



**HAL**  
open science

# La rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant et l'adolescent: Plaidoyer pour une approche psychosomatique associée

Stéphanie Schiele

## ► To cite this version:

Stéphanie Schiele. La rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant et l'adolescent: Plaidoyer pour une approche psychosomatique associée. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01733523

**HAL Id: hal-01733523**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733523>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de  
Médecine Spécialisée

Par

**Stéphanie SCHIELE**

Le 21 AVRIL 2009

**La rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant et  
l'adolescent. Plaidoyer pour une approche  
psychosomatique associée.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur	D. SIBERTIN BLANC	Président
Mme le Professeur	C. VIDAILHET	Juge
M. le Professeur	R. SCHWAN	Juge
M. le Docteur	B. BLANCHARD	Juge
Mme le Docteur	M. FRANCOIS	Juge



**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de  
Médecine Spécialisée

Par

**Stéphanie SCHIELE**

Le 21 AVRIL 2009

**La rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant et  
l'adolescent. Plaidoyer pour une approche  
psychosomatique associée.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur	D. SIBERTIN BLANC	Président
Mme le Professeur	C. VIDAILHET	Juge
M. le Professeur	R. SCHWAN	Juge
M. le Docteur	B. BLANCHARD	Juge
Mme le Docteur	M. FRANCOIS	Juge

**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de  
Médecine Spécialisée

Par

**Stéphanie SCHIELE**

Le 21 AVRIL 2009

**La rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant et  
l'adolescent. Plaidoyer pour une approche  
psychosomatique associée.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur	D. SIBERTIN BLANC	Président
M. le Professeur	R. SCHWAN	Juge
Mme le Professeur	C. VIDAILHET	Juge
M. le Docteur	B. BLANCHARD	Juge
Mme le Docteur	M. FRANCOIS	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

**Assesseurs :**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET – Guy RAUBER – Paul SADOUL  
Raoul SENAULT – Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN  
Emile de LAVERGNE – Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT  
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE  
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ – Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON  
Jacques ROBERT – Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI  
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET – Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE  
Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES – Alain LARCAN – Gérard VAILLANT  
Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER – Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLÈRE – Jacques BORRELLY  
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT  
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER  
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD – Jean-Pierre NICOLAS  
Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE  
Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD – Professeur Guy PETIET

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD



**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –  
Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS  
Monsieur Franck DALIGAULT

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS  
Madame Natalia DE ISLA

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN  
Docteur Jean-Louis ADAM  
Docteur Elisabeth STEYER

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE  
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT  
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS  
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET  
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET  
Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

## **A NOTRE MAITRE, PRESIDENT DE THESE,**

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,  
Professeur de pédopsychiatrie.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre soutien.

Durant notre internat, nous avons pu bénéficier de la richesse de votre enseignement et de vos qualités en matière de pédagogie.

Lors de vos séminaires, vous nous avez fait partager votre passion et dévouement pour votre travail auprès des enfants et des adolescents.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE,**

Madame le Professeur Colette Vidailhet,  
professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

A l'occasion de la thèse d'un confrère où vous étiez juge, nous avons eu l'occasion d'apprécier votre sens clinique, votre pertinence, et votre expérience en pédopsychiatrie.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE,**

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN,  
Professeur de Psychiatrie de l'adulte .

Nous vous remercions infiniment pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Pendant notre internat, nous avons passé un semestre dans votre service. Nous avons pu apprécier votre sens clinique, votre rigueur et votre expérience dans une ambiance chaleureuse.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.

## **A NOTRE JUGE,**

Monsieur le Docteur Bernard BLANCHARD,  
Pédopsychiatre, praticien hospitalier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu la chance d'effectuer deux stages de pédopsychiatrie dans votre service et d'avoir pu bénéficier de votre expérience clinique.

Nous avons pu apprécier votre rigueur, votre écoute bienveillante et votre enthousiasme auprès des adolescents.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.



## **A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE,**

Madame le docteur Michelle FRANCOIS,  
Docteur en médecine.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions pour vos conseils, aide, idées, soutien tout au long de ce travail.

Durant notre internat, nous avons pu débiter nos stages de pédopsychiatrie à vos côtés. Dans une ambiance chaleureuse, vous avez su éveiller notre intérêt pour la pédopsychiatrie, la psychanalyse et la psychosomatique.

Nous vous remercions pour vos qualités humaines, professionnelles, votre disponibilité, vos conseils précieux.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'attachement que nous vous témoignons.

