

Les troubles psychosomatiques.

« Emmanuel est un grand gaillard bien bâti. Possédant un bon diplôme universitaire et une fiancée dévouée, il semble avoir à la base tout pour être heureux. Seulement voilà, il a des problèmes de santé aussi étranges qu'handicapants. Un jour sur deux, au bas mot, il est victime de migraines lancinantes qui le clouent au lit et dans le noir complet. A certaines périodes de l'année, il est couvert de la tête aux pieds de plaques rouges et d'éruptions cutanées. Surtout, nous précise-t-il, à l'approche de l'été. Plus grave encore, ces derniers mois sont apparus des épisodes de diarrhées tenaces et virulentes.

Difficile dans ces conditions d'assurer un travail à temps plein ou même de vivre un semblant de vie normale. Pourtant les médecins ne parviennent pas à trouver les causes biochimiques de ses troubles organiques et donc, par voie de conséquences un traitement adapté. »

« Anne est une jeune fille de 24 ans. Elle présente des lésions dermiques (de la peau), qui se situent le plus souvent sur la figure et sur les membres inférieurs et supérieurs, de type eczémateux. Elle gratte furieusement, surtout la nuit, des boursoufflures qui pèlent et saignent de sorte qu'au matin elle est souvent tout à fait défigurée. De nombreux dermatologues ont été consultés mais face à l'absence de résultats des traitements les plus modernes, ils lui ont suggéré, pour la plupart, d'analyser ses difficultés affectives avec un psy.

Anne remarque que ses problèmes de peau semblent avoir remplacé l'asthme dont elle souffrait dans l'enfance et le début de l'adolescence. A l'époque, des examens de laboratoire avaient montré une allergie aux pollens et aux poussières de maison. Tous les essais de désensibilisation sont restés inefficaces. Jusqu'au jour où, subitement, l'asthme disparut. »

« Michaël est un ancien militaire. De toute sa vie, il n'avait pratiquement jamais été malade. Depuis quelques années sa santé s'est brusquement et bizarrement dégradée. Il est atteint d'un trouble peu courant qui transforme son existence en un véritable enfer. Il souffre de douleurs intenses sur plusieurs endroits du corps et des sensations de brûlures insupportables dans le visage. Rien ne les justifie d'un point de vue physique et aucun remède ne semble le soulager. Michaël assure les ressentir jours et nuits et ne pouvoir fermer l'œil à moins d'avoir absorbé des antalgiques et des somnifères de plus en plus puissants. Il déclare également une perte de son acuité visuelle.

Tout a commencé à son retour des opérations militaires du Kosovo. Il n'y a jamais été blessé et ne s'est même jamais retrouvé dans une embuscade ou un tir nourri. Il a par contre assisté à l'accident d'un de ses amis d'enfance qui a marché sur une mine et qui, lui par contre, a perdu une jambe, un œil et a reçu plusieurs dizaines d'éclats de ferrailles qui lui ont déchiquetés les chairs. Pour les professionnels, Michaël ne présente cependant pas de stress post traumatique consécutif à cet évènement. D'autant plus qu'il semble ne pouvoir se rappeler cet accident grave qui invalida son ami. »

Quelques précisions historiques d'importance :

Les troubles psychosomatiques remontent loin, loin, en arrière dans le temps. Ce n'est pas du tout une invention moderne. Les premiers textes qui décrivent des phénomènes de somatisations sans causes organiques décelables remontent à la Haute Egypte deux siècles avant JC. On y retrouve notamment la description de la célèbre boule dans la gorge que l'on rencontre encore dans la spasmophilie de notre époque.

Le terme employé, dès l'antiquité, pour qualifier l'essentiel de ces manifestations est le terme d'hystérie. Dérivé du mot grec « hystera » signifiant utérus. Les Egyptiens et à leur suite les Grecs attribuent une partie des plaintes somatiques à une position aberrante de l'utérus tandis que les autres troubles sont expliqués par la théorie des humeurs. Il y aurait une homéostasie des humeurs dans le corps. Un excès de l'une d'entre elles, ou une insuffisance ou un déséquilibre de l'ensemble engendrerait des dysfonctionnements somatiques. Ces concepts, bien que naïfs, ne sont pas dépourvus d'intérêt et ne sont pas si éloignés de nos conceptions d'aujourd'hui.

