

Introduction à la psychosomatique

Définitions

"Le champ psychosomatique recouvre les maladies physiques dont le déterminisme et l'évolution reconnaissent le rôle de facteurs psychiques ou conflictuels."

In L'enfant psychosomatique. Léon Kreisler

La réalité physique est authentique.

"Les maladies psychosomatiques sont caractérisées par une désorganisation somatique passagère ou permanente dont la genèse ou le développement comporte un déterminisme d'ordre psychologique, soit actuel soit d'ordre régressif, qui met en évidence des organisations psychobiologiques précoces."

In Manuel de psychiatrie de l'enfant. J de Ajuriaguerra.

La psychosomatique est le mode de fonctionnement normal de l'individu : elle remet en relation le soma et la psyché.

Historique rapide

1918 : apparition du terme de "psychosomatique" en tant qu'adjectif : adjonction de deux termes psycho et soma.

1920-1930 : Alexander crée à Chicago "the Chicago's seven" :

☞ asthme

☞ ulcère gastroduodéal

☞ rectocolite hémorragique

☞ eczéma

☞ hyperthyroïdie

☞ polyarthrite rhumatoïde

☞ hypertension artérielle.

Ces sept maladies sont au départ considérées comme les seules maladies psychosomatiques.

Aujourd'hui : "psychosomatique" est un substantif : on parle de "la psychosomatique".

L'École psychosomatique de Paris (Pierre MARTY)

Théorie en rapport avec le développement normal de la personne, ici théorie concernant les adultes psychosomatiques.

Chez Pierre Marty, c'est le plus souvent une défaillance du **préconscient** qui est en jeu dans le symptôme à expression somatique.

Le Préconscient : matelas entre les pulsions et la conscience, ou filtre. Il permet une série d'associations qui vont transformer la pulsion et la rendre exprimable.

La psychosomatique est ainsi définie comme un défaut de **mentalisation**.

La mentalisation étant la capacité à discerner, à faire face et à élaborer des conflits internes et interpersonnels. Elle permet de faire appel à des représentations. Ainsi, lorsque nous devons faire face à une perte, au début il y a une sidération, puis on fait appel à des représentations, à des images psychiques dans le préconscient.

La carence de représentations entraîne un surinvestissement de l'agir, c'est-à-dire comportement vide de sens.

Les patients psychosomatiques ne peuvent penser leur symptôme en terme de sens, d'affect. C'est pourquoi, on dit que ces patients fonctionnent selon le mode de **pensée opératoire**.

La pensée opératoire est définie comme un vide psychique, résultat d'une défaillance mentale et d'une incapacité à intégrer les tensions pulsionnelles par le fantasme et le rêve ponctué par le factuel.

Le fonctionnement opératoire est défini en ces termes :

- Prééminence des troubles somatiques vécus comme découplés de la vie du sujet.
- Absence de tout syndrome névrotique.
- Suradaptation sociale, à la réalité.
- Prédominance dans le discours d'éléments factuels.
- Inhibition fantasmatique de base.
- Relation blanche avec le thérapeute : discours désaffecté, technicien.

A. Hystérie et psychosomatique

L'école psychosomatique est née de la critique du modèle hystérique par certains cliniciens..

Selon la psychanalyse, au cours du développement de la personne, celle-ci traverse différents stades de développement (oral, anal, phallique, génital), avec de plus ou moins grandes fixations – éléments nodaux auxquels le sujet reste attaché -.

P. Marty rejoint cette théorie et parle en plus de **situation de traumatisme** qui entraîne une régression vers le stade où la personne a laissé le plus de fixations. Ce qui permet au sujet de ne pas régresser trop loin (métaphore de l'alpiniste).

Quand un symptôme névrotique corporel s'installe, il correspond à la réactualisation d'un point de fixation psychique mentalisable.

Inversement un symptôme psychosomatique met au jour un **point de fixation corporel** « muet » où « s'est fixé l'expérience vécue traumatique au moment où l'enfant faisait corps avec son corps. »

Plus les points de fixation appartiennent à un stade tardif, moins les fixations seront archaïques et moins il y aura somatisation car il y aura mentalisation.

Si le trouble hystérique, selon Freud, est l'expression d'un conflit, le trouble psychosomatique est, en revanche, la conséquence somatique d'affects et de pulsions réprimées.

Selon l'École de Paris :

- dans l'hystérie – névrose qui se traduit par des symptômes corporels – le corps parle
- dans la maladie psychosomatique, le symptôme est « bête » c'est-à-dire sans signification. Le corps est une victime.

