rapports avec la simulation. L'enfant, « pathomime » d'une douleur, ou truqueur du thermomètre, ou porteur de lésions traumatiques provoquées, œdèmes des membres par friction ou chocs répétés, ulcération cutanée... déjoue, parfois des mois, la sagacité médicale au prix de longs séjours dans les hôpitaux. En principe, la claire conscience, par son auteur, de l'acte simulé le différencie du phénomène conversionnel, objet d'une « belle indifférence ». Cependant le simulateur peut être un hystérique, et la séparation formelle : « On ne simule bien que ce que l'on a » (Lasègue). La simulation suscite aussi le problème de la mythomanie et de la perversion chez l'enfant.

La simulation, comme la conversion, provoque chez les soignants des attitudes négatives, liées à des sentiments divers : mise en échec de la médecine, provocation vraie ou ressentie comme telle. Il peut en résulter une tension au sein des équipes, la multiplication abusive des explorations qui focalisent encore davantage le patient et son entourage sur le

trouble, des attitudes répressives, latentes ou patentes, dans des confusions entre la duperie à sanctionner et le symptôme à considérer.

Les faux problèmes somatiques

Nous avons suggéré de réunir sous cette rubrique des situations banales de la pratique pédiatrique, où un trouble mineur, voire imaginaire, entraîne de la part de la famille des réactions disproportionnées, la multiplication inconsidérée de consultations, des mesures de protection excessives, des régimes abusifs. Le faux problème somatique offre au pédiatre le masque d'un authentique symptôme de la famille qui engage l'élucidation de la dynamique relationnelle et des motivations variées. Cet aspect est une des formes courantes de l'action psychoprophylactique du médecin.

TABLEAU II
Expression motrice

I / Anomalies globales
Hyperactivité, excitation, agitation, apathie, inertie
II / Activités organisées électives (habitudes nerveuses)
ACTIVITÉS EN DÉCHARGE AUTO-ÉROTIQUES et AUTO-AGRESSIVES
Succions compulsives, masturbation
Automutilation (coups, morsures, trichotillomanie)
Bruxisme
ACTIVITÉS RYTHMIQUES
Balancement du corps
Mouvements céphalogyres
Spasmus nutans
III / Activités stéréotypées
IV / Convulsions

L'expression motrice (tableau II)

L'expression motrice et les syndromes psychomoteurs font l'objet d'un chapitre (p. 88) et seront repris dans leurs particularités propres au nourrisson (chap. 92). Rappelons seulement que le trouble à expression motrice, forme d'expression corporelle originale, pose les questions difficiles de la structure et des organisations psychomotrices.

J. de Ajuriaguerra les résume ainsi : « Ils ne répondent pas à une lésion en foyer au sens neurologique classique du terme. Ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis, plus ou moins voulus. Liés aux affects mais attachés au soma par leur fluidité, à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cette raison des caractéristiques de dérèglement d'un système défini. Persistants ou labiles dans leur forme,

mais variables dans leur expression, ils restent, chez un même individu, intimement liés aux afférences et aux situations. Ils ont souvent un caractère expressionnel caricatural et gardent des caractères primitifs (quoique modifiés par l'évolution ultérieure) qui les rapprochent de phases primitives de contact et de répulsion, de passivité ou d'agression. Parfois ils n'ont plus la forme du mouvement primaire mais seulement la valeur d'un symbole. » Avec cet auteur, nous doutons que l'expression motrice puisse se réduire à des modèles explicatifs de type symbolique, sans méconnaître l'importance des surcharges névrotiques éventuelles. Restent à élucider les mécanismes mentaux qui pourraient les caractériser, selon la voie ouverte par la clinique psychosomatique. Les tics sont un bon exemple de cette pluralité; les uns sont contenus dans une structure proche de l'organisation obsessionnelle, les autres dans des défauts d'élaboration mentale, apparentés à la clinique psychosomatique.

LA CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

La pathologie psychosomatique désigne les désordres organiques, lésionnels ou fonctionnels, dont la genèse et l'évolution reconnaissent une participation psychologique prévalente. Pendant longtemps la psychosomatique infantile a surtout été approfondie à partir de l'enfance de psychosomatiques adultes. La démarche psychanalytique a depuis longtemps proposé la reconstruction du passé le plus lointain de sujets soumis à des traitements. « Ces descriptions, pour valables qu'elles aient été, n'étudiaient pas les désordres de l'enfant *statu nascendi*. C'est le mérite d'études contemporaines d'avoir mis l'accent sur la symptomatologie au cours de son apparition dans le cadre du développement de l'enfant » (J. Ajuria-guerra).

Issus de la référence médicale classique, leur description provient des travaux pédiatriques dont les premiers s'intéressèrent aux aspects les plus visiblement psychogènes, l'anorexie et l'insomnie. Leur approfondissement résulte d'origines diverses :

1 / L'observation de l'enfant par les psychanalystes, en particulier tenants du mouvement dit de la psychanalyse génétique (R. Spitz, D.W. Winnicott).

2 / L'étude conjointe des troubles précoces par des auteurs de disciplines différentes, pédiatrique et psychanalytique. Cette méthodologie dans laquelle nous nous sommes engagés [Kreislner *et al.*, 1974] parut offrir les avantages réunis de l'observation directe et de la réflexion psychanalytique qui, isolées, peuvent prêter le flanc à la critique. Une expérience pédiatrique utilisée dans une telle étude nécessite un aller et retour constant entre l'observation directe et la théorie, car, si l'observation pédiatrique apporte un riche matériel, celui-ci reste ininterprétable s'il n'est pas décodé, surtout à un âge où manque le langage. D'un autre côté la reconstitution psychanalytique encourt le risque de créer un bébé mythique ou de rassembler des faits chronologiquement erronés.

3 / Quant aux études comportementales, qui se multiplient notamment aux Etats-Unis, par leur but, qui est d'intégrer les données biologiques et sociologiques, elles se maintiennent hors de la perspective psychodynamique.

Les positions psychosomatiques actuelles

Dans une littérature qui est considérable, nous ne ferons qu'extraire des notations destinées à cerner les courants essentiels des tendances psychosomatiques contemporaines ; plusieurs publications récentes passent en revue l'histoire et l'état actuel de ces propositions [Dejours C. *et al.*, 1980].

La pathologie psychosomatique est l'objet d'approches multiples où interviennent et souvent s'opposent les disciplines et les personnes, confluent de courants entre la clinique, les sciences fondamentales, la sociologie et l'anthropologie comparées, les recherches psychologiques de toutes obédiences et la psychanalyse.

De cette diversité émergent deux modes d'approche radicalement différents dans leur esprit et leur méthode : la psychopathologie et la psychophysiologie qui soulignent la différence essentielle entre deux quêtes, celle du « pourquoi » et celle du « comment » des phénomènes. La première recouvre les préoccupations de la clinique psychosomatique, la seconde porte sur les recherches psycho- et neurophysiologiques.

On ne peut méconnaître l'importance des perspectives comportementales qui tiennent une place croissante à partir de la littérature anglo-saxonne. A leur avant-scène se trouve la fameuse « alexithymie », terme qui définit l'inaptitude à décoder et à exprimer les émotions [Nemiah J.C. et Sifneos P.E., 1970]. Il est piquant de constater que cette théorie, appuyée au départ sur la description de la « pensée opératoire », aboutit à l'hypothèse d'un substrat neurophysiologique aux difficultés de symbolisation du vécu affectif. Cette théorie vient s'appliquer à l'enfance, jusqu'à dresser des questionnaires et des tests qui prétendent détecter cette infirmité supposée.

La question des rapports entre les disciplines est complexe. Le clinicien peut difficilement rester à l'écart des recherches fondamentales qui fécondent l'observation, dirigent les interrogations, limitent les interprétations. Ainsi en a-t-il été pour le sommeil, les fonctions endocriniennes, les phénomènes immunologiques (où apparaissent par exemple de singulières concordances entre la dépression immunitaire et le deuil), surtout la biologie du développement qui stimule hautement la réflexion sur la psychosomatique de l'enfant... et bien d'autres. Un des risques est la confusion épistémologique d'une discipline à l'autre. Une même réflexion critique intéresse les études transculturelles, les mutations des maladies liées aux migrations et aux pressions sociales : on a souvent remarqué l'influence des civilisations urbaines qui encouragent les conduites de type « opératoire », l'efficacité par le rendement, le quadrillage du temps, la prévalence des activités imposées et concrètes au détriment des autres... et dans le même temps l'inflation de la pathologie cardio-vasculaire et nutritionnelle. L'enfant n'échappe pas à ces pressions : des études révèlent une montée impressionnante des ulcères digestifs chez l'enfant, au Japon.