Tout cela va néanmoins disparaître avec l'avènement de la chrétienté au Moyen-Âge, pour laquelle la maladie est une punition ou une possession du démon. Une personne malade ne pouvait ainsi être guérie que par l'intervention divine.

C'est la pensée de Descartes qui introduira au XVIII^{ème} siècle le dualisme âme-corps qui se situe malgré tout dans la tradition chrétienne. Cette séparation persistera jusqu'à nos jours. Pour cette raison, le terme psychosomatique semble invoquer une dualité entre l'esprit et le corps alors qu'à l'inverse c'est plutôt la réunion qu'il souhaite apporter.

Evidemment, c'est à Freud et à ses successeurs que l'on doit les avancées les plus importantes concernant la compréhension de ces troubles. Il y aura en premier la découverte de l'inconscient et du concept de conversion (terme que nous expliciterons par après). Le père de la psychosomatique proprement dite s'appelle Franz Alexander, médecin et psychanalyste américain des années 50. Pour Alexander, le trouble psychosomatique apparaît si se présente une triple conjonction de facteurs : un type spécifique de conflit, une prédisposition particulière du corps appelée facteur X et une situation actuelle de conflit. Nous verrons que cette base est toujours d'actualité.

Aujourd'hui, les troubles psychosomatiques :

Le terme psychosomatique renvoie dans la plupart des définitions et modèles à une causalité psychique de la maladie somatique (psychique pouvant être confondu avec système nerveux central, Moi ou inconscient selon les Ecoles) et est utilisé la plupart du temps comme synonyme de somatisation. La mauvaise tendance est de séparer les deux. « Tout est dans la tête », « C'est nerveux » entendons nous parfois. Ce qui sonne à nos oreilles comme : « Imaginaire » ou « Simulation ». En réalité, les phénomènes psychiques et somatiques se déroulent dans le même organisme. Ils ne sont que deux aspects du même processus. Ce qui distingue chacun de ces deux aspects c'est essentiellement le point de vue sous lequel on l'aborde. La souffrance est aussi importante quelle que soit la source et le pilote et la machine ne font qu'un indivisible.

Il faut savoir que nous pouvons tous somatiser. Ce n'est pas réservé à une élite particulière. Cela veut dire qu'un jour ou l'autre, notre psychisme peut déteindre sur notre corps. C'est le cas lorsque, par exemple, une rencontre amoureuse entraîne des palpitations, un souffle court, des frissons ou à l'inverse des bouffées de chaleur. Un oral d'examen déclenche des maux de ventre, une diarrhée, un état de fatigue intense. Par contre, lorsque ces manifestations somatiques deviennent chroniques, indépendantes aux événements, durables et rebelles aux thérapeutiques, nous sommes face à un véritable système de défense et d'expression résultant des traumatismes, des émotions et des conflits psychologiques.

Les (psycho)somatisations, concrètement, comment ça se présente ?

On reconnaît trois mécanismes fondamentaux dans l'expression psychosomatique : la psychosomatisation fonctionnelle, lésionnelle et la conversion. Les deux premiers sont proches et souvent conjugués dans des proportions variables, le troisième mécanisme est plus spécifique.

Les affections fonctionnelles sont, comme son nom l'indique, des perturbations de fonctions. Comme, par exemple, les dérangements gastriques et duodénaux, les difficultés respiratoires, les transpirations soudaines, les tachycardies ou les palpitations, les accès de rougeur ou de pâleur, les nausées, les vertiges, les troubles gynécologiques, les rhumatismes etc. Cela peut être aussi de la spasmophilie qui est un état d'hyperexcitabilité neuromusculaire se manifestant par des spasmes viscéraux, oesophagiens, des crampes, des fourmillements, des douleurs prémenstruelles, musculaires etc. Ou encore de l'hypocondrie. Soit une préoccupation excessive et angoissée sur la santé avec une interprétation erronée et dramatisée de certaines sensations et signes physiques (boutons, rougeurs...) entraînant la crainte et la croyance d'une maladie grave. Usuellement le cancer.