Si le premier parle avec sa chair, l'autre souffre dans sa chair.

L'encoprésie

Définition

Trouble de la fonction de l'élimination qui correspond à des « émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés, qu'elles soient volontaires ou délibérées. Le comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins trois mois, et est indépendant de causes physiologiques ou organiques ».

L'âge de diagnostic possible se situe entre trois et quatre ans en fonction des définitions.

Il existe deux types d'encoprésie :

- encoprésie avec constipation et incontinence par débordement (cf. cas Alexandre)
- encoprésie sans constipation ni incontinence par débordement.

L'encoprésie peut être primaire ou secondaire, dans tous les milieux sociaux, mais on constate qu'elle est majoritairement secondaire.

L'encoprésie est un symptôme en soi, qui n'est pas signe d'une pathologie physique ou mentale. Ce n'est pas un comportement psychotique.

On peut trouver l'existence de comportement encoprétiq ue qui sont associés à une pathologie.

Historique

1926 : apparition du terme encoprésie.

A partir de 1882, ce sont des pédiatres qui se sont intéressés à ce symptôme. On observe que les soins qu'ils utilisent alors sont de type placebo et sont efficaces.

A cette époque, les pédiatres ont mis en relation les effets des troubles organiques avec cette incontinence infantile, sans faire de lien avec les théories psychanalytiques. Ainsi, on constate jusqu'en 1970, un clivage entre ces deux disciplines, montrant ainsi le clivage psyché/soma.

Fondations psychanalytiques.

Différents éléments issus des travaux d'auteurs permettent de comprendre le symptôme de l'encoprésie.

L'objet excrémental est à la fois **narcissique et objectal** et donc décisif pour l'enfant dans sa négociation, avec lui-même et son environnement, de ses investissements narcissiques et objectaux.

Stade oral

Au stade oral, il y a prédominance du plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène orale (suçotement) donc narcissique. L'enfant n'a pas encore intégré la différenciation soi/non soi, intérieur/extérieur.

Le stade oral est caractérisé par une symbiose entre la mère et son enfant, ils ont une « peau commune ». La bonne qualité relationnelle va dépendre des soins de nourrissage. Par l'incorporation du bon objet (du bon lait), l'enfant accède pour la première fois à

l'intériorisation. Pour maintenir l'homéostasie, l'enfant doit trouver un équilibre entre l'auto-érotisme et la relation d'objet.

Le père, par sa présence, va entraîner le mouvement vers le sevrage. Ainsi, une distance se crée entre la mère et l'enfant et elle amène à une autonomie de l'enfant et des parents.

Toute la difficulté demeure dans le fait pour les parents de trouver la bonne distance entre une éducation ultra rigide où les parents ne laissent pas la liberté à l'enfant de devenir autonome et une éducation anarchique où l'enfant ne se sent pas sécurisé et étayé lorsqu'il a des échecs. D'où l'importance, dans l'acquisition de la propreté, de la négociation parents/enfant.

Stade anal.

Comme le stade oral, le stade anal est marqué par l'investissement d'un objet partiel. Il fait suite (en théorie) au sevrage. Il est simultanément aux acquisitions motrices (marche) et aux apprentissages de la communication (le « je » et le « non »).

La rétention des matières fécales peut agir pour l'enfant comme un autoérotisme.

En effet, à ce moment du développement, l'enfant a le choix entre la masturbation de la zone anale c'est-à-dire se faire plaisir à soi (narcissisme) ou faire plaisir à son entourage c'est-à-dire choisir la propreté (ce qui renvoie à une relation d'objet). La défécation apparaît donc comme étant un pont entre amour objectal et narcissisme. Lors du stade anal, l'enfant est dominé par la pulsion d'emprise : c'est pour lui une question de pouvoir. Dans quel sens va-t-il alors l'utiliser ? Pour se faire plaisir à soi ou pour faire plaisir à l'autre ?

On ne peut aborder la question des fèces d'un enfant sans en aborder la signification symbolique de don qu'il a pour l'enfant. Une mère qui ne va pas penser à ce que signifie pour son enfant d'être propre ou non va être dans une pensée de type opératoire.

De plus, les fèces sont pour l'enfant une partie interne dont il doit se séparer. La question de que faire de quelque chose de soi se pose : c'est une négociation intra-psychique et sociale qui intervient en terme de soi /non-soi, dedans/dehors, contenant/contenu, conscient/inconscient.