Le mouvement psychosomatique contemporain s'est développé dans la psychanalyse. On rappelle souvent que Freud ne s'est pas arrêté à la pathologie somatique. Mais la névrose actuelle (Freud, 1898) porte en germe les conceptions psychosomatiques modernes qui sont dominées par le point de vue économique. C'est dans la psychanalyse que la psychosomatique prit naissance et dénomination, dans les années 1930, par une transposition de la conversion hystérique à la pathologie des organes, « la névrose d'organe » de F.L. Dunbar. L'approche psychanalytique actuelle n'est pas uniforme.

Tout un courant reste encore imprégné par le modèle conversionnel, depuis les théories

qui défendent une continuité entre la conversion hystérique et la somatisation jusqu'à la conversion prégénitale des conceptions kleinienne avec des formulations surprenantes : l'ulcère gastrique, représentant de la mauvaise mère internalisée, l'eczéma, bouclier dressé entre l'enfant et ladite mauvaise mère, l'asthme, modèle d'un cri gelé... On nous pardonnera d'omettre des jalons importants et de réduire à l'ironie une pensée illustrée par des cliniciens incontestés, telle Melita Sperling pour citer une psychanalyste d'enfant renommée. Disons dès à présent qu'une des idées maîtresses que nous défendons prive le désordre psychosomatique de signification symbolique. « Le propre du trouble psychosomatique est d'être bête » (de M'Uzan). « Le corps qui souffre n'est pas lieu d'un concert discordant d'organes, biaisé par des dysfonctionnements symboliques » [Kreiser L., 1981].

Le second grand courant provient de l'Ecole de Chicago. Pour sortir de l'impasse conversionnelle, Alexander, sur la base d'une caractérologie psychanalytique, définit des profils de personnalité, électifs d'entités morbides, tels que l'hypertension artérielle, la coronarite, les ulcères digestifs... Son influence a été, et reste encore, très grande.

Il est difficile de résumer, sans les déformer, les conceptions du mouvement qui s'étaient rassemblés dans la Société psychanalytique de Paris (connu alors sous le nom de l'Ecole de Paris), avec P. Marty, M. Fain, C. David et M. de M'Uzan, jusqu'à l'évolution actuelle à l'Institut de psychosomatique de Paris (IPSO).

Historiquement, c'est la « pensée opératoire » qui a retenu l'attention [Marty P. et M'Uzan de M., 1963], où l'absence de liberté fantasmatique constitue une des caractéristiques prévalentes, et dont les éléments sémiologiques essentiels sont une pauvreté de la rêverie, comme de la vie onirique, une relation blanche dans les échanges interpersonnels, toutes circonstances qui traduisent l'impossibilité de l'inconscient à se faire jour sous la forme de représentations. « La charge liée aux affects et aux émois, mal véhiculée, et peu ou mal élaborée par les fonctions mentales, paraît s'engager rapidement dans la voie somatique » (Marty). La renommée de cette description n'est pas allée sans malentendus. Il ne s'agissait pas de substituer aux profils de personnalité déjà décrits le portrait de patients porteurs d'une structure standard. Bien au contraire, prévaut la référence à l'individuel des structures et des mouvements qui les animent. La vie opératoire est une modalité de fonctionnement parfois permanente, mais plus souvent épisodique; « passages opératoires » indicateurs d'une désorganisation, notamment sous la forme de la dépression essentielle.

La nosographie psychosomatique de l'adulte porte sur des structures de personnalité qui se séparent des organisations mentalisées classiques et bien constituées, du type de la névrose ou de la psychose par exemple. Ces catégories sont en particulier les névroses de comportement et certaines névroses de caractère [Marty P., 1976, 1980]. L'économie du fonctionnement psychique domine la théorie psychosomatique sans exclure les points de vue topique et dynamique. Dans ce fonctionnement, on s'intéresse surtout à l'organisation permanente et à l'état actuel de la première topique, c'est-à-dire au système ICS-PCS-CS. L'organisation de la deuxième topique (c'est-à-dire le système Ça-Moi-Surmoi) renvoie surtout aux problèmes des névroses classiques.

« La première topique assure le fonctionnement mental, la deuxième anime le drame », dit M. Fain. Dans la première topique, le préconscient est la plaque tournante de l'élaboration mentale. P. Marty attribue au préconscient des qualités individuelles; il est une entité structurale authentique et non pas la nomination verbale d'une abstraction théorique. De la qualité du préconscient dépend celle de l'organisation des défenses psychiques vis-à-vis

des situations traumatiques. La base de la vie opératoire est un défaut du fonctionnement du préconscient et un isolement de l'inconscient. La charge liée aux affects et aux émois, mal véhiculée, inélaboree, reste enfermée et contenue hors des processus de la mentalisation.

Dans les névroses de comportement, l'essentiel du processus pathologique réside dans un défaut permanent de fonctionnement du préconscient dont les modalités d'expressions cliniques sont diverses parfois, mais non toujours, loin de là, de type opératoire.

Dans les névroses de caractère, la première topique est caractérisée par un fonctionnement irrégulier dans le temps. Les traits de caractère, bien que d'apparence névrotique, révèlent l'existence d'un préconscient fragile et perméable.

La désorganisation somatique est contemporaine de phénomènes mentaux divers, surtout les régressions et les désorganisations, dont la forme la plus sévère est la dépression essentielle [Marty P., 1968]. Le qualificatif « essentiel » veut indiquer l'absence d'expression mentalisée positive, à l'encontre des états dépressifs classiques où le sujet offre une riche symptomatologie mentale. Rien de tel dans la *dépression essentielle*, réduite, somme toute, à l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement du tonus des instincts de vie, dans une disparition de la libido, tant narcissique qu'objectale. Elle constitue une des manifestations cliniques majeures de la présence de l'instinct de mort. Symptôme avant-coureur et signal de désorganisation, sa détection est fondamentale pour la prévention de la désorganisation somatique.

La dépression essentielle s'exprime par un fonctionnement de type opératoire. Les activités extérieures peuvent rester intactes sinon accrues, mais engagées dans la pure matérialité du « factuel », mécanisées, dévitalisées. Les automatismes apparaissent, le comportement n'est plus adapté qu'en apparence.

Significative de l'équilibre homéostatique entre les pulsions de vie et de mort, la dépression essentielle est un processus désorganisant, à haut risque somatique, par l'effraction des défenses à la fois mentales et biologiques.

Cette brève esquisse rend mal compte d'une pratique et d'une théorie « qui révèlent les possibilités d'extensions des processus économiques inconscients au domaine des maladies et au-delà une théorie évolutionniste du développement, de l'organisation, des régressions, mais aussi des réorganisations régressives » (J. Rouart, à propos de *L'Ordre psychosomatique* de P. Marty).

Les descriptions précédentes, sélectionnées parmi d'autres considérations importantes omises, trouvent leur justification dans la rencontre fréquente du psychiatre d'enfants avec des parents organisés selon de telles structures. Elles ont influencé directement des orientations théoriques et pratiques de la clinique psychosomatique dans l'enfance [Kreisler L., 1981, 1987].

Diversité de la clinique psychosomatique chez l'enfant

La clinique psychosomatique de l'enfant est si vaste, les disciplines engagées si nombreuses, les perspectives tellement variées qu'il importe d'abord de se situer parmi les nombreuses orientations de ce domaine.

Elle dresse un large éventail où s'étalent les troubles du plus sérieux au plus anodin, de la maladie porteuse d'un risque léthal jusqu'aux variations de la normalité : car l'enfant le

mieux équilibré peut choisir le registre somatique pour exprimer un malaise, fût-il bénin et passager. Quel enfant n'a pas, à quelque moment, dérangé sa famille par quelque trouble du sommeil ou de l'appétit, des infections rhinopharyngées ou respiratoires durant un temps ?

Dans la nomenclature pédiatrique les troubles sont rangés selon le point d'impact de la fonction électivement touchée : le sommeil, l'alimentation, l'élimination, la respiration, la motricité, la croissance, etc. La nosographie traditionnelle regroupe les symptômes pour les codifier en syndromes ou maladies déterminées selon des axes purement médicaux. La connaissance psychosomatique les intègre dans une économie relationnelle et mentale.