## REMERCIEMENTS

A mes parents, pour leur amour, leur soutien et leur présence bienveillante durant mes longues années d'études. Sans eux, je ne serai jamais parvenue là où je suis aujourd'hui,

A mon mari Julien, pour son amour,

A mes grands-parents maternels, aujourd'hui décédés, qu'ils reçoivent ici le témoignage de toute mon affection,

A mes grands-parents paternels, pour leur affection,

A ma famille,

A Bérengère et Judith pour leur amitié depuis tant d'années

A Jean Philippe, pour sa bonne humeur, son optimisme, son soutien tout au long de ces longues études.

A Hervé, en souvenir de sa thèse.

A tous les psychiatres qui ont su me faire partager leurs expériences et leurs savoirs,

A Monsieur François KRAUSS, pour sa chaleur, ses conseils précieux, son soutien lors des séances de supervision.

A toute l'équipe du 1<sup>er</sup> secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Metz pour la découverte qu'a été pour moi le travail en pédopsychiatrie grâce à eux.

A toute l'équipe du 2<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Metz pour les apprentissages, les moments partagés avec eux et leur bonne humeur.

A toutes les équipes des services de psychiatrie de Toul, du 4<sup>ème</sup> secteur du centre hospitalier spécialisé de Jury, de la clinique Tivoli de Metz.

## SERMENT

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".*

## TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION .....	19
II.	L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE EN MEDECINE.....	22
A.	Les croyances anciennes selon les auteurs et les civilisations .....	22
1.	Le monde Antique .....	22
2.	Du Moyen-âge au XVIIIème siècle .....	24
B.	Le tournant de la pensée au XIXème siècle .....	25
C.	Les fondements de la médecine psychosomatique.....	27
1.	L'apport de Freud à la psychosomatique.....	27
2.	La naissance de la médecine psychosomatique .....	30
3.	L'école américaine d'Alexander.....	31
4.	La pensée psychosomatique en Allemagne .....	35
5.	L'école Française de Psychosomatique de Pierre Marty .....	36
6.	Quelques modèles psychosomatiques psychanalytiques .....	41
7.	Modèles psychosomatiques non psychanalytiques.....	45
8.	La psychosomatique intégrative au XXI <sup>ème</sup> siècle.....	49
III.	LA PSYCHOSOMATIQUE DE L'ENFANT .....	56
A.	La vie psychique du nouveau-né .....	56
1.	La grossesse et la vie in utero .....	56
2.	Le nouveau-né, être psychosomatique à part entière.....	57
3.	« La préoccupation maternelle primaire », une protection somatique pour le nouveau-né.....	59
4.	Les anomalies de la relation mère-bébé, source de somatisations.....	60
B.	Les facteurs de somatisation chez les enfants .....	62
1.	Les carences.....	63
2.	la dépression maternelle.....	65
3.	Le surplus d'excitation.....	66
4.	Les structures psychosomatiques de l'enfant.....	68
5.	La place de la somatisation dans la classification des structures et l'intérêt de la prise en charge.....	73
IV.	LA RECTOCOLITE ULCEROHEMORRAGIQUE.....	82
A.	Description clinique .....	82
1.	Epidémiologie.....	82
2.	clinique.....	83
3.	examens complémentaires .....	84
4.	Les complications .....	85

5.	Les traitements.....	86
B.	Etiopathogénie de la RCH.....	87
1.	Les facteurs infectieux.....	87
2.	Les facteurs génétiques.....	88
3.	Les facteurs environnementaux.....	89
4.	Les facteurs psychiques : le rôle du stress.....	89
C.	La psychosomatique et la RCH.....	91
1.	Un prévalence plus élevée de troubles psychiatriques chez les patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique.....	91
2.	Les théories psychanalytiques concernant la RCH.....	94
D.	L'importance d'une prise en charge psychiatrique associée au traitement médical et chirurgical.....	100
1.	la psychothérapie d'inspiration analytique : deux études semblent intéressantes	101
2.	Les psychothérapies de soutien : deux études ont pu être retrouvées.....	102
3.	L'hypnose.....	103
4.	Les méthodes de gestion du stress.....	103
5.	Les thérapies cognitivo-comportementales.....	104
6.	L'éducation.....	106
V.	CAS CLINIQUES.....	108
A.	Margot.....	108
B.	Christelle.....	118
VI.	CONCLUSION.....	136

« L'hystérique parle par son corps, le patient psychosomatique souffre dans son corps. Le corps est pour l'hystérique un instrument, il est pour le second une victime. » Léon Kreisler<sup>1</sup>

## I. INTRODUCTION

La médecine psychosomatique est un vaste champ et ses limites sont souvent assez floues. Le terme de maladies psychosomatiques désigne des affections organiques, lésionnelles, dont le déclenchement, l'aggravation ou la récurrence sont liés, entre autres, au fonctionnement psychique de l'individu.