Ces perturbations somatiques ont pour spécificité principale de n'avoir aucune cause organique décelable. Tous les examens sont normaux. Ce sont des troubles généralement réversibles et qui ne laissent pas de traces. Ils sont fréquents et constituent environ 60% des consultations auprès d'un médecin généraliste.

Les affections lésionnelles sont des somatisations pour lesquelles on reconnaît une cause organique décelable mais également des facteurs psychiques favorisant ou déterminant l'apparition et/ou l'évolution de ces affections. Ce sont ce qu'on appelle les « maladies psychosomatiques » avec par exemple les recto-colites hémorragiques, l'ulcère de l'estomac, l'hypertension artérielle, l'asthme bronchique, les lésions cutanées (eczéma, urticaire, prurit, ...), le diabète voire le cancer.

Les psychosomatisations lésionnelles et fonctionnelles ont en commun la particularité d'être labiles et changeantes. Ces troubles peuvent apparaître et disparaître subitement et il est habituel qu'une somatisation en remplace une autre. Des difficultés respiratoires disparaissent pour faire place à une tachycardie puis, une fois que les examens médicaux ont démontré l'intégrité de l'organe, c'est par exemple l'estomac qui prend la relève. L'alternance entre l'asthme et l'eczéma sur le cours d'une vie s'observe très régulièrement. Cela se déplace et persiste donc d'intensité égale jusqu'à ce que le malaise (mal-être) plus profond ne soit reconnu et traité.

Enfin les affections de type conversion. La conversion est la transformation totale d'un conflit psychique ou d'un traumatisme en un symptôme corporel. Les caractéristiques principales de ce phénomène sont le côté impressionnant du symptôme et le refoulement complet du conflit ou de l'évènement qui en est à l'origine. Il y a donc un double emploi. Exprimer la souffrance psychique et tenter l'oubli de ce qui l'a motivé. Les troubles de ce type affectent la motricité, l'équilibre, la sensibilité et la maîtrise consciente et corporelle. Ce sont surtout des paralysies qui peuvent atteindre un bras, une jambe ou plus. Il n'y a aucune atteinte neurologique, d'ailleurs cette sorte de paralysie suit rarement le trajet anatomique. Ce sont aussi les contractures et douleurs ou brûlures violentes que l'on retrouve dans la fibromyalgie. Mais également les aphonies (perte de la voix), les cécités (perte de la vue), les surdités, les syncopes et les convulsions. Les examens ne révèlent aucune altération biologique là non plus.

La spécificité dernière de la conversion est qu'une fois le conflit remémoré, psychiquement et émotionnellement retravaillé, le phénomène s'évanouit et ne revient plus ni sous cette forme ni sous une autre.

Les psychosomatisations, comment ça marche ?

On ne connaît pas encore tous les principes de fonctionnement des phénomènes psychosomatiques. Surtout concernant les aspects biologiques. Cependant, les études et les recherches accomplies ces quinze dernières années ont vérifié certains points qui deviennent dès lors de moins en moins hypothétiques.

Nous savons par exemple que les somatisations ne sont possible qu'en présence d'anxiété (ou d'angoisse) sous-jacente. C'est en quelque sorte la transformation de l'angoisse (ou de l'anxiété) qui fournit l'essence qui fera tourner le moteur de ce phénomène.

Un signal, une alerte est lancée qui va avertir le sujet qu'un danger le menace. Cette menace est liée soit à un désir interdit (pulsion), soit à une perte (angoisse de séparation), soit à un conflit interne, soit à un traumatisme. L'angoisse sera toujours le rappel pour le moi, en fonction d'un danger nouveau, d'une situation de danger ancienne. Ce qui se lie et avertit est donc double, à la fois actuel et rappelant les conflits passés. Le trouble somatisation est ainsi étroitement corrélé aux troubles anxieux.

Il y a donc des événements importants qui auront leur rôle à jouer dans le déclenchement somatique car susceptibles de mobiliser un ou plusieurs facteurs de menace. Ce sont surtout les deuils, les problèmes relationnels, les traumatismes physiques ou psychiques, les conflits entre l'idéal et la réalité, les chocs affectifs ressentis comme des humiliations.