TABLEAU III
Pathologie psychosomatique de l'enfant
Nomenclature médicale

Troubles à expression nerveuse

Troubles du sommeil : insomnie, hypersomnie, attaque d'angoisse nocturne.

Déviations alimentaires

Anorexie. Sélections alimentaires.

Inadéquations motrices : absence de mastication, persistance de la déglutition primaire.

Absorptions alimentaires aberrantes : coprophagie, géophagie, trichophagie, pica.

Boulimie.

Potomanie.

Désordres digestifs

Vomissements, mérycisme, syndrome des vomissements cycliques.

Coliques du premier trimestre, douleurs abdominales.

Colites, recto-colites.

Ulcère gastro-duodéal.

Troubles de l'élimination

Constipation. Mégacolon psychogène.

Diarrhée.

Troubles respiratoires

Asthme. Spasme du sanglot.

Troubles cutanés

Eczéma. Urticaire. Pelade. Psoriasis.

Syndromes généraux

Troubles de la croissance (nanisme psychogène). Malnutrition.

Obésité.

Maladies allergiques.

Infections à répétition.

Le versant médical

Issus de la nomenclature médicale, les troubles sont rangés selon le point d'impact de la fonction électivement touchée : le sommeil, l'alimentation, l'élimination, la respiration, la motricité, la croissance, etc. Un coup d'œil jeté sur leur énumération (tableau III) saisit d'emblée une grande diversité de formes et de gravité.

L'incidence chronologique

L'évidence de cette multiplicité entraîne une première approche : l'estampillage de la pathologie par la datation chronologique de son éclosion et de son cours évolutif, selon le stade rencontré dans la trajectoire du développement et dans ses données à la fois biologiques et mentales. Il en résulte qu'il est insuffisant de répertorier un trouble selon la fonction organique touchée. Peu de similitudes réunissent l'anorexie du nourrisson et celles de la période de latence ou de l'adolescence ; une insomnie est fondamentalement différente, une autre maladie, pourrait-on dire, selon la date de sa survenue. Les différences sont d'autant plus marquées que l'enfant est plus jeune. Une insomnie du nourrisson nécessite une analyse sémiologique, des interprétations et des attitudes thérapeutiques fort différentes selon qu'elle se trouve dans la période néonatale, le premier ou le second semestre, la deuxième année avant ou après sa seconde moitié. Les terreurs nocturnes sont électives de la période cédipienne, le somnambulisme n'apparaît guère avant la latence.

Autre conséquence : on ne peut, dans une observation psychiatrique, se contenter de l'évocation rétrospective, insuffisamment précisée et datée, d'un trouble psychosomatique.

Lésionnel et fonctionnel

Il importe à ce propos de lever une ambiguïté. Elle regarde l'opposition souvent proposée entre le trouble fonctionnel et la maladie à substratum lésionnel. Cette distinction, certes importante dans la pratique clinique, est contestable sur le plan général car l'expérience enseigne que le trouble dit fonctionnel peut être en attente de la lésion qui nous échappe. Il est aussi des exemples où la lésion prend le relais du trouble fonctionnel : « le trouble fonctionnel crée la lésion » (Leriche). On a montré le passage possible de l'hypertension artérielle fonctionnelle épisodique de l'adolescent à l'hypertension permanente de l'âge adulte (Consoli).

La sémiologie

La discrimination psychosomatique des maladies et des syndromes nécessite une précision médicale rigoureuse des aspects cliniques et physiopathologiques. Les douleurs abdominales récurrentes (cf. chap. 101) représentent des troubles aussi différents que la colite spasmodique, la migraine abdominale, les algies sans support organique... avec des différences psychopathologiques importantes, toute la gamme de l'expression somatique, peut-

on dire : la conversion, la simulation, l'exploitation des bénéfices secondaires, les mécanismes psychosomatiques.

Chaque anomalie doit être considérée sur la base de la physiopathologie.

Pour reprendre l'exemple du spasme du sanglot, cet accident résulte d'une anoxie cérébrale transitoire dont le déclenchement est soit respiratoire (forme cyanotique) soit cardiaque (forme pâle).

Le phénomène asphyxique incite à envisager les incidences pulsionnelles du trouble respiratoire, jusqu'aux préformes de la perversion (Soulé) ; la perte de conscience syncopale renvoie à l'aspect économique du refoulement (Fain).

Une analyse physiopathologique a été ainsi chaque fois utilisée pour le mérycisme, l'insomnie, l'asthme, le mégacolon fonctionnel, etc.

Ce recours nécessaire aux données de la physiopathologie s'écarte, précisons-le, des conceptions qui ravalent le trouble psychosomatique au rang des conséquences physiques des émotions ou aux phénomènes réflexes exploités par les théories du conditionnement et du comportement. L'analyse des signes et symptômes des données physiopathologiques, si elle ne veut pas s'en tenir à de purs constats phénoménologiques, doit être reversée dans la compréhension dynamique.

Un bon exemple en est donné par l'absence de l'angoisse du huitième mois, phénomène repérable par l'observation directe dont le sens s'éclaire par la dynamique sous-jacente. Nous l'avons trouvée essentiellement en diverses circonstances telles que l'anorexie commune, le mérycisme et l'asthme précoce, après que R. Spitz l'eut signalée dans l'eczéma atopique. La surface univoque du symptôme recouvre des mécanismes mentaux fort différents. Au cours de l'anorexie, il s'agit d'un déplacement sur la nourriture de la phobie normalement dirigée contre l'étranger. Dans le mérycisme, par suite de graves difficultés dans la constitution de la relation objectale, les autres n'ont pas qualité d'étrangers, mais celle d'une succession de substituts mal intégrés. L'absence de l'angoisse du huitième mois au cours de l'asthme précoce répond, selon Fain, à un tout autre processus. Il s'agit d'une fixation au système archaïque du premier organisateur de Spitz où le sourire se produit sans discrimination du partenaire, pourvu qu'il soit humain. Dans d'autres conditions, que nous retrouverons dans un paragraphe suivant, ce phénomène est significatif du « comportement vide » de bébés amputés de leur fonctionnement objectal et exposés à de graves désorganisations somatiques.

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre des perturbations, une donnée de base essentielle est une précision sémiologique rigoureuse. Ainsi avons-nous pu voir l'importance des nuances trouvées dans la qualité d'une insomnie, d'une anorexie, de spasmes du sanglot, etc. L'analyse sémiologique procède de la clinique pédiatrique dont l'intervention est un fait et une nécessité.

L'investigation psychosomatique

Le décodage du désordre psychosomatique repose sur une investigation qui a de nombreuses originalités, non seulement par rapport à l'adulte, mais également dans la psychiatrie de l'enfant, par le poids même de la maladie physique, ses déterminismes et ses conséquences secondaires pour l'enfant et pour sa famille. La compréhension de la psycho-

somatique impose, pour ceux qui l'envisagent, pédiatres ou psychiatres, la connaissance à égalité des deux versants qui la construisent, comme les deux bords du même toit : le dysfonctionnement organique d'une part, mental de l'autre. Le somaticien qui attacherait une attention exclusive au corps victime d'agressions, le psychiatre qui s'envolerait dans les spéculations sur un corps imaginaire coupé de ses attaches charnelles, l'un comme l'autre seraient infirmes de la dimension fondamentale contenue dans l'unité psychosomatique. Ce principe élémentaire devait être rappelé dans un engagement constamment interdisciplinaire entre la pédiatrie et les disciplines psychologiques.

L'investigation psychosomatique de l'enfant est pluridimensionnelle et interactive. Elle embrasse dans la même saisie les caractéristiques psychosomatiques de l'enfant et la personnalité de ses partenaires. Elle est aux aguets à la fois du comportement de l'enfant et des interactions qui circulent dans la relation triangulaire entre l'observateur, l'enfant, et son ou ses partenaires habituels. Il n'est pas de modèle standard de l'investigation. Chaque consultation contient ses singularités d'engagement, de déroulement et de conclusion, selon les circonstances, la particularité du syndrome, sans compter l'originalité propre au clinicien. Spontanée, inventive, improvisée au gré des réactions individuelles et des thèmes qui surgissent dans le discours, l'observation n'en est pas moins soumise à des orientations précises d'exploration :

- 1 / l'enfant lui-même dans son double aspect médical et psychologique, son comportement, sa structure mentale ;
- 2 / les phénomènes de l'interaction pathogène ; les conditions étiologiques et les événements ;
- 3 / les caractéristiques psychologiques des interlocuteurs habituels de l'enfant ;
- 4 / la famille, sa structure individuelle et l'économie de son fonctionnement, les caractéristiques sociales.