Pour les psychosomaticiens, toute maladie a une composante psychosomatique, de l'eczéma à l'asthme, en passant par l'hypertension artérielle et les maladies auto-immunes. Le terme psychosomatique, inventé par Heinroth en 1818, indique le lien entre le corps et l'esprit.

Il semble admis, de manière empirique, qu'une maladie, même la plus bénigne qui soit, intervient souvent à un moment où l'individu est particulièrement fragilisé, fatigué, surmené ? Un médecin urgentiste ou généraliste, exposé au virus de la grippe et de la gastro-entérite tout l'hiver ne sera pas forcément contaminé. Par contre, à un moment où il se sentira plus fatigué, plus fragilisé par un stress, un deuil, une séparation, il développera une des maladies qu'il côtoyait pourtant au quotidien. Une maladie ne semble jamais arriver par hasard. Elle fait effraction dans la vie du sujet à un moment propice à la somatisation. Ce moment propice est un moment de fragilisation psychique. L'appareil psychique n'arrive plus à faire face à des tensions, des excitations, et cet état de désorganisation psychique fait le lit de la somatisation.

Le type de somatisation diffère bien évidemment en fonction de la gravité de la désorganisation psychique, de la prédisposition d'un individu à développer plutôt un

---

<sup>1</sup> Kreisler L, La psychosomatique de l'enfant, Paris, 1996, 5<sup>ème</sup> édition, édition Puf, 122p.

cancer, une allergie ou une maladie de système, des facteurs génétiques, du type de virus ou de bactéries rencontré.

Pour mettre en exergue l'importance du lien psyché/soma, ce travail s'intéressera de manière privilégiée à la rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant.

Les expériences psychothérapeutiques avec des enfants ou des adolescents atteints de cette pathologie sont rares. Ceux-ci ne formulent pas en général de demande d'aide psychothérapeutique. C'est donc au médecin de famille, au pédiatre ou au médecin hospitalier d'amener l'enfant et sa famille à mûrir une réflexion autour de l'aspect psychologique de sa maladie et à exprimer une demande d'aide. Pour cela, il faut que le médecin chargé de l'enfant, ainsi que sa famille soient convaincus du bien-fondé d'un suivi psychothérapeutique.

Dans un premier temps, nous étudierons à travers ce travail les théories concernant l'approche psychosomatique en médecine . Pour cela, nous retracerons les théories de philosophes comme Hippocrate, Socrate et Platon, qui, à travers leurs premières observations empiriques, ont été les précurseurs de la médecine psychosomatique en contribuant à l'élaboration de ses idées fondatrices. Nous nous intéresserons aux théories de Freud, Heinroth et Groddeck au XIXème siècle et étudierons l'apport des théories d'Alexander aux Etats Unis, de Pierre Marty en France, et à celles de Thure Von Uexküll en Allemagne au XXème siècle . Enfin, nous terminerons par des concepts et études réalisées par des neuroscientifiques concernant les liens entre soma et psyché chez l'adulte.

Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons aux particularités de la psychosomatique chez le nouveau-né et l'enfant et à sa spécificité par rapport à l'adulte. Nous expliquerons à travers les théories de nombreux auteurs tels que Kreissler, Winnicott, pourquoi l'enfant a plus de risques d'utiliser la voie de la somatisation devant des événements douloureux. Nous verrons également comment un développement psychoaffectif harmonieux peut permettre à l'enfant de constituer des défenses suffisamment solides pour le protéger de la somatisation.



La troisième partie sera consacrée à l'étude somatique de la rectocolite ulcérohémorragique à travers des données médicales, ainsi qu'aux hypothèses psychiatriques et psychanalytiques quant à son origine psychosomatique, et enfin aux diverses études déjà réalisées à partir de patients atteints de cette pathologie et ayant bénéficié d'une prise en charge psychiatrique.

Enfin, la dernière partie sera consacrée aux cas exemplaires de deux enfants, chacune ayant développé une rectocolite ulcérohémorragique à l'âge respectif de 2 ans et 7 ans. Elles ont toutes les deux bénéficié d'un traitement médicamenteux. L'une a pu bénéficier d'une prise en charge psychothérapique précoce, l'autre non. Nous émettrons des hypothèses quant aux liens entre les événements de vie et le déclenchement de la maladie. Nous réfléchirons aussi aux effets potentiels de la psychothérapie sur l'évolution des troubles somatiques.

