

Communications libres

Président de séance : Professeur G. DARCOURT (Nice)

Troubles fonctionnels et rupture du support social

A. MALCHAIR * (Liège)

SUMMARY :

SOMATOFORM DISORDERS AND LACK OF SOCIAL SUPPORT

Beyond the definition of the somatization disorder as a relationship disorder, the author propounds an hypothesis in which this disorder not only plays a role in the doctor-patient relationship but also re-establishes the lost social support by individualizing the relation between the patient and his own suffering body.

This mechanism is leading close to hypochondriasis but protects against a depression by loneliness.

KEYWORDS : Somatoform disorders - Social support - Doctor-patient relationship - Hypochondriasis.

Cette communication s'inscrit dans le cadre d'un travail plus large entrepris dans le Service de Psychologie Médicale du Professeur LUMINET, de Liège, où nous étudions une population présentant des troubles somatoformes (selon la classification DSM III (1) et dans laquelle nous recherchons une rupture de support social ainsi qu'une évaluation des facteurs de personnalité. Nous voudrions ainsi établir sur une base quantifiée une éventuelle corrélation entre ce type d'agression sociale, certains éléments de personnalité et une réponse de type somatoforme.

Plus précisément, je vous proposerai aujourd'hui de réfléchir à une hypothèse de relation entre la rupture du support social et le développement de troubles fonctionnels. Pour cela, nous avons choisi de partir de l'approche des troubles fonctionnels qu'a proposée le Docteur Michel SAPIR (2) parce qu'elle nous paraît convaincante. Pour lui, le trouble fonctionnel est envisagé dans sa dimension relationnelle, dans sa dimension d'appel et de recherche de la reconnaissance, "plainte et espoir". Il réconcilie les approches psycho- et socio-génétiques en présentant les troubles fonctionnels comme une réponse individuelle, notamment à diverses modalités d'agression sociale, qu'il s'agisse par exemple de chômage, d'immigration ou de rupture conjugale (3).

Dans ce contexte, je voudrais isoler un sous-groupe par lequel le trouble fonctionnel aurait une signification toutefois un peu différente qui sera détaillée plus avant, et cela dans une situation d'agression sociale définie, la rupture du support social. Certes, cette agression n'est pas spécifique, et il existe de multiples formes de telles ruptures ; l'important nous paraît plutôt en être le résultat, c'est-à-dire la charge symbolique commune à divers événements de vie, avec le développement consécutif d'un sentiment de solitude.

Si vous le permettez, je rappellerai brièvement quelques définitions relevant de l'approche socio-génétique (SCHAEFER, 4). Si le réseau social est pour un individu l'ensemble de ses relations sociales que l'on pourra plus ou moins mesurer quantitativement, le support social en sera plutôt la disponibilité, le niveau de qualité, ce que l'individu pourrait réellement en retirer. J'emploie à dessein le conditionnel "pourrait" car avoir à sa disposition une structure sociale large (le réseau) et de bonne qualité (le support) ne signifie pas qu'on l'utilisera dans les faits, ne signifie même pas qu'on s'en rendra compte. De la sorte, on parlera de support social perçu pour réintroduire cette dimension personnelle et subjective. Il n'en reste pas moins que de nombreuses situations objectives peuvent amener le patient à un état de rupture réelle du support social, comme nous l'indiquons également en 1984, au Congrès de Toulouse, Jors

d'une communication sur les problèmes posés au médecin par l'absence d'entourage (5).

Dans cette perspective, le trouble fonctionnel ne serait pas seulement le mode d'expression d'un malaise et l'appel au secours qui en résulte, malaise et appel ne pouvant être dits mais seulement inscrits dans le fonctionnement somatique ; le trouble fonctionnel pourrait être en outre un véritable mode de rééquilibration du réseau social défaillant, où l'organe "malade" ne prendrait pas — pas seulement — la place du mot manquant, du verbe impossible, mais celle de l'Autre manquant, de l'interlocuteur, du partenaire, celui vis-à-vis de qui la vie prend son sens. Cet organe fonctionnant mal ne serait pas seulement un moyen de relation avec le nouvel Autre qui serait en l'occurrence le médecin, mais plus directement, un interlocuteur "à part entière" qu'on aurait toujours avec soi, un organe-compagnon (G. DARCOURT).

Ainsi, la remarquable chronicité des troubles fonctionnels ne serait pas seulement liée à la persistance du désir relationnel avec le médecin, persistance si difficilement contournable, mais elle serait due à l'établissement, pathologique certes, d'un nouveau fonctionnement à deux, le patient et son corps malade, que le médecin serait chargé d'authentifier sans bien entendu être autorisé à intervenir vraiment. De ce point de vue, la réponse caricaturale du médecin organicien "Vous n'avez rien, c'est nerveux", est évidemment grave, car non seulement il ne reconnaît pas la souffrance du patient, mais il nie son effort de recompensation et de restructuration.

C'est bien de cela qu'il s'agit : le trouble fonctionnel ne serait pas qu'une décompensation suite à une blessure non métabolisable et non verbalisable qui devrait s'exprimer dans le soma, mais il pourrait parfois être un palier d'arrêt dans la décompensation, un effort de restructuration antidépressive, face à une angoissante situation de solitude.