Ajoutons que toute investigation, dût-elle rester unique, est chargée d'un projet thérapeutique.

Les principaux buts de l'investigation sont :

- 1 / La précision des circonstances, permanentes ou fortuites, dont l'influence est significative, à l'origine de la décompensation somatique ;
- 2 / L'identification de structures affectives dont la fragilité expose le jeune patient à la désorganisation psychosomatique. Ces structures vulnérables prennent place dans la nosologie pédopsychiatrique à côté des structures classiques ;
- 3 / La reconnaissance des mécanismes mentaux par lesquels s'opère la rupture de l'économie psychosomatique et par voie de conséquence l'effondrement des défenses biologiques. Ce sont d'une part la dépression essentielle, processus majeur de la désorganisation somatique à tout âge, de l'adulte au nourrisson, d'autre part le surplus d'excitation, d'importance non moindre chez l'enfant.

LES FACTEURS PATHOGÈNES LES ÉVÉNEMENTS DÉCLENCHANTS DE PHÉNOMÈNE TRAUMATIQUE EN PATHOLOGIE PSYCHOSOMATIQUE

L'observateur de la pathologie psychosomatique est souvent surpris par l'évidence des conditions conflictuelles, phénomène à rapprocher de la clarté étiologique souvent remarquée pour le déclenchement de la désorganisation psychosomatique, en regard de l'opacité qui embrume le phénomène névrotique ou psychotique.

Les facteurs pathogènes et les événements déclenchants ne peuvent pas être réduits à des phénomènes du type action-réaction, selon les modèles agressologiques élémentaires de la psychophysiologie. Le traumatisme trouve un impact en fonction de la vulnérabilité du psychisme qui le reçoit.

Les phénomènes d'ambiance pathogènes peuvent être séparés en deux catégories. D'une part la surcharge d'excitation, d'autre part l'insuffisance de stimulation. Cette distinction doit être nuancée dans les faits. Elle souligne l'importance du point de vue économique dans la psychosomatique.

Sous peine de confusions — elles ne sont pas rares —, les situations traumatogènes permanentes doivent être distinguées de l'événement traumatique ponctuel. Une situation exemplaire de bombardement traumatique au long cours est celle du nanisme par souffrance psychologique, comme en atteste la reprise de la sécrétion hormonale et de la croissance staturale, dès les instants mêmes où l'enfant est soustrait à sa famille.

L'événement déclenchant soulève le problème général du traumatisme : son intensité, sa soudaineté, sa survenue inopinée, son impact sur l'organisation mentale préexistante dont il modifie le fonctionnement.

En clinique psychosomatique, le propre de l'événement traumatisant est d'entraîner avec lui un débordement des protections mentales vis-à-vis de la désorganisation somatique, sous l'effet de la rupture de l'investissement ou de la surcharge excitante. Le modèle le plus précoce en est la séparation subite du bébé, coupé de sa mère, jeté dans la détresse anxieuse et/ou la dépression anaclitique.

L'événement traumatique intervient non seulement par sa nature mais encore et surtout par la résonance affective qu'il trouve chez le sujet. Ainsi un événement courant — naissance d'un puîné, entrée à l'école, changement de domicile, interventions chirurgicales banales, etc. — peut avoir autant d'impact qu'un événement sérieux : conflit familial, désertion d'un parent, deuil..., réveillant par là les angoisses primordiales : la séparation, l'anéantissement, la castration et des expériences antérieures réelles ou fantasmatiques. Deux déductions principales en découlent :

1 / Le repérage des événements et des situations traumatiques offre un champ des plus accessibles à l'observation et à l'action de la médecine praticienne. On pourrait multiplier les exemples où les modifications de l'ambiance ont pu couper court à des bronchopathies liées à la vie chaotique d'un bébé, des céphalées ou des douleurs abdominales récurrentes, réglées par la mise en ordre d'une tension scolaire, des asthmes dont la répétition a été stoppée par le désengagement d'un conflit parental...

2 / Le traumatisme, par son évidence même, expose au risque de conduire à une perspective purement événementielle. Ainsi rencontre-t-on des études psychosomatiques fondées

sur des répertoires de situations ponctuelles dressés dans des visées statistiques ; le traumatisme envisagé selon le modèle du « stress », lequel enjambe toute dimension mentale et humaine, plus généralement.

Evidence n'est pas simplicité. L'observation suivante veut montrer la complexité du phénomène traumatique.

Leila nous fut adressée à l'âge de 7 ans 1/2 par le psychiatre d'un externat médico-pédagogique qui nous interrogeait sur l'orientation psychothérapeutique en raison de l'association à l'état mental de deux maladies : un diabète insulino-résistant, et une comitialité. (On sait que le diabète infantile est une maladie auto-immune par autodestruction sélective de cellules pancréatiques. Les maladies auto-immunes reconnaissent très généralement des événements générateurs de dépression essentielle et une vulnérabilité psychosomatique préexistante.)

Le diabète s'était déclaré de façon soudaine à l'âge de 3 ans 1/2, dans les jours mêmes qui avaient suivi le départ de la mère en clinique d'accouchement pour la naissance de la seconde de la fratrie. Dès la séparation elle était tombée dans une grande asthénie dépressive, bientôt suivie de l'apparition de la polydypsie et de la polyurie.

Dès le début de la grossesse la mère avait arrêté son travail, pour des nécessités de repos. Pendant 8 mois elle s'était consacrée entièrement à Leila dans une relation d'une extrême proximité. Elle voulait, disait-elle, rattraper le temps perdu, n'ayant pas eu jusque-là beaucoup de loisirs pour elle. Elle avait souffert de ne pouvoir l'élever, la garde de l'enfant ayant été partagée (curieusement) en alternance quotidienne entre une nourrice et sa propre mère, la grand-mère adorée de Leila devenue pour elle une vraie mère. Un autre événement marquant avait été une brouille violente qui, dès le début de la grossesse, avait entraîné la disparition de la grand-mère : premier coup traumatique, suivi de l'instauration d'une relation nouvelle exclusive, accaparante, toute d'enveloppement narcissique. Ainsi le départ de la mère à la clinique apparaît-il comme un second coup traumatique, répétitif et amplificateur du premier (la disparition de la grand-mère) destructeur de la réparation que l'enfant avait pu trouver dans le nouvel investissement : coup et après-coup, chargés d'un même sens, la chute dans le vide, l'anéantissement objectal.

Il apparaissait, dès le très jeune âge, les indices d'une fragilité dont la conséquence avait été une maladie convulsive qui s'était déclarée à 8 mois — la période de l'angoisse face à l'étranger. Pouvait intervenir la qualité contestable du gardiennage : la situation de compétition et de rivalité entre la mère, la grand-mère et la gardienne, l'effacement du père, sans compter le rôle possible de la médication anticomitiale à l'égard des défenses mentales, sans vouloir en contester la nécessité.

La présentation de l'enfant était impressionnante, sans commune mesure avec la généralité des enfants diabétiques. En même temps que le diabète, elle était tombée dans une régression massive du langage et des activités évoquant un trouble de la personnalité du type des structures frappées de mauvaise organisation.

LES STRUCTURES MENTALES A RISQUE PSYCHOSOMATIQUE

L'individualisation de personnalités vulnérables vis-à-vis de la désorganisation psychosomatique repose sur une idée centrale dans les conceptions de l'Institut de psychosomatique de Paris : chez l'adulte, comme pour l'enfant, un fonctionnement sans défaillances, grâce à une organisation psycho-affective solide, constitue l'essentiel des défenses mentales qui s'opposent à la désorganisation somatique.

Cette proposition invite à construire une nosographie psychosomatique de l'enfant fondée sur les structures [Kreisler L., 1981, 1987].

Par structure il faut entendre non pas un état définitif mais une modalité *actuelle* de fonctionnement qui rejoint le potentiel de malléabilité propre à l'enfance.

Les principales structures infantiles à risque psychosomatique, jusqu'ici identifiées, sont la névrose de comportement, certains fonctionnements névrotiques, les états d'inorganisation et la structure dite allergique. Cette liste n'est certainement pas exhaustive.