## II. L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE EN MEDECINE

### A. Les croyances anciennes selon les auteurs et les civilisations

#### 1. Le monde Antique

L'interrelation entre le corps et l'esprit est un concept qui, avant de s'inscrire dans le domaine médical, a passionné les philosophes, de la Grèce Antique au XVIIIème siècle. Il existe de nombreuses théories, tentant d'appréhender la mécanique et la puissance de ce lien.

Hippocrate, médecin grec du Vème siècle avant Jésus-Christ reconnu comme le père de l'Histoire de la médecine, a le premier décrit cette relation corps-esprit dans sa théorie des humeurs. Ces humeurs, au nombre de quatre sont le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire et correspondent aux quatre éléments : le feu, l'air, la terre et l'eau <sup>2</sup>

Selon Hippocrate, la prédominance d'une de ces humeurs dans le corps d'un individu va déterminer son tempérament. Les quatre tempéraments principaux qu'il définit sont :

- ✓ le **tempérament bilieux**, qui traduit un caractère anxieux, provient de la bile jaune qui correspond au feu,
- ✓ le **tempérament atrabilaire**, qui traduit un caractère mélancolique, provient de la bile noire qui correspond à la terre,
- ✓ le **tempérament lymphatique**, qui traduit un caractère flegmatique, provient de la lymphe qui correspond à l'eau,
- ✓ le **tempérament sanguin**, qui traduit un caractère jovial et chaleureux, provient du sang qui correspond à l'air.

Hippocrate conçoit la maladie comme la conséquence d'un déséquilibre de ces quatre humeurs à l'intérieur de l'organisme. Lorsque ces quatre humeurs ne sont pas

---

<sup>2</sup> Kamieniecki H., *Histoire de la psychosomatique*, Paris, 1994, édition Puf, 127p.

à l'équilibre, la personne devient malade et le restera jusqu'à ce que l'équilibre soit rétabli.

Hippocrate conçoit les maladies mentales selon le même schéma, à savoir un dérèglement des humeurs au sein du corps de l'individu. Un premier lien est fait entre les affections du corps, et celles de l'esprit ; lorsqu'il déclare :

**« Les maladies qui échappent à l'âme contribuent à dévorer le corps »**

Ces quelques lignes sont extraites du *Corpus Hippocraticum*, œuvre de la fin du Vème siècle avant Jésus-Christ, composée de 72 traités, et qui contient les grands principes de la médecine hippocratique.

Lorsqu'Hippocrate met en évidence un possible lien entre la maladie mentale et la maladie somatique en annonçant,

**« chez le maniaque, si des varices ou hémorroïdes apparaissent, elles suppriment la manie »**

il devient le précurseur des concepts fondateurs de la médecine psychosomatique en mettant en exergue le système de bascule/rééquilibrage entre l'esprit et le corps.

Nous retrouvons également des théories psychosomatiques chez un autre philosophe grec contemporain d'Hippocrate, Socrate. Son disciple, Platon, va fonder une théorie d'interrelation corps-esprit à partir des remarques faites par son maître à son retour de la guerre du Péloponnèse :

**« les Thraces sont en avance sur nous, ils savent que le corps ne peut être guéri si l'on ne soigne pas en même temps l'esprit. »**

Cette théorie, dite de l'immortalité, part du postulat suivant : l'âme est tripartite. Trois niveaux psychiques, du plus élémentaire au plus élevé, coexistent au sein d'un même individu :

- ✓ la **partie inférieure** (nutritive) et la **partie moyenne** (celle des passions) sont toutes deux localisées dans le thorax et l'abdomen,
- ✓ la **partie supérieure** (celle de l'intelligence) est située dans le cerveau.

Selon Platon, la folie apparaît quand l'âme supérieure ne contrôle plus les deux autres.

Suivront ensuite, d'autres précurseurs à travers le monde antique, s'attelant à décrire cette étroite relation entre soma et psyché. Ce sera notamment le cas de Claude Nicon, dit Galien (131-201), médecin grec, au IIème siècle après Jésus-

Christ. Selon lui, les organes possèdent quatre qualités : attractive, altérante, retentrice et expultrice. L'essence de la vie est le pneuma, sorte d'esprit vital. Le corps est l'instrument matériel de l'âme, la santé et la maladie sont soumises à ce principe théologique. Il met en avant le balancement étonnant entre folie et maladie somatique. Il décrit un cas de maladie mentale guérie par une fièvre quarte.

## **2. Du Moyen-âge au XVIIIème siècle**

Il se crée donc, à travers ces différentes théories fondées sur des expériences empiriques, une première prise de conscience de l'importance du lien corps-esprit, et de l'impact somatique des facteurs psychologiques.

