

Liens entre santé mentale et pathologies somatiques

(Professeur Alain Malchair)

« *La rupture avec le monopole des spécialités s'impose comme composante essentielle du soin... le corps n'appartient pas exclusivement aux somaticiens, ni la psyché aux psychistes* » (Missonnier, 2012) (1).

Introduction

La pratique de la Pédopsychiatrie de liaison s'inscrit dans deux grands cadres de travail, d'une part une pratique en hôpital général, i.e. essentiellement en salle de pédiatrie et en salle d'urgences, et d'autre part, la pratique parallèle de consultations conjointes dans les suivis pédiatriques ambulatoires.

Ces deux approches pédiatriques, hospitalière et ambulatoire, peuvent alors déboucher sur une consultation pédopsychiatrique spécifique, centrée ou non sur la problématique somatique.

Le vécu de celle-ci, surtout s'il s'agit d'une maladie chronique, va largement impacter le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, et un espace de travail peut se dégager, avec la souffrance comme point d'ancrage.

C'est sur cette problématique de la maladie chronique, de son annonce et de son vécu que nous centrerons la présente réflexion.

Par ailleurs, la pathologie somatique peut n'être qu'un aspect du vécu global, soit parce qu'elle accompagne simplement une problématique psychique plus large, soit parce que le psychique a une implication causale dans le développement de cette question somatique.

Dans ce dernier cas, nous pensons évidemment à l'approche psychosomatique « *classique* », où le corps souffrant est le lieu d'expression d'un psychisme souffrant (2). La relation entre les deux est alors complexe, tant du point de vue psychique avec la capacité, présente ou non, d'une métabolisation des processus inconscients, que du point de vue somatique, avec l'importance plus ou moins grande de la vulnérabilité physique sous-jacente.

Par commodité, et sauf spécifications contraires, nous utiliserons le terme « *enfant* », qu'il s'agisse de bébés, enfants ou adolescents.

Les trois questions du titre des premiers chapitres sont inspirées par l'excellent ouvrage que Philippe Duverger a consacré à la « *Psychopathologie en Service de Pédiatrie* » (3).

I. A qui appartient le corps de l'enfant ?

Pour surprenante qu'elle soit, la question n'en est pas moins cruciale (3). Le corps de l'enfant appartient-il à lui-même, à ses parents, aux médecins, à l'équipe soignante ... ?

Peut-on dire que le corps appartient à celui qui décide ?

Apparaît alors un gradient de responsabilité croissante entre le zéro du bébé et la volonté de l'adolescent, cette dernière pouvant être largement conflictuelle dans les cas de traitements chroniques (le diabète p.ex.).

Quant aux parents, leur besoin légitime d'informations et de compréhension impose un dialogue régulier avec le corps médical, qui leur permettra d'être acteurs de la décision ; de ce point de vue, il faut reconnaître que les « *explications psy* » ne sont pas toujours les plus recevables... !

Les détenteurs de la compétence et de la responsabilité sont *a priori* les médecins et l'équipe soignante au sens large en cas d'hospitalisation ; cela leur permet-il de s'approprier le corps de l'enfant ?

Officiellement, non, bien sûr, le modèle de la toute-puissance médicale paternaliste est révolu. Pour autant, dans la pratique, la notion, si valorisée, de compliance n'est-elle pas proche de celle de soumission ?

L'exemple de l'obésité de l'enfant est illustrative de ce propos lorsque des règles hygiéno-diététiques ne sont respectées ni par les parents, ni par les enfants.

Les adolescents nous le rappellent du reste bruyamment : « *C'est mon corps, je fais ce que je veux* ». Ils revendiquent donc explicitement la possession de leur corps au risque même de leur santé.

Nous sommes alors confrontés à un paradoxe, la possession du corps s'exprimant dans l'opposition, qu'il s'agisse des parents ou du jeune, amenant ce que nous, médecins, ressentons comme une négligence, voire une maltraitance, comme si la soumission à l'ordre médical était vécue comme une dépossession : « *C'est mon enfant, je sais ce qui est bon pour lui* », peut affirmer une maman.

II. Qui souffre ?

Autre question surprenante, mais non moins nécessaire (3).

Bien sûr, l'enfant souffre, et c'est précisément le point de départ de notre intervention, mais la souffrance est « *contagieuse* » !

Les parents et les intervenants sont d'autant plus interpellés que l'enfant est jeune. Ainsi, un soutien psychologique est régulièrement demandé en salle pour des parents dont la souffrance face à leur enfant, bébé souvent, paraît énorme.

Dans les situations de maltraitance grave, l'équipe soignante exprime un profond malaise, souvent plus intense que ce que l'enfant lui-même manifeste, au moins en apparence.