Le sevrage et la fin du stade oral permettent une différenciation entre le soi et le non-soi tandis qu'au stade anal, l'enfant prend conscience qu'une partie de lui-même (objet fécal) peut sortir à l'extérieur (différenciation entre contenant et contenu) sans angoisse de morcellement si tout se passe bien.

La distinction apportée par K. Abraham des deux phases du stade sadique-anal donne un élément supplémentaire pour distinguer la psychose (relation d'objet expulsée et perdue : morcellement) et de la névrose (la relation d'objet est contrôlée).

En cas de conflit psychique ou de carences de soin, des fixations peuvent se créer au cours du développement. Les fixations sont des modes d'inscription des contenus représentatifs auxquels la pulsion reste liée et qui persistent dans l'inconscient de façon inaltérée.

Freud envisage deux types de fixations :

- les unes vont bloquer le développement et empêcher le passage au stade suivant
- les autres vont entraîner des régressions au stade où il y a eu carence ou trauma lors d'un événement traumatique.

Nous rappelons que pour les psychosomaticiens, les fixations qui entraînent régression et désorganisation permettent un rééquilibrage homéostatique à l'origine d'une potentielle reconstruction.

Selon Ferenczi, la propreté est le premier organisateur de la vie adulte par son mouvement civilisateur. A partir de ce moment là, l'enfant peut s'engager dans un commerce

relationnel et identificatoire. Winnicott parle de l'importance de l'illusion première de la symbiose donnée par la mère qui donne ainsi accès à l'enfant au principe de plaisir. L'accès au principe de réalité va se faire par une désillusion provoquée par la mère : le sevrage. Sa mise en place progressive permet la construction d'un espace transitionnel. Ceci va entraîner chez l'enfant la constitution de son propre espace psychique. Ainsi, la propreté d'un enfant est en relation avec la façon dont s'est déroulé le sevrage.

Anna Freud insiste sur l'importance des relations avec l'environnement dans le développement de l'enfant.

L'encoprésie d'un point de vue médical

Il s'agit d'une constipation fonctionnelle, avec des douleurs anales liées à des lésions mécaniques.

La rétention est plus ou moins consciente. C'est une des dimensions psychologiques du symptôme et la conscience joue souvent un rôle d'interface entre les registres somatiques et psychiques.

Le fonctionnement normal de la défécation se caractérise par l'impulsion qui vient remplir le vide et qui crée la sensation de besoin d'exonérer. C'est un processus actif.

La vision organiciste insiste sur le cercle : rétention/constipation/douleurs.

Au niveau médical, deux approches possibles, approches d'ailleurs non incompatibles entre elles : - traiter la constipation par des médicaments

- la guidance : explication, pédagogie, apprentissage de la contraction et de la relaxation.

L'encoprésie, c'est la sensation de besoin qui disparaît, ou alors elle peut être l'expression d'un besoin masochique par la perversion de l'auto-érotisme : « j'utilise mon envie de déféquer pour mon auto-érotisme. » C'est là que commence « l'addiction ».

Classification

Entre névrose et psychosomatique, le point commun est la difficulté face à la castration et à la perte c'est-à-dire face à la position dépressive. Dans la névrose, la position dépressive est évitée et le symptôme somatique est utilisé comme auto érotisme alors que dans la psychosomatique, la position dépressive est déniée et le symptôme est auto calmant (sans plaisir).

<i>Encoprésie : repères structuraux</i>		
Structures	Éléments psychopathologiques	Typologie
<u>Réactionnelle</u>	Trouble réactionnel suite à un évènement : encoprésie transitoire	
<u>Polarité névrotique</u>	<p><u>Symptôme</u> : message source de bénéfices secondaires auto-érotique.</p> <p><u>Points de fixations</u> : psychiques</p> <p>expression du symptôme contextualisée</p> <p>Symptôme porteur d'un sens virtuellement ouvert à l'interprétation</p>	<p>a) conversion anale (hystérie d'angoisse) : le corps parle. Mécanisme phobique sépare l'affect de la représentation des fèces.</p> <p>b) névrose obsessionnelle organisée : la pensée parle, elle est plus érotisée que les fèces.</p>
<u>Mixte</u>	<p>Trouble névrotique à risque psychosomatique (défaut discontinu de mentalisation).</p> <p>Symptôme : objet d'une subversion érotique (perverse), menace de dérive vers une perversion auto-calmante.</p> <p><u>Points de fixations</u> : sensori-moteur.</p> <p>Symptôme non directement symbolisable : résistant à l'interprétation.</p> <p>Possibilité d'une composante dépressive</p>	<p>a) tentative d'organisation hystérique</p> <p>b) tentative d'organisation obsessionnelle.</p>
<u>Polarité psychosomatique</u>	<p>Trouble psychosomatique (défaut constant de mentalisation).</p> <p>Subversion auto-calmante.</p> <p><u>Points de fixations</u> : somatique</p> <p>Symptôme non symbolisable : étanche à l'interprétation.</p> <p>Composante dépressive importante.</p>	Peut s'intégrer dans un trouble de la personnalité.
<u>Troubles sphinctériens et psychose</u>	Mentalisation, relation d'objet et points de fixation archaïques	<p>a) encoprésie et psychose : probables angoisses de vidage anéantissant</p> <p>b) incontinence psychotique : le corps n'est pas investi comme contenant.</p>