Citons en premier lieu la médecine arabo-musulmane, héritière de la médecine grecque Antique et grâce à qui Hippocrate fut découvert en Occident. Citons quelques noms comme Hunayn ibn Ishâk et Al Kindi au 9<sup>ème</sup> siècle, Ibn Sina au 11<sup>ème</sup> siècle, Al Zahrawi au 13<sup>ème</sup> siècle. Très tôt se manifesta chez ces médecins arabes la nécessité de prise en charge conjointe de l'âme et du corps. Ainsi le califat Abasside à l'hôpital d'Alep Al Kindi soignait non seulement le corps par des décoctions de plantes, mais aussi l'âme par l'écoute de musiques savantes et de bruits de jets d'eau.

Durant le Moyen âge, la médecine occidentale, elle, stagne. Les connaissances antérieures sont oubliées. La croyance en l'immortalité de l'âme et le mépris pour le corps humain ne favorisent guère l'esprit de recherche.

Il faudra attendre le XVIIème siècle pour voir des auteurs célèbres s'intéresser à nouveau aux relations entre le corps et l'esprit :

- ✓ **Sydenham** élabore une classification en maladies chroniques et aiguës :
  - les maladies accompagnées de fièvre,
  - les maladies causées par des agents extérieurs,
  - les maladies attribuées aux « passions ».
- ✓ **Descartes**, décrit, lui, le dualisme : le corps est un pur automate et l'âme est un principe immatériel dont l'essence n'est que de penser et qui n'a besoin

d'aucun lieu. Ceci le conduit à distinguer deux médecines, relatées dans son *Traité des passions de l'âme*<sup>3</sup> en 1649 :

- l'une, commune à l'animal et à l'homme, concernant les processus physico-chimiques et physiologiques,
  - la seconde, la médecine humaine, ayant pour objet l'union de la conscience et du corps. Elle tient compte du sentiment, c'est-à-dire du vécu du sujet. Ses théories sont relatées dans son « traité des passions »(1649).
- ✓ **Spinoza** s'oppose totalement à Descartes, en décrivant le monisme (du grec monos, seul). Selon lui, le corps et l'esprit font partie d'une seule et même substance.

Au XVIIIème siècle, les progrès des connaissances scientifiques s'accélèrent. C'est le siècle des Lumières durant lequel sera notamment écrite l'Encyclopédie. À cette époque, Pinel décrit chez un aliéné « l'entier rétablissement de la raison » par la survenue d'un abcès de la parotide.

## **B. Le tournant de la pensée au XIXème siècle**

C'est dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle qu'apparaît le terme « psychosomatique ». On attribue sa paternité au psychiatre allemand Heinroth (1773-1843). Celui-ci s'intéresse au retentissement de la vie émotionnelle sur des maladies comme la tuberculose et le cancer. Il insiste sur la nécessité de considérer chaque individu comme une entité spécifique. Ce nouveau courant médical vise à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine du XIX<sup>ème</sup> siècle des facteurs d'ordre psychiques pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies.

---

<sup>3</sup> Descartes, *Le traité des passions de l'âme*, Paris, 1998, édition Flammarion, 302p.

Esquirol observe que : « souvent l'aliénation se termine par des fièvres continues ou intermittentes ».

Trousseau parle de facteurs émotionnels, intervenant dans le déclenchement de ses propres crises d'asthme.

L'idée d'un système de bascule entre les émotions et le déclenchement des maladies commence à se répandre dans le milieu médical.

À l'école de Nancy, Ambroise Auguste Liébeault utilise le magnétisme pour soigner des malades quelles que soient leurs maladies (arthrite, ulcères, tuberculose) en leur suggérant sous hypnose que leur maladie a disparu. Sa notoriété parvient jusqu'à Bernheim qui, lui, élabore une théorie sur la suggestibilité. L'école de Nancy utilise donc l'hypnose pour traiter diverses affections organiques. L'école de la Salpêtrière, elle, utilise l'hypnose à titre expérimental afin de réduire des paralysies et certains troubles hystériques.

On peut rapprocher ces constatations empiriques des diverses méthodes qui commencent à être employées par la psychiatrie du XIX<sup>ème</sup> siècle et du début du XX<sup>ème</sup> siècle :

- ✓ en 1917, Wagner Jaurreg, inoculant le paludisme à des paralytiques généraux, observe une réduction des troubles psychiatriques,
- ✓ en 1933, Sackel injecte de l'insuline pour traiter des états schizophréniques. La provocation d'états hypoglycémiques avec coma et convulsions, semble avoir un effet favorable sur les symptômes de la schizophrénie.