La question se pose donc de savoir jusqu'où cette « *souffrance partagée* » entraîne un degré supplémentaire de désappropriation de l'enfant et de son corps souffrant, toujours « *pour son bien* », sans nul doute...

Cette question est moins théorique qu'il n'y paraît, car si les bébés et les enfants sont relativement passifs face à ce processus, les adolescents nous montrent que cela n'est pas évident : une fois encore, ils revendiquent leur souffrance, leur droit à souffrir s'ils le veulent, p.ex. au prix des mutilations qu'ils peuvent infliger à leur corps.

Ils refusent l'intrusion médicale, exigeant de maîtriser le destin de leur corps, dans un processus de « *réappropriation* ». Il s'agit de se réapproprier le corps réel, mais au service du corps psychique, celui de sa propre histoire, plus précisément de la narration de son histoire, fût-elle souffrance, fût-ce en mal comme en bien.

Le lien psychosomatique est ici d'une autre nature. C'est la maîtrise du corps, qu'il soit malade ou qu'il soit souffrant, par une volonté psychique qu'il utilise au service de sa propre souffrance.

Pour revenir aux équipes soignantes et à leur souffrance partagée, nous pensons à celle ressentie à la vision du sang de cette adolescente automutilante, sang giclé sur les murs de sa chambre.

III. « Tomber malade » ?

Expression banale s'il en est, mais qui peut recouvrir une grande souffrance (3).

La chronologie habituelle fait passer des symptômes aigus à une maladie chronique ; il s'agit alors d'une rupture logique, cognitive, ... émotionnelle, qui ne prend sens qu'après-coup.

En effet, par définition, la prise de conscience ne peut être que rétrospective, la mise en sens de symptômes aigus ne s'élabore que progressivement, pour poser un diagnostic de chronicité, dont ils étaient les prodromes « *ignorés* ».

Quatre éléments vont intervenir :

- La maturité psychoaffective et intellectuelle du jeune
- Son image du corps
- L'attitude de l'entourage
- La gravité des soins nécessaires et le pronostic.

Il va de soi que ces différents facteurs vont interagir dans un sens soit protecteur, soit aggravant. Par exemple, la qualité de l'environnement familial va influencer positivement ou négativement sur l'acceptation de soins lourds.

Dans tous les cas, « *tomber malade* » est une rupture, une rupture entre un avant et un après le diagnostic, entre un corps sain et un corps malade. Le diagnostic de chronicité impose la découverte d'un temps nouveau, différent, incompréhensible pour un enfant et inacceptable pour un adolescent : le « *toujours* ». Il s'agit de passer à un « *pendant* » la maladie.

IV. Conséquences en santé mentale

On observe une majoration importante des troubles psychiatriques chez les jeunes atteints de troubles somatiques. Ainsi, d'une moyenne de 6 % en population générale, on passe à une moyenne de 15/18 % chez les jeunes malades (4).

Chaque maladie ne renvoie pas à une personnalité spécifique mais détermine des vécus particuliers, d'une part, fonction des symptômes et dysfonctionnements liés à cette maladie, et, d'autre part, fonction de la personnalité globale de l'enfant.

Il s'agit donc ici de pathologies somatiques avérées, et non de troubles fonctionnels ou conversifs.

Les symptômes psychiques sont variés :

- Symptômes internalisés, tels qu'inhibition, dépression, anxiété,...
- Symptômes externalisés, tels que révolte, agressivité, refus de soins,...

L'adaptation psychosociale est amoindrie, tantôt comme conséquence directe et intime d'un handicap éventuel, tantôt comme conséquence relationnelle, liée au regard critique et parfois destructeurs des pairs.

De façon générale, il en résulte une profonde diminution de l'estime de soi (5).

V. Le travail de la maladie

Notre réflexion porte, nous l'avons vu, sur cette articulation permanente de la maladie somatique entre le corps réel et le corps représenté, le corps concret et l'image du corps, donc, *in fine*, entre réalité objective et réalité inconsciente.

Chaque enfant a sa propre théorie du corps malade, théorie qu'il nous découvrir pour l'aider dans le travail d'appropriation évoqué ci-dessous.

A la suite de Pédinielli (6), plusieurs théories causales peuvent être envisagées :

- Théorie traumatique
- Théorie du plaisir puni
- Théorie familiale
- Théorie médicale
- Théorie anthropocentrique
- Théorie du chaos.

Un double travail psychique est nécessaire, le deuil de la santé et l'appropriation de la maladie. Dans les deux cas, ces notions seront à vivre en contresens.

En effet, le deuil porte classiquement sur des éléments extérieurs à soi, mais ici, l'enfant est confronté à un « *deuil de soi* » à un âge où tout est en devenir : le deuil des comportements liés à la santé, à court et à long terme, le deuil des projets donc, mais aussi le deuil des désirs...