Névrose de comportement et « comportement vide »

Le comportement d'un enfant qui va bien exprime à la fois son adaptation au monde réel et les programmes inconscients qui surgissent dans les représentations. La structure comportementale est marquée par l'incapacité de l'élaboration fantasmatique. Les activités de ces enfants ne sont pas infiltrées par les pulsions inconscientes comme normalement, ou comme dans les *acting out* des névroses mentalisées.

L'activité du névrosé de comportement est induite par le factuel, c'est-à-dire suscitée et entretenue par l'immédiat de l'environnement matériel des choses, des situations ou des personnes. Elle est monotone, pauvre et vide, privée d'impulsions imaginaires. Cette structure est facilement identifiée par l'observation du comportement, l'absence de liberté fantasmatique et la pauvreté des représentations qui apparaissent dans l'entretien, ou par les tests projectifs, l'insuffisance ou la particularité des rêves.

Les perturbations de la fonction onirique sont d'une grande importance sémiologique et doctrinale [Fain M. et David C., 1963; Braunschweig D. et Fain M., 1975]. Les unes sont révélées seulement par l'investigation, les autres cliniquement évidentes. Nous en avons souligné les singularités dans différents syndromes et par l'exemple du somnambulisme qui est, pensons-nous, une activité hypnique préconsciente [Kreiser L., 1981].

Longtemps délaissée dans la nomenclature pédopsychiatrique, la névrose de comportement de l'enfant a des traits structuraux apparentés à la névrose de comportement décrite à l'âge adulte par Pierre Marty qui en a démonté le défaut essentiel; celui-ci réside dans une insuffisance fonctionnelle du préconscient — l'instance qui dans la première topique régle la circulation entre l'inconscient et la conscience. Cependant une différence marquée la sépare de l'adulte: la réversibilité possible pour la mise en œuvre de mesures appropriées. Comme toute autre, la structure comportementale n'est pas installée définitivement avant l'adolescence qui est la période organisatrice de la personnalité. Cette réversibilité plaide contre un mécanisme neuropsychologique inné. C'est pourquoi aussi, plutôt que de structure, on devrait parler de fonctionnement comportemental.

Dès le premier âge on peut observer des modalités de fonctionnement apparentées aux précédentes et qui pourraient en être les prémices. Nous en avons proposé la description sous la dénomination du « comportement vide du jeune enfant » [Kreiser L., 1981]. Elle a été faite à partir d'enfants souffrants ou exposés à une pathologie sévère quoique diversifiée.

Les caractéristiques mentales de la névrose de comportement et du comportement vide ont été repérées à partir de désordres somatiques d'une grande diversité, les uns communs, telle la prédisposition aux infections rhino-pharyngées, otites et affections respiratoires répétées, les autres sévères, susceptibles de toucher tous les appareils: conduites alimentaires à haut risque, troubles graves du sommeil, asthme, recto-colite ulcéreuse, polyarthrite évolutive, troubles de la croissance... pour ne citer que des exemples.

Les états d'inorganisation

Les enfants les plus sérieusement touchés montrent de graves défauts de leur organisation qui atteignent tous les secteurs, ou presque, du développement. Les inorganisations rejoignent la conjoncture de privations affectives sévères, souvent doublées de conditions familiales ou sociales défectueuses et parfois de malmenages physiques. *L'enfant du désordre psychosomatique* en donne pour illustration le nanisme par frustration [Kreisler L., 1981, 1987], bien que les retards de croissance de nature psychologique puissent se trouver dans des conditions différentes et dans d'autres structures.

Une description détaillée du comportement vide et des inorganisations structurales du jeune enfant se trouve au chapitre de la clinique psychosomatique du nourrisson (chap. 112).

Les troubles névrotiques à risque psychosomatique

La nosographie psychosomatique de l'enfant ne se résume pas à la structure comportementale. La faiblesse des défenses mentales vis-à-vis de la désorganisation psychosomatique se trouve également dans certaines structures névrotiques dont le trait essentiel est qu'elles sont mal élaborées, ce qui les oppose aux névroses mentalisées classiques telles que la névrose phobique, ou hystérique, ou obsessionnelle.

Une structure névrotique solidement établie possède une valeur défensive vis-à-vis de la somatisation.

La pathologie psychosomatique du vide, précédemment décrite, tient une place majeure en raison de la gravité de ses formes et des incidences théoriques qui en découlent. Mais elle n'est pas la plus fréquente. L'importance numérique croissante de toute une frange névrotique apparaît mieux à mesure que notre expérience s'étend. Par une coïncidence qui n'est pas du hasard, nos collègues qui travaillent avec les adultes attachent une attention grandissante aux névroses de caractère à mentalisation défectueuse.

L'expression somatique de ces formes névrotiques est d'une grande variété sans spécificité absolue, mais plus souvent orientée vers les maladies énumérées plus haut dans la pathologie du surplus d'excitation.

Les troubles névrotiques relevés se montrent, eux aussi, variables en intensité et en qualité, avec une prévalence de perturbations de type anxio-phobique mais sans représentations phobiques continues et typées. Ou bien ce sont des tendances perfectionnistes, ou encore une propension à nier les conflits et à refouler les pulsions agressives comme dans la névrose dite de l'enfant sage...

On pourrait se laisser tenter d'attribuer une valeur symbolique aux phénomènes corporels. Cependant la fragilité tient moins au contenu qu'à l'intensité de la production fantasmatique. La vulnérabilité est due conjointement à l'extrême sensibilité réceptive de ces enfants et à l'intensité des affects dont l'inondation submerge les capacités fonctionnelles du préconscient. Interviennent séparément ou simultanément des circonstances extérieures permanentes ou fortuites dont la pression bouscule les défenses psychosomatiques.

Ces formes structurales névrotiques s'inscrivent dans la pathologie psychosomatique du défaut de pare-excitations, de la contrainte et du surplus d'excitation.

Les qualités essentielles attribuées au préconscient sont, nous l'avons vu, la plénitude, la

souplesse et la stabilité. Ces patients ont souvent une grande richesse fantasmatique et onirique mais, outre leur vulnérabilité émotionnelle, ils sont exposés à de grandes irrégularités fonctionnelles.

L'opposition en une paire contrastée du comportement vide aux fonctionnements de type névrotique ne résume pas en totalité les structures à risque somatique du jeune enfant. La structure dite allergique est une variante névrotique d'une certaine spécificité.

La personnalité des enfants atteints d'asthme et d'eczéma

La personnalité de ces enfants est d'une grande diversité et échappe à la description d'un profil spécifique monté en portrait-robot psychologique. On peut néanmoins reconnaître certains traits structuraux d'une fréquence significative : 1 / la grande fragilité émotionnelle ; une conjonction psychosomatique remarquable réunit, pensons-nous, l'hyperréactivité bronchique d'une part et l'hypersensibilité affective de l'autre ; 2 / l'intensité des besoins affectifs doublée d'une faiblesse des moyens autonomes pour y pourvoir, dont il résulte un besoin impérieux et incessant d'accrochage aux personnes et à l'environnement dans une proximité souvent fusionnelle ; 3 / l'intolérance vis-à-vis des situations conflictuelles.

Pour un tiers de nos patients atteints d'asthme ou d'eczéma, les traits de la personnalité allergique ont pu être reconnus, apparentés à la description faite chez l'adulte par Pierre Marty [1958]. Son aspect le plus apparent est la qualité de la relation à autrui. Les principales singularités en sont les suivantes :

- un besoin permanent d'attachement aux personnes et à l'environnement qui traduit à la fois l'intensité des besoins affectifs et le manque d'autonomie pour y pourvoir ;
- l'évitement des situations conflictuelles qui se fait par plusieurs moyens : 1 / l'annulation de l'agressivité du sujet et sa négation chez les autres ; 2 / la substitution rapide, quasi instantanée, d'un objet d'attachement à un autre.

Cet ensemble suggère la persistance d'un fonctionnement psycho-affectif primitif et un blocage des processus de séparation-individuation.

L'essentiel de l'économie psychosomatique dans la personnalité de l'allergique essentiel est l'utilisation excessive du déplacement comme modalité défensive. Elle est porteuse d'une grande vulnérabilité, car aisément débordée par les événements réels ou vécus comme tels qui attentent à ce système : situations de rivalité, séparations, conflit entre les parents, deuil... C'est alors la crise ou la succession de crises, qui à leur tour aggravent la dépendance.