Nous sommes partis avec SAPIR du rejet d'une définition négative, le fonctionnel défini comme ce qui n'est pas organique, ce qui ne fonctionne pas bien sans raison corporelle décelable. Mais la connotation négative persiste lorsqu'il dit (2) : "ce qui ne peut s'exprimer ni en gestes, ni en cris, ni même en paroles retentit dans tout le soma", délimitant donc le champ des troubles fonctionnels dans le cadre de l'appel au secours non verbalisable, ce qui est parfaitement observé pour un grand nombre de patients ; il me semble toutefois que pour certains d'entre eux, il est possible de dépasser cette seconde définition négative, en supposant que le symptôme fonctionnel, aussi diffus soit-il, rassure le patient sur

* Docteur Alain MALCHAIR, Neuropsychiatre, Assistant dans le Service de Psychologie Médicale et de Psychiatrie Dynamique (Professeur D. LUMINET), Université de Liège, 153, boulevard de la Constitution, 4020 LIÈGE.

Tirés à part : A. MALCHAIR, adresse ci-dessus.

son existence : lui qui ne se sent plus exister pour personne, dans cette situation de rupture sociale, existe au moins pour ce corps souffrant qu'il va promener de médecin en médecin, non tant pour établir une relation avec eux, que pour les prendre à témoin de l'utilité de sa vie, du sens de sa vie, soigner son corps. C'est là que l'on retrouve cette dimension de protection contre la dépression déjà évoquée tout à l'heure. C'est là aussi, il faut le préciser, que l'on approche de l'hypocondrie, avec ce repli narcissique et cette régression libidinale évoquée par FREUD (6), sans aller toutefois jusqu'à la décompensation psychotique ; cet investissement du corps malade évoque une hypocondrie que, dans une perspective structurale du type de celle proposée par BERGERET, l'on pourrait situer au-delà de la psychose, comme une défense contre la dépression limite : "Les frustrations narcissiques... ont conduit aux plaintes et aux angoisses personnelles en même temps que cette véritable érotisation du corps propre se déroule sur un plan extrêmement masochique. Les sentiments de grande agressivité à l'égard des autres (ressentiments comme frustrants) sont vite retournés contre le sujet lui-même en punition interne d'une part, et d'autre part, du même coup, en réclamation et en punition également dirigées vers les autres" (7).

Je voudrais à présent terminer par deux exemples, d'histoire et de statut bien différents mais présentant ou ayant présenté chacun de sérieux problèmes fonctionnels.

La première histoire est celle, fort classique, d'un patient immigré de 46 ans qui commence sa vie par des problèmes d'intégration dont il n'est guère responsable : né en 1940 en Tunisie, alors colonie française, de parents italiens qui refusaient de l'inscrire sur les registres français, il est resté plusieurs années sans nationalité légale. Père décédé tôt, famille nombreuse, guère de scolarité, sont autant de caractéristiques de son enfance. Il suit sa mère en Italie puis émigre en Belgique il y a 30 ans, et il va y réussir sa vie comme ouvrier spécialisé pendant une vingtaine d'années, jusqu'à ce que son usine le licencie pour motif économique à la fin des années 1970. Dans notre perspective, son évolution s'arrête là, avec une rupture du support social à la fois réelle et subjective : il ne fréquente plus ses ex-collègues, n'a plus d'amis, ne sort jamais, et est en dispute avec toute sa famille sauf sa femme et ses enfants, mais ceux-là ne comptent pas : ils sont totalement disqualifiés dans son discours où ils n'existent que comme charge supplémentaire. Il se vit absolument seul face à l'existence, seul et malade. C'est là que la banalité de cette histoire ne doit pas en masquer le côté intolérable : ce patient est occupé tous les jours par sa maladie, il n'a jamais une minute à lui, dit-il en s'en plaignant, tant il passe d'exams et de visites, et tant il reçoit de soins : depuis au moins 2 ans, il est suivi en physiothérapie 3 à 4 fois par semaine pour ses douleurs vertébrales, de la base du crâne au sacrum : ses plaintes gastro-entérologiques sont innombrables de l'œsophage à l'anus, etc. A chaque fois, les examens décèlent de petites anomalies qui justifient d'autres examens redevenus normaux. On ironise souvent sur les "malades professionnels" ; celui-là en est un : il est aussi occupé que s'il travaillait, car il faut tenir compte des "à-côtés" ; avec tant de soins, il y a de fréquentes erreurs de tarification, d'où de nouvelles démarches administratives... On ironise souvent en effet, et l'on a tort, car ce cas est dramatique ; il se bat en permanence pour garder un statut narcissiquement acceptable, et son corps malade n'est pas qu'un moyen de reconnaissance, c'est l'autre lui-même qui le fait vivre, cette partie de lui qu'il a littéralement autonomisée pour y mettre d'une part le sens de sa vie, d'autre part tous les torts de la société à son égard ; enfin, ce

corps malade triomphe là où il a été brisé, puisqu'il met cette société en échec tant médicalement que socialement, et cela fut-ce au prix de ces souffrances. Dramatique, indiquais-je, parce que la dépression est là, toute proche, et qu'elle affleure parfois, en contrepoint inquiétant des entretiens où il m'assure avoir "bon moral" au milieu de ses plaintes. Cela arrive lorsqu'il est mis en péril socialement, sur le plan financier notamment, et que son corps est saturé de souffrances : il énumère alors les examens qu'il a passés, les soins subis, et c'est un peu comme s'il disait : "voilà que ce n'est pas suffisant, on me réclame encore ceci ou cela" ; il pleure alors, et n'a plus que son passé de travailleur courageux pour se sauver du désastre narcissique.