Quant à l'appropriation, s'il est habituel de s'approprier des choses positives, la contrainte sera cette fois d'assumer une appropriation négative, à savoir les symptômes plus ou moins invalidants, ainsi que les traitements y afférents (3,7).

S'approprier la maladie, c'est accepter d'habiter un corps malade.

Le jeune est ainsi contraint de réaliser un travail psychique contradictoire, et est confronté en permanence à une question obsédante : « *pourquoi moi ?* » (7).

VI. Vécu des parents

Si l'enfant doit effectuer ce travail d'investissement d'un corps défectueux, voire menacé, les parents sont confrontés à un travail parallèle tout aussi douloureux, l'investissement d'un enfant malade, imparfait. Face au choc du diagnostic, on observe une réaction d'accablement allant jusqu'à l'effondrement (les tentatives de suicide ne sont pas exceptionnelles).

Une véritable lutte s'organise alors allant du refus/désir à la collaboration sur un chemin que certains ne peuvent jamais parcourir entièrement.

L'économie familiale se réorganise, parfois au détriment de la fratrie, parfois au détriment du couple même, un des membres ne pouvant supporter la situation.

Ciccone (8) explique particulièrement ce processus douloureux : « *L'empiètement imagoïque est un processus qui peut être activé par la transformation d'un objet idéal (l'enfant rêvé attendu porteur du narcissique parental) en un objet persécuteur (l'enfant abîmé, décevant, endommageant les objets internes parentaux).* »

Mais cet empiètement représente une violence faite à l'enfant, en ce que l'imago contient d'idéalisation écrasante, laissant à l'enfant peu de droit d'être, une violence qui ne peut que l'exclure de la lignée générationnelle et nourrir le désespoir parental ».

Les questions qui se posent à nous sont alors :

- Comment passer de l'enfant imaginaire à l'enfant réel ?
- Comment sauvegarder l'intégrité narcissique des parents, tout en s'attaquant à l'exclusion défensive des parties « *différentes* » (i.e. décevantes) de la réalité ?

Tant dans sa relation à lui-même qu'à ses parents, l'enfant se trouve pris dans différents mécanismes qu'il ne maîtrise pas complètement, c'est peu dire.

Il est en situation de surexposition dans le regard de ses proches, des médecins, voire même du milieu scolaire. Narcissiquement, cette situation n'est pas simple à gérer par le message contradictoire qu'elle porte : être « *valorisé* », voire « *jaloué* », « *grâce* » à une situation négative, la maladie.

L'angoisse face à l'inconnu de sa vie est rapidement présente, plus ou moins envahissante selon la gravité, et de la maladie elle-même, et des soins qui en découlent.

S'ensuivent colère et révolte, dans la logique du « *pourquoi moi ?* » face à ces contraintes et à ces limitations de la vie quotidienne la plus banale.

La culpabilité n'est jamais loin, liée à ce que, précisément, ces contraintes et limitations s'imposent également à l'entourage, notamment la fratrie.

Vis-à-vis de celle-ci, la relation est très ambivalente entre la revendication d'attention et le sentiment d'injustice. A ce niveau, la jalousie est du reste à double sens : celle de la fratrie qui « *reçoit moins* » et celle du malade qui « *peut moins* ». Au total, se développe un profond sentiment de solitude, où le

vécu de « *personne ne peut me comprendre* » l'emporte souvent sur l'aide reçue. Cette impossibilité de partager le vécu de la maladie est nourrie par les fréquents reproches de l'entourage, qu'il soit familial (la question de la non-compliance, p.ex.) ou scolaire (faiblesse, manque d'attention, p.ex.).

VII. L'exemple du diabète de l'adolescent

Un vécu dépressif est généralement associé aux maladies chroniques, nous l'avons vu, et singulièrement, au diabète, souvent diagnostiqué à l'adolescence.

Une approche circulaire est privilégiée : le diabète entraîne une « *dépression* » qui, elle-même, induit une mauvaise gestion de la maladie et de son traitement. Cette circularité est accrue chez les ados, parce qu'elle entre en résonance avec la conflictualité propre à cette période de la vie.

Il peut cependant être pertinent de décaler la perspective sous l'angle pédopsychiatrique, car si le diabète entre en conflit avec la dynamique de l'adolescent qui va le gérer tant bien que mal, le diabète est aussi un « *outil* » que peut utiliser l'adolescent pour vivre sa problématique adolescente. Le diabète va alors servir de modalité d'expression immédiate de ses conflits, modalité particulièrement efficace par l'angoisse qu'elle suscite dans l'entourage et parce qu'elle joue sur le fil des conséquences graves qui peuvent en découler.