L'observation directe de l'eczéma par Spitz et de l'asthme du nourrisson par Kreisler et Fain a permis de repérer les prémices de cette structure, notamment l'absence d'angoisse devant l'étranger qui pourrait résulter déjà d'un phénomène de déplacement pour éviter l'angoisse de la séparation [Fain M. et Kreisler L., 1981]. Certaines circonstances relationnelles ont pu être explicitées. Les unes tiennent aux conditions de vie du bébé, notamment l'instabilité de la garde, ou une situation de rivalité entre la mère ou la nourrice ou la crèche. Elle réalise l'introduction prématurée dans la relation d'un troisième personnage : c'est le cas des enfants dont la garde est partagée entre deux personnes. Elle aboutit à coincer l'enfant dans une position pour ainsi dire prématurément triangulaire, qui surcharge le travail de cohésion du premier organisateur, le déborde et le maintient au détriment du second. La deuxième situation répond à la personnalité de ces mères que la fréquentation des

jeunes asthmatiques permet de rencontrer, banalement qualifiées de surprotectrices, terme galvaudé mais qui, dans le cas présent, a un sens assez précis. Ces mères ne tolèrent de la part de l'enfant que des satisfactions réalisées à leur contact. Il s'agit d'un surinvestissement continu, rattaché au « fantasme de retour de l'enfant *in utero* » (Fain). Dans un système de captation surprotectrice, l'enfant est traité sans projet d'avenir et de progrès.

Ces différentes conditions se rejoignent pour bloquer l'économie fonctionnelle affective, aux racines mêmes de l'autonomisation. L'asthme est, peut-on dire, une maladie de la croissance affective qui suggère la persistance d'un fonctionnement archaïque et un blocage des processus de séparation-individuation.

Ces dispositions sont-elles héritées en même temps que la prédisposition allergique ? Sont-elles liées aux conditions à la fois physiques et psychologiques de la grossesse, ou acquises à la faveur d'expériences précoces dans la relation duelle primitive ? Sans tomber dans le dogme d'une fatalité héréditaire, on peut admettre une double tendance innée, à la fois immunologique et psychologique ; double aiguillage où les données biologiques et mentales coopèrent à la constitution de la structure allergique essentielle. Cette ouverture n'est pas purement spéculative. Alerté par la notion, dans la famille, d'une maladie asthmatique, ou de telle autre expression allergique, le pédiatre, loin de la considérer comme un poids inéluctable, attache toute son attention à en prévenir les effets. L'éviction allergénique est une chasse aux sorcières, si la dimension psychologique est occultée dans la prévention.

La personnalité allergique type ne concerne pas la généralité des jeunes patients. D'autres appartiennent à des structures de type névrotique fragiles, dont la décompensation entraîne avec elle la désorganisation critique. Ces enfants frappent par l'évidence des facteurs émotionnels dans le déclenchement des crises, à tel point que certains allergologues ont pu les ranger sous la rubrique (contestable) des « asthmes psychogènes ». C'est à leur propos surtout qu'ont été développées les théories de l'asthme plaquées sur la névrose et la conversion. Modèle critiquable car la crise d'asthme ne peut pas être réduite à une dynamique inconsciente, sans méconnaître toutefois l'influence décisive de surcharges névrotiques secondaires. A l'opposé du faux asthme par polypnée hystérique ou du blocage respiratoire d'origine nerveuse, la crise d'asthme n'est pas l'équivalent symbolique d'un cri gelé, de pleurs réprimés ou de l'angoisse.

Pour compléter une énumération qui n'est pas exhaustive, évoquons les structures comportementales, qui sont d'expressions diverses, tantôt mouvementées, tantôt peu apparentes. Parmi ces dernières se trouve la « névrose de l'enfant sage », tableau bien connu du jeune asthmatique qui emplit de satisfaction sa famille par sa docilité, fille ou fils sans reproche, écolier ponctuel, acharné, besogneux ; surface tranquille d'un conformisme qui revouvre une éradication périlleuse des émergences pulsionnelles.

Les formes graves de la maladie asthmatique, compliquées d'insuffisance respiratoire ou d'infection, reconnaissent des circonstances électives. Une des plus courantes est la surcharge oppressive des contraintes, particulièrement nocives quand elles s'exercent sur la fonction respiratoire, tels ces enfants ou adolescents dont la vie est accaparée par l'attention exclusive de leurs parents sur leur souffle et leur expectoration, avec des restrictions abusives de leurs activités. Non moins fréquentes sont les situations familiales conflictuelles et les conditions socio-économiques défavorables, doublées de frustrations. Les défauts de l'organisation psychosomatique tirent souvent leur origine de carences relationnelles précoces, de la froideur affective des partenaires, de séparations itératives dans la prime enfance.

L'effondrement des défenses somatiques se fait par des mécanismes de décompensation, dont le plus menaçant est l'atonie dépressive qui joue un rôle de premier plan dans les formes graves de l'asthme infantile.

Le déterminisme psychosomatique a ses limites. Il est des enfants asthmatiques pour lesquels les investigations les plus attentives ne peuvent pas découvrir des particularités dignes d'être incriminées chez eux ou dans leur entourage. La proportion en est difficile à fixer, elle est soumise au recrutement et aussi à la qualité psychologique de l'observateur. Elles appartiennent au domaine médical, sans exclure toutefois les répercussions secondaires de la maladie. C'est à propos de cette indépendance évolutive de phénomènes allergiques, par rapport au faisceau central de la personnalité, que l'on parle parfois de dynamismes parallèles [Marty P., 1980].

Un des grands intérêts de l'asthme par rapport aux troubles à expression fonctionnelle a été justement de pouvoir saisir sur le vif une continuité des défaillances à partir de la petite enfance dans une similitude et peut-être même certaines identités des structures psychiques caractéristiques de cette maladie à l'âge adulte. Ce fait n'est en contradiction ni avec un passé exempt de crises chez beaucoup d'adultes asthmatiques, ni avec l'absence de manifestations comparables dans les antécédents de maladies psychosomatiques à révélation tardive.

LES MÉCANISMES MENTAUX DE LA DÉSORGANISATION PSYCHOSOMATIQUE

La décompensation dépressive

L'effondrement des défenses somatiques se fait par des mécanismes mentaux de désorganisation dont la plus explicite est une forme de dépression. Elle est une des circonstances mentales parmi les plus fréquentes, propres à l'éclosion des maladies. Tantôt elle frappe une des structures exposées qui viennent d'être décrites, tantôt elle survient dans le cours de la vie d'un enfant jusque-là sans histoire, par une modification de la relation, soudainement vidée de sa plénitude affective.

Chez le nourrisson, les circonstances actuelles en sont rarement celles de la dépression analytique décrite par Spitz. Plus souvent, la rupture du lien maternel est due soit à des aléas qui surviennent dans la vie de l'enfant, soit à des circonstances qui opèrent un désinvestissement à son égard, en particulier une dépression mentale de la mère, « changement brutal et véritablement mutatif de l'image maternelle » qui suggère les mécanismes de la névrose traumatique.

Décrite chez l'adulte sous le titre de la dépression essentielle qui est génératrice de la pensée opératoire, l'atonie dépressive de l'enfant peut s'observer à tous les âges, du nourrisson à l'adolescent. L'expression clinique en est tantôt évidente, tantôt larvée ou même camouflée sous des symptômes tels que l'asthénie chez le grand enfant ou l'adolescent.

Le terme de dépression est sans doute équivoque, car il peut prêter à confusion avec les dépressions mentalisées classiques. Ici la coupure avec le lien objectal provoque une sidération et une rupture cataclysmique du fonctionnement psychosomatique. Elle réalise une

atonie plus proche du deuil que de la mélancolie. Son expression est toute négative, inhibition, inertie, indifférence, sans angoisse, sans détresse ni même tristesse. La monotonie mécanique des comportements qui accompagnent le vide dépressif est proche de celle du comportement vide. Chez l'enfant, comme pour l'adulte, l'atonie dépressive est un mécanisme de désorganisation psychosomatique majeur. Elle intéresse les maladies les plus variées. Rappelons des correspondances remarquables découvertes par les recherches biologiques actuelles, en particulier les dépressions immunitaires qui coïncident avec des circonstances de deuil.

Surplus d'excitation et contrainte

Le surplus d'excitation est, à côté de la dépression, l'autre processus majeur de la somatisation chez l'enfant et le nourrisson. Elle apparaît en particulier dans la pathologie fonctionnelle courante, les troubles du sommeil, le spasme du sanglot, nombre de syndromes digestifs : les coliques du nouveau-né, le syndrome du côlon irritable, les colopathies et les douleurs abdominales récurrentes de la seconde enfance, les céphalées fonctionnelles.