Ces pratiques que les neuroleptiques ont rendues inutiles reposent sur l'hypothèse qu'une modification majeure apportée à l'état physique d'un schizophrène, peut provoquer une amélioration de son état psychique.

## C. Les fondements de la médecine psychosomatique

### 1. L'apport de Freud à la psychosomatique

L'essor de la psychosomatique moderne est dû en grande partie à Freud grâce à la psychanalyse et la découverte de l'inconscient. Freud s'intéresse en effet au corps et à son langage. En 1855, il commence ses travaux sur l'hystérie en assistant à Paris aux leçons données par Charcot, qui le charge de mener une étude comparative entre les paralysies organiques et hystériques.

Après de longues recherches sur l'hystérie, Freud<sup>4</sup> distingue la conversion hystérique du symptôme psychosomatique. Selon lui, la conversion est la traduction d'un désir refoulé qui s'exprime dans le somatique : c'est l'expression à travers le corps de la symbolique du sujet. La conversion est la transposition d'un conflit sexuel psychique et sa tentative de résolution dans un symptôme moteur (paralysie) ou sensitif (asthénie ou douleurs localisées). Lors d'une conversion, il n'y a pas d'atteinte lésionnelle, il n'y a pas d'organicité. Il est démontré que la paralysie hystérique ne suit pas le trajet d'une racine nerveuse mais une représentation populaire d'un membre. Ainsi, une paralysie du bras droit s'arrête à l'épaule ou au coude dans la crampe de l'écrivain, alors qu'une lésion nerveuse réelle concernerait tout le côté droit, s'inscrivant dans un tableau d'hémiplégie. Ce n'est donc pas le corps réel qui est touché lors d'une conversion. La plupart des conversions ont une signification d'ordre symbolique et touchent des organes de la communication : gorge, membres.

Le symptôme psychosomatique, quant-à-lui, touche bien le corps réel et non le corps imaginaire, il s'agit d'une lésion organique.

En 1886, Freud<sup>5</sup> désigne par le terme de « névroses actuelles », un groupe de pathologies qui comprend la névrose d'angoisse, la neurasthénie et l'hypochondrie et les oppose aux névroses de transfert (phobique, obsessionnelle, hystérique).

Le type d'angoisse est très différent dans ces deux types de névroses :

---

<sup>4</sup> Freud S., *Etude sur l'hystérie*, Paris, 2002, édition Puf, 254p.

<sup>5</sup> Freud S., *Névrose, psychose et perversion*, Paris, 1973, éditions Puf, 320p.

- ✓ dans la **névrose de transfert**, l'angoisse est liée au conflit psychique entre la représentation pulsionnelle et l'instance surmoïque,
- ✓ dans la **névrose actuelle**, l'angoisse est liée à une insuffisance de liaison des chaînes représentatives, c'est-à-dire que l'augmentation de l'excitation entraîne directement l'angoisse.

Ces névroses se différencient par leur mécanisme de lutte contre le déplaisir et la souffrance :

- ✓ dans les psychonévroses ou névroses de transfert, le mécanisme prédominant est le refoulement. Le refoulement se définit comme le mécanisme qui consiste à ne connaître ni ses désirs, ni le conflit, en le repoussant dans l'inconscient,
- ✓ dans les névroses actuelles, le mécanisme de défense est la répression. La répression est l'effacement de l'affect tout en maintenant la représentation neutralisée au niveau du préconscient. La répression se définit par une dissociation entre l'affect éprouvé et l'événement douloureux. C'est l'affect associé à l'événement qui est réprimé. Ceci se retrouve chez les sujets quand ils relatent un événement douloureux de leur vie sans aucun affect. Ils ne sont pas touchés. L'affect a disparu, ils n'y ont plus accès.

Le sujet névrosé aura refoulé le traumatisme et ne pourra se souvenir ni de la représentation du traumatisme, ni de l'affect qui accompagne la représentation. Il y aura retour du refoulé sous forme de rêves, de lapsus. Chez le sujet psychosomatique, la représentation du traumatisme existe, mais l'affect qui l'accompagne a été réprimé. Il n'y a pas de retour possible du refoulé puisque le mécanisme de refoulement a ici échoué.

La répression des affects est un mécanisme qui met en danger la vie psychique car, contrairement au refoulement, il tend à abraser les sentiments. La répression empêche l'excitation de se lier à des chaînes de représentations. Il y a donc accumulation de l'excitation somatique avec empêchement d'élaboration psychique. La répression bloque la représentation dans le préconscient car, si elle arrivait dans l'inconscient, elle risquerait de se lier à des souvenirs d'affects trop douloureux. La représentation, bloquée dans le préconscient, ne se liant à aucun affect de l'inconscient peut rester neutre et revenir au conscient sans déplaisir. Cette stase de



l'affect entraîne une augmentation de la tension d'excitation sans possibilité de dérivation, comme c'est le cas dans le refoulement. Il va alors y avoir une utilisation anormale de cette accumulation d'excitation qui va se décharger soit sous forme d'un accès d'angoisse aiguë, soit à travers une somatisation.