Le problème principal de l'adolescent est la maîtrise, de son corps, de sa pensée et de son entourage. Le diabète vient effracter ce besoin crucial, mais paradoxalement, il peut être aussi l'occasion d'approcher ce fantasme de toute-puissance : « *Si je ne me soigne pas, c'est la preuve que je ne suis pas malade* »...

Ainsi, le diabète de l'adolescent n'est pas seulement un problème en soi, une maladie chronique qu'il doit gérer avec sa famille, mais aussi un terrible outil pour exprimer sa pulsionnalité, notamment dans son rapport à la mort.

Comme Mairesse (9) nous l'explique : « *La mort est en effet la grande présente/absente dans les fantasmes des diabétiques, de leurs parents et des médecins, et il en est pourtant bien peu question au niveau du discours (...). Se mettre activement ou passivement en danger de mort, ce n'est pas seulement vouloir mourir, c'est aussi prouver à chaque fois qu'on survit, qu'on est invulnérable. Ce jeu avec la mort est en fait destiné à mettre à l'épreuve son propre sentiment d'exister, voire son immortalité* ».

Conclusion

L'interaction entre le psychique et le somatique se situe à de multiples niveaux dans un rapport qui nécessite une sérieuse évaluation avant de mettre en place une prise en charge efficace. On sait depuis longtemps que de façon générale, la prise en compte du somatique prévaut sur celle du psychique : tant les parents que les équipes soignantes se focalisent « *d'abord* » sur l'évaluation somatique, l'abord psychique apparaissant essentiellement « *par défaut* ». La souffrance de l'enfant est alors vécue en aval du problème somatique, et la résolution de celui-ci est censée la faire disparaître quasi automatiquement.

Nous n'oublions pas l'approche psychosomatique classique qui pose le symptôme physique comme expression d'une souffrance psychique, symbolisée ou muette, le « *choix* » du symptôme relevant d'une vulnérabilité somatique individuelle.

Nous nous sommes cependant centrés sur le processus inverse, à savoir l'impact d'une pathologie organique objective, chronique, dont le vécu va s'exprimer dans une modalité propre à la personnalité de l'enfant, et plus particulièrement propre à sa vulnérabilité individuelle. Cette expression est particulièrement complexe pour les enfants, car ils sont largement dépendants de leur environnement familial et, donc, de l'impact que leur maladie va induire chez leurs proches, impact qui sera également fonction de leur vulnérabilité personnelle et systémique.

Dans ce concept, il est extrêmement difficile pour l'enfant de maîtriser sa relation à son corps malade, et le risque est grand qu'il s'en trouve dépossédé, plus ou moins consentant. L'adolescent, par contre, trouvera là matière à exprimer son souci d'autonomie psychique, parfois au détriment de sa bonne santé physique. Notre rôle sera de trouver un équilibre psychothérapeutique qui permettra de respecter, et la réalité du somatique, et la réalité des défenses psychiques, tout en découvrant pas à pas le chemin pour les affronter ; la seule issue sera de permettre à l'enfant d'accepter/assumer la souffrance objective pour accéder à sa souffrance subjective.

Références bibliographiques

¹MISSONNIER Sylvain, L'agora de Babel, De la complémentarité des « somaticiens » et des « psychistes », Cliniques 2012/1, n°3, pp. 32-45

²KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. L'enfant et son corps, Etudes sur la clinique psychosomatique du jeune âge, 5^{ème} Edition, PUF, coll. Le fil rouge, Paris, 1974.

³DUVERGER Ph., Psychopathologie en service de Pédiatrie, Elsevier Masson, Coll. Les âges de la Vie, Paris, 2011.

⁴MARCELLI D., COHEN D., Enfance et Psychopathologie, 9^{ème} Edition, Elsevier Masson, Coll. Les âges de la vie, Paris, 2012.

⁵SHEMESH E. et al., Assessment of depression in medically ill children presenting to pediatric speciality clinics, JAACAP, 2005, 44:12, pp. 1249-1257.

⁶PEDINIELLI J.L., BERTAGNA P., MONTREUIL M., L'enfant et la maladie somatique : le travail de la maladie, Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1996, 44(1-2), pp. 22-31

⁷BOUQUINET E. et al., Maladie chronique et enfance : image du corps, enjeux psychologiques et alliances thérapeutiques, archives de pédiatrie, n°15, 2008, pp. 462-468.

⁸CICCONE A., Clinique du handicap : fracture dans la transmission, in La Transmission psychique inconsciente, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 2012, pp. 157-197

⁹MAIRESSE A.M., L'enfant diabétique : réactions psychologiques à la maladie chronique, in : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, P. FERRARI et C. EPELBAUM, Flammarion Médecine, coll. Pédiatrie, Paris, 1993, pp. 475-480.