Le surplus d'excitation contient un potentiel immédiat de décharge fonctionnelle. Ainsi rejoint-on la notion de pare-excitations, fonction par laquelle l'organisme est protégé contre les excitations provenant de l'ambiance et dont l'intensité excessive risque de lui nuire. Le surplus d'excitation et la contrainte se révèlent comme générateurs d'une large frange de la pathologie psychosomatique. Dans *Le nouvel enfant du désordre*, j'ai pris pour exemple un cas de lupus érythémateux localisé, chez une fillette de deux ans soumise à des pressions extérieures intenses et discontinues en même temps qu'elle développait une pathologie névrotique ultra-précoce.

Chez le nourrisson comme à tous les âges de l'enfance, les troubles du sommeil sont à l'avant-scène de la pathologie du surplus d'excitation.

Débordé par les pressions extérieures ou par l'angoisse, le psychisme est mis en échec dans son rôle de protection.

Les angoisses génératrices de désorganisation sont diffuses, c'est-à-dire privées de représentation ; le patient ne peut y reconnaître ni cause, ni contenu. Elles renvoient à l'angoisse archaïque du bébé à la disparition de sa mère.

Il est à noter que la dépression essentielle est généralement précédée d'une période d'angoisses diffuses.

Ainsi, le surplus d'excitation comme la dépression essentielle nous renvoient-ils à une idée maîtresse des conceptions psychosomatiques qui sont nôtres : la correspondance entre la désorganisation psychosomatique et l'échec de l'élaboration mentale, notamment par l'échec, le blocage ou la répression des affects, des représentations et de la symbolisation.

La régulation de l'excitation est au centre de l'économie psychosomatique de l'individu.

Le « choix » de l'organe. L'inné et l'acquis. L'hérédité. L'environnement précoce

Pourquoi tel enfant devient-il un anorexique, tel autre souffre-t-il d'insomnie ou d'énu-résie ? Cette question du « choix », déjà évoquée par Freud dans les termes de la complaisance somatique, suscite des opinions divergentes. Les uns invoquent une prédisposition due

à la constitution, ou à la faiblesse d'un système organique due à l'âge ou à une particularité pathologique. On ne peut nier des différences individuelles par exemple de l'appétit et du sommeil, non plus que la fragilité de certaines sphères organiques à des âges déterminés, tels les fonctions digestives et le système nerveux chez le nourrisson. On peut admettre aussi les inégalités instinctives des besoins affectifs, violents chez certains, modérés pour d'autres. A l'opposé on développe la théorie de la spécificité du conflit : le corps répond là où il est touché ; un bébé devient anorexique par contrainte élective sur la nourriture. Mais la contradiction n'est qu'apparente. Un nourrisson doté par nature d'un petit appétit peut être sujet plus qu'un autre à tomber dans les difficultés alimentaires en face d'une mère obsédée par l'embonpoint de son enfant.

Il est raisonnable d'accepter une *conjonction*, si l'on considère que le point de faiblesse peut être celui de l'impact conflictuel et devenir le lieu de la fissure par où s'infiltré la désorganisation.

La constatation de troubles similaires dans la famille pose l'importante question de l'hérédité, tantôt niée vigoureusement, tantôt farouchement défendue par des partisans intraitables de l'organogenèse.

Il est sûr que, si nette soit l'incidence familiale d'un sommeil fragile, d'un appétit trop faible ou trop fort, de maladies allergiques..., ni l'insomnie, ni l'anorexie ou l'obésité, ni l'asthme ou l'eczéma ne se transmettent selon le modèle génétique mendélien de l'hémophilie, ou d'autres maladies héréditaires.

Des études neurophysiologiques récentes ont introduit la notion de l'« ouverture génétique ». Elle assure des bases scientifiques à la notion de la prédisposition aux maladies. Des animaux d'une même espèce, soumis dans les premiers temps de leur vie à des conditions traumatisantes identiques, vont, selon la souche dont ils sont issus, développer ou non certaines anomalies. Hors de ces conditions expérimentales, ni les uns ni les autres ne deviennent anormaux. La prédisposition organique même avérée doit être envisagée sous l'angle de cette différence qui est essentielle entre l'organiquement possible et l'héréditaire inéluctable. Ainsi doit cesser la querelle séculaire entre l'inné et l'acquis.

La constatation d'une prédisposition familiale, loin d'inciter à baisser les bras, doit au contraire faire redoubler la vigilance pour réduire un risque certes plus grand, mais qui n'est pas celui d'une fatalité.

Les conditions de l'environnement précoce doivent retenir toute l'attention.

Dans les recherches contemporaines on est frappé par les concordances dans les domaines physiologiques et psychologiques qui s'attachent au stade initial de la vie, révélées par l'expérimentation et l'écologie, confirmées par l'observation humaine. L'environnement précoce marque l'organisme d'un sceau définitif. « L'organisme n'oublie rien » (R. Debré). De circonstances initiales particulières peut résulter un type de taille ou d'embonpoint de caractère définitif (Dubos) ou se constituer une économie métabolique ou immunitaire anormale. De la même manière, des dispositions psychiques induites par l'environnement du très jeune enfant peuvent s'inscrire sous la forme d'une économie psychique déviante.

Sollicité d'une manière aberrante, le jeune enfant met en place des mécanismes de défense certes adaptés à la situation actuelle, mais déviants quant à l'adaptation ultérieure.

La plasticité qui donne à l'homme la possibilité de s'organiser en tant qu'individu et être social est aussi sa faiblesse. Vue sous cet angle, la disposition au trouble psychosomatique peut être comprise comme un raté de l'adaptation et ce raté peut s'imprimer de façon définitive.

LES ORIENTATIONS THÉRAPEUTIQUES

L'originalité fondamentale du fait psychosomatique pèse de tout son poids sur la pratique, par la nécessité d'un apport interdisciplinaire dans une complémentarité pédiatrique et psychologique.

Nombre de désordres nécessitent des traitements médicaux conjoints, car la maladie, une fois déclenchée, peut évoluer pour son propre compte. Pour d'autres, l'approche psychosomatique se substitue à la quête des soins physiques. Dans une éventualité ou l'autre, la complémentarité des interventions est à l'origine de nouvelles directions avec des garanties supplémentaires d'efficacité.

La spécificité des thérapies psychanalytiques d'enfants atteints de maladie organique tient moins à l'organisation formelle des traitements, somme toute comparable aux techniques habituelles de la psychiatrie de l'enfant — psychothérapies individuelles, psychothérapies de l'enfant en présence de l'un des parents, en particulier pour les tout-petits, psychothérapie de l'un des parents —, qu'aux visées propres à modifier l'organisation psychosomatique du patient ; celle-ci renvoie à la précision des structures.

Une évolution thérapeutique satisfaisante peut être comprise comme la constitution progressive d'un fonctionnement psychosomatique satisfaisant, à partir de l'organisation défectueuse génératrice du désordre. Bien que la disparition du trouble physique soit hautement souhaitable, la visée thérapeutique ne se réduit pas — à l'encontre des thérapies comportementales — à une guérison symptomatique. Son ambition est de rééquilibrer le fonctionnement psychique dans une économie psychosomatique satisfaisante. La durée du traitement peut donc dépasser la disparition du symptôme. A l'inverse, la persistance de manifestation physique peut ne pas s'opposer à l'arrêt du traitement, si le travail thérapeutique est suffisamment avancé pour espérer une poursuite de l'évolution spontanée grâce à la dynamique propre à l'enfance ou à des conditions d'ambiance réparées.

Un des attributs essentiels des thérapies psychosomatiques est la diversité et le choix, parmi de nombreux moyens dont l'éventail se déploie depuis la consultation thérapeutique jusqu'aux psychanalyses d'enfants comme M. Spierling a pu le proposer dans des formes graves de la pathologie, par exemple la recto-colite hémorragique.

Une expérience nous a permis de différencier :

- les psychothérapies de durée prolongée : de rythme hebdomadaire, elles s'étalent sur une à deux années en moyenne ;
- les psychothérapies de durée limitée : de quatre à six mois en moyenne, au même rythme que les précédentes ;
- les thérapies à rythme espacé, mensuelles ou bi-trimestrielles, voire trimestrielles, étalées sur une durée de plusieurs mois, à une à deux années ;
- les consultations thérapeutiques, une à quatre séances, chaque intervention durant une heure à deux heures ou plus parfois.