Pour le second mécanisme, celui de la conversion que nous avons vu, quelques précisions : Rappelons d'abord qu'ici le symptôme a toujours une valeur symbolique et qu'il tente de faire oublier un événement vécu. On s'est aperçu que la forme que prenait le symptôme de ce mécanisme était dépendante du milieu culturel du sujet. Par exemple, il y a un siècle la manifestation de conversion la plus répandue était la grande crise nerveuse avec cris et gesticulations. Ce type de crise ne se retrouve de nos jours qu'en Afrique.

En Europe de l'ouest, les symptômes de cette affection se font beaucoup plus discrets. Ce sont surtout les douleurs-brûlures, les syncopes, les troubles de la vue et les malaises convulsifs.

Il n'est donc parfois pas aisé de les reconnaître. D'autant qu'ils sont à présent souvent accompagnés, en parallèle, de symptômes fonctionnels.

Le troisième mécanisme s'explique par une désorganisation voire une régression psychosomatique.

Notons en premier que le corps biologique a une histoire inscrite, au départ, dans ses caractéristiques génétiques. N'est pas malade qui veut et surtout de telle maladie. Pour déclencher un diabète ou même un asthme allergique, il faut a minima posséder le gène qui le permette.

D'une façon générale, le fond somatique s'origine dès avant la naissance, in utero, et se poursuit les années d'après constituant ainsi l'histoire psychosomatique du sujet.

Des éléments comme les particularités individuelles et génétiques, comme les impressions et émotions acquises en relation avec le monde extérieur, et ce au travers de la mère dans un premier temps, quelles que soient d'ailleurs les qualités parfois excellentes des soins maternels, comme encore les frayages somatiques et traumatiques vécus dans cette histoire individuelle, tous ces éléments constitueront des points de fixation dont l'inconscient se servira en cas de décompensation psychosomatique.

En effet, l'équilibre des différentes fonctions, digestives, respiratoires, cardiaques, hépatiques, rénales, cérébrales est porteur de tous les à-coups que ces systèmes ont eu à surmonter, des efforts qui leur ont été demandés, des lésions qu'ils ont subies dans leur fonctionnement quotidien. Il existe ainsi des voies, des frayages, creusés par les vécus répétitifs.

Et donc l'inconscient, lorsqu'une menace réelle ou supposée motive de sa part une réaction défensive, va récupérer et utiliser les faiblesses somatiques qui serviront de prétextes pour

l'expression du malaise. S'il est possible d'utiliser une faiblesse porteuse d'un sens, d'une signification en rapport avec la menace (l'asthme trahit souvent un vécu oppressant et le vomissement le rejet), cette faiblesse sera choisie. Si cela n'est pas possible alors les symptômes somatiques seront dépourvus de sens.

Ainsi un estomac fragilisé subit plus qu'un estomac en bon état l'influence des émotions.

La dépression:

Quelques mots sur la dépression pour terminer cette visite panoramique.

La dépression est habituellement secondaire aux troubles anxieux. Lorsque la victime, usée par la répétition et la rébellion des troubles, perd en quelque sorte son moral positif. Les signes les plus récurrents en sont la fatigue matinale qui s'estompe en fin d'après-midi, rendant les actions quotidiennes difficiles à réaliser et favorisant le repli et l'isolement. A cela s'ajoute une tristesse constante, des troubles de mémoire et d'attention.

Il existe cependant quelques cas de dépressions masquées, les symptômes sont les mêmes que ceux des troubles psychosomatiques, le sujet ne ressent par contre aucune tristesse mais on peut déceler une perte de goûts pour les contacts sociaux, un manque d'intérêt pour les activités, une diminution des aptitudes au plaisir et enfin une absence de projets.

A noter que les baisses subites du moral ainsi que les élans dépressifs, que l'on peut retrouver chez tout un chacun consécutivement par exemple à la météo, aux changements de saisons, aux changements de situations, à la fatigue, aux mauvaises nouvelles, à l'attente infructueuse, au stress prolongé, etc, peuvent, si une organisation anxieuse ou psychosomatique est déjà installée, motiver à eux seuls la réapparition ou le durcissement des symptômes.