L'autre patient me permettra d'envisager le même problème sans l'aspect chronique, car il ne s'agit ici que de moments de décompensation réversible. En le considérant brièvement, cet homme de 38 ans peut être diagnostiqué comme état limite non rigidifié sur le plan caractériel, avec une forte composante narcissique. Il a été hospitalisé dans notre service en 1983 en décompensation pré-psychotique avec des thèmes de type paranoïaque, suite à un "autolicensing" (il avait fui son emploi juste avant d'être convoqué chez son patron suite à des problèmes professionnels). Je l'ai suivi en psychothérapie pendant un an sans trop de difficultés : il avait retrouvé un emploi et arrêté notre travail au moment où il s'est mis en ménage. Il est revenu consulter au début de cette année, ayant quitté son amie depuis plusieurs mois, et son boulot depuis quelques jours, complètement seul, très anxieux mais pas déprimé, avec de grosses plaintes somatiques (essentiellement des douleurs dorsolombaires et gastriques). Je ne détaillerai pas le problème de ces plaintes qui ont disparu après quelques mois, mais je souhaiterais épingler le fait de leur rechute qui a duré une semaine, pour mettre en évidence la relation entre un brusque vécu de solitude et ces troubles fonctionnels, ainsi que leur possible qualité antidépressive. Il se fait qu'il a été vertement mis à la porte de chez un ami, par la compagne de celui-ci, avec de violents reproches, de telle sorte qu'il a perdu cet ami alors qu'il en a bien peu. Il s'est ainsi trouvé désorienté, avec un profond sentiment de solitude et d'abandon, et dès le lendemain, tous ses troubles somatiques réapparaissent. A cela s'ajoute dans la relation psychothérapique une autre dimension d'"abandon" : il dormait très mal après cette dispute et m'a reproché le fait de ne jamais rien lui prescrire, notamment des somnifères, en insistant sur l'insuffisance de la psychothérapie dans son niveau stricte-ment verbal. En fait, ses troubles fonctionnels avaient disparu la veille de la séance. Je voudrais ici insister sur l'absence de tout affect dépressif explicite dans son discours : il y avait de l'agressivité, de la revendication, de l'anxiété, mais pas la moindre tristesse d'avoir perdu son ami, pas le moindre souci face aux reproches pourtant percutants ; alors que tout semble nous dire qu'il a fait un épisode dépressif, lui ne paraît pas l'avoir vécu, ayant retrouvé dans son corps malade une défense contre un tel mouvement dépressif d'abandon.

Deux mots pour conclure : le trouble fonctionnel est certainement un trouble relationnel. Au-delà de la relation médecin-malade qu'il médiatise indiscutablement, le corps malade induirait chez certains une autre relation, celle du patient à lui-même, cet autre lui-même qui souffre, et ce mécanisme lui permettrait, comme défense contre une dépression pouvant être grave, de restaurer un réseau social défaillant, de colmater son angoisse d'abandon, et de stabiliser ainsi son narcissisme blessé, fut-ce au prix d'une importante focalisation hypocondriaque.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association - **DSM III**.
Traduction française.
1985, Masson, Paris.
2. SAPIR M. - **Soignant-soigné : le corps à corps**.
1985, Payot, Paris.
3. SAPIR M. - **Nous sommes tous des psychosomatiques**.
1986, Dunod, Paris.
4. SCHAEFER C., COYNE J.-C., LARAZUS R.-S. - **The Health-Related Functions of Social Support**.
Journal of Behavioral Medicine, 1981, 4, 4 : 381-406.
5. MALCHAIR A., LISIN P., BERTRAND J. - **Le médecin, le malade et l'absence d'entourage**.
Psychologie Médicale, 1985, 17, 6 : 719-721.
6. FREUD S. - **Pour introduire le narcissisme**.
In : La vie sexuelle.
1969, PUF, Paris.
7. BERGERET J. - **La dépression et les états-limites**.
1984, Payot, Paris.

RÉSUMÉ : Partant de la définition du trouble fonctionnel comme trouble de la relation, l'auteur propose l'hypothèse selon laquelle ce trouble ne médiatise pas seulement la relation médecin-malade, mais restaure le support social défaillant en autonomisant la relation du patient à son propre corps souffrant. Ce mécanisme peut être proche de l'hypocondrie mais protège d'une dépression par solitude et sentiment d'abandon.

MOTS-CLÉS : Troubles somatoformes - Support social - Relation médecin-malade - Hypocondrie.