Ces deux dernières catégories sont majoritaires à l'Unité Enfants de notre hôpital, tout en soulignant que ces thérapies par consultation longue sont subordonnées à des impératifs qui renvoient aux indications et à la technique des interventions thérapeutiques brèves chez l'enfant [Cramer B., 1974].

Les thérapies à visée corporelle, rééducation de la psychomotricité et relaxation, ont pu s'appliquer au grand enfant et à l'adolescent.

L'exercice des thérapies psychosomatiques suppose de la part du psychanalyste une aptitude au face à face avec le corps malade d'enfants, ainsi qu'une formation pour la prise en compte de l'économie psychosomatique.

L'action psychothérapique du pédiatre ne peut pas être confondue avec la psychothérapie analytique. Complémentaire et non pas concurrentielle, elle suppose une élaboration non moins attentive.

LE PRONOSTIC DE LA PATHOLOGIE PSYCHOSOMATIQUE DE L'ENFANT

Quel est l'avenir de la pathologie psychosomatique précoce ? Y a-t-il dans cet avenir une spécificité ? A cette double question souvent posée, on ne peut apporter qu'un début de réponse faute d'études prospectives suffisantes.

La constatation d'une grande différence évolutive impose une réflexion sur cette diversité même.

1 / Régression complète sans pathologie ultérieure, éventualité qui soulève la question des variations de la normale. Car quel enfant n'a pas, au cours des premiers temps de sa vie, souffert d'une insomnie ou de quelque difficulté alimentaire ?

2 / Pathologie ultérieure, mais sans spécificité par rapport à la qualité du trouble initial, qui connote la plasticité du psychisme de l'enfant dans une constatation générale de la psychiatrie infantile : peu de structures précoces ont des correspondances analogues à l'âge adulte.

3 / Pathologie ultérieure où l'on peut discerner une continuité dans le fil des lignées évolutives psychosomatiques, mais dans l'enfance seulement.

4 / Continuité d'une pathologie psychosomatique de la première enfance à l'âge adulte. Cette lignée évolutive a pu être suivie dans diverses pathologies, l'asthme et l'obésité par exemple, mais seulement dans leurs formes où sont apparues conjointement à la maladie physique les lignées d'une continuité psychologique. Cette dernière remarque est d'une grande importance.

La plupart des études prospectives sur la pathologie psychosomatique sont axées sur les maladies et les syndromes tels qu'ils sont répertoriés dans la nomenclature médicale. Or le problème soit être considéré non seulement à partir des caractéristiques somatiques mais aussi en fonction des structures psycho-affectives et mentales.

Tout porte à penser que des noyaux psychopathologiques précoces et même ultra-précoces peuvent subsister, à l'origine de désorganisations psychosomatiques, jusqu'à l'âge adulte. « Notre expérience de l'Institut de Psychosomatique, dit P. Marty, montre que, globalement, la gravité des maladies somatiques s'établit en fonction inverse de la solidité du Moi des individus. Plus le Moi est solide, moins graves sont les maladies. A l'inverse, les maladies graves (je parle ici surtout des maladies auto-immunes et des cancers) surviennent le plus souvent chez des sujets dont le Moi se révèle insuffisant dès le début du développement

de l'appareil psychique (...) du fait de traumatismes de la petite enfance (...). Les traumatismes de la petite enfance sur lesquels j'insiste sont en rapport avec les interrelations mère-enfant pendant les deux premières années de la vie surtout. Laisant des vides dans la construction de l'appareil psychique, ils fragilisent naturellement les sujets, ils les sensibilisent à nombre d'événements qui interviennent durant l'enfance ultérieure, l'adolescence et l'âge adulte. Ces événements prendront ainsi facilement valeur traumatique (...). Quant à la nature des traumatismes auxquels je m'attache, il s'agit essentiellement de dépressions du petit enfant lui-même ou de dépressions de sa mère. Chez un enfant jeune, ces dépressions, plus fréquentes qu'on ne le pense, sont en rapport avec la perte d'un objet affectivement investi ou avec la multiplication et la durée d'états de détresse...., les traumatismes de la première enfance jouant ainsi sur la qualité de la construction mentale et laissant de véritables trous dans cette construction » (Pierre Marty, Congrès international de Psychanalyse, Montréal, 1987).

C'est dire l'importance des bases mêmes de l'organisation psychosomatique.

RÉFÉRENCES

- BRAUNSCHWEIG D., FAIN M. (1975), *La nuit, le jour*, Paris, PUF.
- CRAMER B. (1974), Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants, *Psychiatr. enfant*, 17, n° 1, 53-117.
- CRAMER B. (1977), Vicissitudes de l'investissement du corps. Symptômes de conversion en période pubertaire, *Psychiatr. enfant*, 20, n° 1, 11-127.
- DEJOURS C., MARTY P. et HERZBERG-POLONIECKA R. (1980), Les questions théoriques en psychosomatique, *Encycl. méd. chir.* (Paris-France), Psychiatrie 37 400 C10, 7, 9 p.
- FAIN M., DAVID C. (1963), Aspects fonctionnels de la vie onirique, *Rev. franç. psychan.*, 17, 241-243.
- FAIN M., KREISLER L. (1981), L'asthme du nourrisson, in *L'enfant et son corps*, Paris, PUF, 278-369.
- KREISLER L. (1981), *L'Enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat, 1 vol., 400 p.
- KREISLER L. (1983), The bases of clinical psychosomatics in childhood, in Krakowski A.J. et Kimball C.P., *Psychosomatic medicine*, New York, Plenum Press, 461-463.
- KREISLER L. (1985), Psychosomatique et expression corporelle dans la psychiatrie de l'enfant et du nourrisson, *Encycl. Méd. Chir.* (Paris), Psychiatrie 37 404 A10, 8 p.
- KREISLER L. (1987), *Le nouvel enfant du désordre*, Toulouse, Privat, rééd. 1992, 380 p.
- KREISLER L. (1989), *La psychosomatique de l'enfant*, Paris, PUF, « Que sais-je? », 4^e éd., 1992, 126 p.
- KREISLER L., FAIN M. et SOULÉ M. (1974), *L'enfant et son corps. Etudes sur la clinique psychosomatique du premier âge*, Paris, PUF, « Le Fil Rouge », 1987, 552 p.
- LEBOVICI S. (1974), A propos de l'hystérie chez l'enfant, *Psychiatr. enfant*, 17, n° 1, 5-52.
- MANIGNE P. et WEIL-HALPERN F. (1982), Expérience hospitalière des troubles psychosomatiques de l'enfant, *Rev. pédiatr.*, 18, n° 5, 265-270.
- MARTY P. (1958), La relation objectale allergique, *Rev. franç. psychan.*, 12, n° 1, 5-29.
- MARTY P. (1968), La dépression essentielle, *Rev. franç. psychan.*, 32, n° 3, 595-598.
- MARTY P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot.
- MARTY P. (1980), *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
- MARTY P. (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF, « Que sais-je? », 1 vol., 128 p.
- MARTY P., M'UZAN de M. (1963), La pensée opératoire, *Rev. franç. psychan.*, 17, 345.
- MARTY P., M'UZAN de M. et DAVID C. (1963), *L'investigation psychosomatique*, Paris, PUF.
- MORON P. (1974), *Le phénomène de conversion somatique chez l'enfant*, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Paris, Masson et Cie.
- NEMIAH J.C. et SIFNEOS P.E. (1970), *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. Modern trends in Psychosomatic Medicine*, Londres, Butterworth et Co., II, 24-54.

PINKERTON P. (1974), Symptom formation reconsidered in psychosomatic terms, *Psychother. Psychosom.*, 23, 44.

SICHEL J.P. et FASLA F. (1975), La rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'enfant. Etude psychosomatique, *Psychiatr. enfant*, 18, n° 1, 7-73.

SIFNEOS P.E. (1973), The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients, *Psychother. Psychosom.*, 22, 255-262.

SPERLING M. (1950), Psychosis and psychosomatic patterns in childhood, *Am. J. Orthopsychiatr.*, 20, 479-489.

TRIDON P. (1977), Les troubles psychosomatiques réactionnels de l'enfant, *Rev. Neuropsychiatr. Infant.*, 25, n° 4-3, 203-207.

WINNICOTT D.W. (1958), *Trough pediatrics to psycho-analysis*, Londres, Tavistock Publications; trad. fr. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.