Pour Freud, la répression aboutit aux névroses actuelles :

- ✓ la névrose d'angoisse : type de maladie décrite par Freud et caractérisée par la prédominance d'angoisse (attente anxieuse chronique, accès d'angoisse ou équivalents somatiques de celle-ci.)
- ✓ la neurasthénie: affection décrite par le médecin Georges Beard<sup>6</sup> comportant un tableau clinique centré sur une fatigue physique d'origine nerveuse et comprenant des symptômes des registres les plus divers. Freud décrit la neurasthénie comme une névrose autonome, caractérisée par une sensation de fatigue, des céphalées, la dyspepsie, la constipation, l'appauvrissement de l'activité sexuelle, des paresthésies spinales.
- ✓ L'hypochondrie : syndrome caractérisé par une inquiétude chronique concernant la santé et les maladies.

Dans les névroses actuelles, c'est la répression qui crée l'angoisse. Dans les psychonévroses ou névrose de transfert, c'est l'angoisse qui crée le refoulement. Freud<sup>7</sup> écrit que « les névroses actuelles possèdent ce caractère fondamental que la source d'excitation, la cause déclenchante du trouble, se trouve dans le domaine somatique, et non pas comme dans l'hystérie et la névrose obsessionnelle, dans le domaine psychique. Les symptômes résultent de l'absence de décharge et de plaisir psychique ».

Freud traite de la psychosomatique dans trois de ses ouvrages :

- ✓ Dans *Inhibition, symptômes et angoisse*<sup>8</sup>, il décrit la névrose comme « impossibilité d'élaboration psychique », « accumulation d'excitation ». Il y note également « le fait extrêmement important que l'angoisse qui se trouve au fondement des manifestations de la névrose n'autorise aucune dérivation psychique »,

---

<sup>6</sup> Beard G, *la neurasthénie sexuelle*, Paris, 1999, édition L'Harmattan, 184p.

<sup>7</sup> Freud S, *La sexualité dans l'étiologie des névroses*, Paris, 1989, éditions Puf, 235p.

<sup>8</sup> Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, 2005, édition Puf, 88p.

- ✓ dans *Pour introduire le narcissisme dans la théorie des pulsions*<sup>9</sup>, il évoque le reflux nécessaire de la libido sur le moi chez l'homme malade,
- ✓ dans *Au-delà du principe de plaisir*<sup>10</sup>, il montre une vision prémonitoire de la recherche en psychosomatique en s'interrogeant sur la disparition d'une symptomatologie mentale aiguë durant l'éclosion d'une maladie somatique et note qu'il doit s'agir de modalité de réapparition de la libido.

Au travers de ces remarques, le fondateur de la méthode psychanalytique pose les bases de l'approche psychosomatique, qui est aujourd'hui celle de l'École de Paris. Freud pense que seule la psychanalyse peut permettre de comprendre les relations entre corps et esprit. La somatisation échappe à la conscience, à la réflexion, et montre le pouvoir de nos pensées profondes sur notre corps.

## **2. La naissance de la médecine psychosomatique**

Les fondements de la médecine psychosomatique comme discipline reposent sur des observations cliniques rédigées par des psychanalystes comme Charles Groddeck, Sandor Ferenczi ou encore Félix Deutsch (ce dernier ayant même tenté d'élaborer une nosographie dynamique et une typologie psychosomatique).

Mais c'est Groddeck (1866-1934), inventeur du concept du Ça, qui est aujourd'hui considéré comme le père de la psychosomatique. Le Ça de Groddeck diffère de celui de Freud. En effet, alors que pour Freud le Ça est un chaos sans volonté générale, qui s'oppose au Surmoi et au Moi, pour Groddeck, il est principe vital, universel, unificateur et animé d'une force avec un message codé. Il s'exprime à travers les rêves et le comportement.

Georg Groddeck est un précurseur en ce qu'il est le premier à affirmer et démontrer que toute maladie organique indépendamment de tout facteur physique comporte un facteur psychique interne et donc que tout traitement doit prendre en considération ce facteur, le réinsérer dans l'unité psychophysique. Le corps et l'esprit tombent malade en même temps. La maladie est un comportement qui doit être interprété.