L'encoprésie en terme de dysfonctionnement développemental

Face à une encoprésie, on peut élaborer l'hypothèse d'un triple dysfonctionnement :

→ Dysfonctionnement relationnel.

C'est un symptôme essentiellement interactif incluant mère, enfant et famille. Ici, il y a une défaillance dans le processus d'illusion / désillusionnement. L'autonomie de l'enfant est gênée sur les plans comportementaux, affectifs et fantasmatiques.

→ Dysfonctionnement parental.

L'encoprésie de l'enfant a une composante intergénérationnelle, c'est pourquoi il est important de s'intéresser à la façon dont les parents ont acquis la propreté et traversé les phases orale et anale. Le vécu de leur propre développement a pu entraîner chez les parents une faille narcissique, qui peut être réactualisée par le symptôme encoprétique de leur enfant.

→ Dysfonctionnement de l'enfant.

La présence d'un symptôme encopréatique peut montrer un choix inconscient de l'enfant pour l'attitude narcissique au lieu du choix de l'équilibre entre relation d'objet et narcissisme.

Les frustrations engendrées par un défaut de la relation d'objet sont compensées par des activités autoérotiques (autosuffisance et toute puissance). De plus, la défécation peut être vécue comme une perte d'objet, investi comme objet d'amour. L'enfant considère ses fèces comme partie constituante de lui-même et ne peut donc s'en séparer. Dans cette optique, la nature et l'intensité de l'angoisse en présence chez l'enfant encopréatique seront de bons indices cliniques pour évaluer sa maturation objectale et la qualité de son attachement. L'intériorisation d'un mauvais objet va entraîner une mutation du fèces qui n'est plus perçu comme un cadeau mais comme une arme. L'enfant ne veut donc pas expulser cette "arme" de peur d'agresser ses parents : culpabilité.

Le symptôme va être source de souffrance, d'humiliation de l'enfant "rebelle" à l'ordre établi, et cela va éventuellement lui apporter des bénéfices secondaires masochiques.

Approche bifocale.

Une consultation gastro-pédiatrique n'est pas constituée que des examens médicaux (visant à exclure toute cause organique et toute complication éventuelle) et des soins médicamenteux (destinés à atténuer la douleur). Elle s'enrichit par une approche psychologique et pédagogique. Afin de compenser la pensée opératoire du patient et de sa famille, le gastro-pédiatre peut par l'intermédiaire de schémas personnalisés et une attitude déculpabilisante chercher à amener le patient vers la mise en mots et en affects du symptôme.

Le psychologue va intervenir soit indirectement (par des rapports réguliers avec le gastro-pédiatre) soit directement (sur orientation du somaticien) dans la prise en charge du patient encopréatique.

Le choix d'une orientation psychologique n'est pas obligatoire et va dépendre des hypothèses interprétatives dégagées lors des premiers entretiens ainsi que de la réactivité de l'enfant et de sa famille face à ces hypothèses. La proposition de consultation psychologique doit se faire au cas par cas en évaluant :

- les défenses des parents (sources possibles de rupture)
- la relation transférentielle qui s'est créée avec le gastro-pédiatre.

Et enfin, en sachant faire mûrir la demande.

Conclusion

L'ordre sans faille c'est aussi "la stabilité, la mort à long terme. Le désordre, lui, est chargé de vitalité : son pouvoir implique danger" (GAIGNEBET, PERIER : L'homme et le sacré.)

L'encoprésie, qui est un désordre, peut être perçue comme un signe de vie, et comme un tâtonnement pour acquérir l'équilibre. Si la transgression est accompagnée, elle doit être perçue comme bénéfique.