<sup>9</sup> Freud S., *La vie sexuelle*, Paris, 9<sup>ème</sup> édition, 1999, édition Puf, 168p.

<sup>10</sup> Freud S., *Essai de psychanalyse : au-delà du principe de plaisir*, Paris, 1963, édition Payot Saint Armand, 288p.

Le *Livre du Ça*<sup>11</sup> comporte toutes les idées émises par les conceptions psychosomatiques modernes. Il est le premier à penser à une origine psychique de certains cancers. Pour Groddeck, toute maladie, et plus largement tout symptôme physique, provient d'un conflit psychique.

### **3. L'école américaine d'Alexander**

Pionnier de la médecine psychosomatique et animateur du mouvement psychanalytique américain, Franz Alexander (1891-1964) était d'origine hongroise. Il s'oriente vers la psychanalyse après avoir fait des études de physiques. Comme plusieurs de ses compatriotes (Michael Balint, en particulier), c'est à Berlin qu'il se forme (il fut analysé par Hans Sachs).

Alexander commence ses travaux dans les années quarante, avec ses collaborateurs de l'école de Chicago. Il aboutit à l'établissement de profils de personnalité en rapport avec des maladies dites psychosomatiques. Alexander croit en une identité évolutive entre processus psychiques et physiologiques et cherche à comprendre l'articulation organique du psychique et du somatique. Pour lui, les maladies psychosomatiques sont une réponse physiologique à une tension émotionnelle excessive.

Alexander tend à prouver que la colère, la culpabilité, l'agressivité sont des expressions qui sont souvent réprimées et produisent une tension propice aux désorganisations des organes viscéraux. Il donne l'exemple du bacille de Koch responsable de la tuberculose. Cette infection est largement connue des pneumologues et infectiologues. Pourtant, le développement de la tuberculose chez les individus contaminés par le bacille de Koch dépend de leur immunité. A l'occasion d'un stress, un individu porteur du bacille, resté à l'état latent, pourra cependant développer la tuberculose. Alexander en conclut que la tuberculose peut être considérée comme une maladie psychosomatique.

Sur la base de ses observations, Alexander met en avant que chaque émotion ressentie par le sujet a une corrélation sur le plan physiologique : rougir démontre

---

<sup>11</sup> Groddeck G., *Le livre du ça*, Paris, 1973, Gallimard, 326p.

l'embarras, les pleurs la tristesse, le rire la joie, etc. Cette corrélation se fait par l'intermédiaire du système nerveux végétatif (sympathique et parasympathique). De nombreux organes sont reliés au système nerveux végétatif et sont donc propices à répondre somatiquement à une émotion, un choc, un traumatisme.

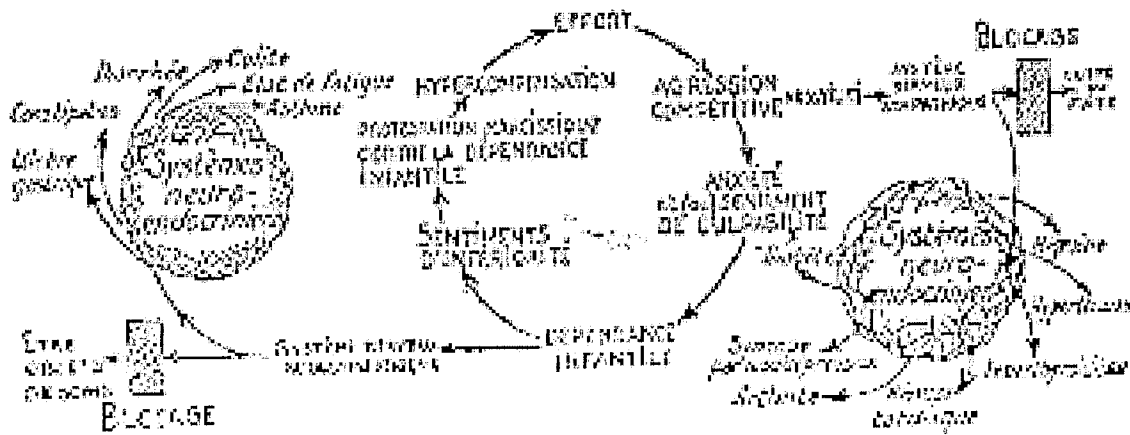


Figure 1. - Relations entre le système nerveux végétatif et les émotions.

Au système nerveux végétatif s'ajoute le système hormonal, activé lui aussi en cas de stress et responsable de modifications somatiques. L'agressivité inhibée peut par exemple stimuler le système médullosympathicosurrénal. La sécrétion de corticostéroïdes est alors augmentée et engendre une élévation de la tension artérielle.

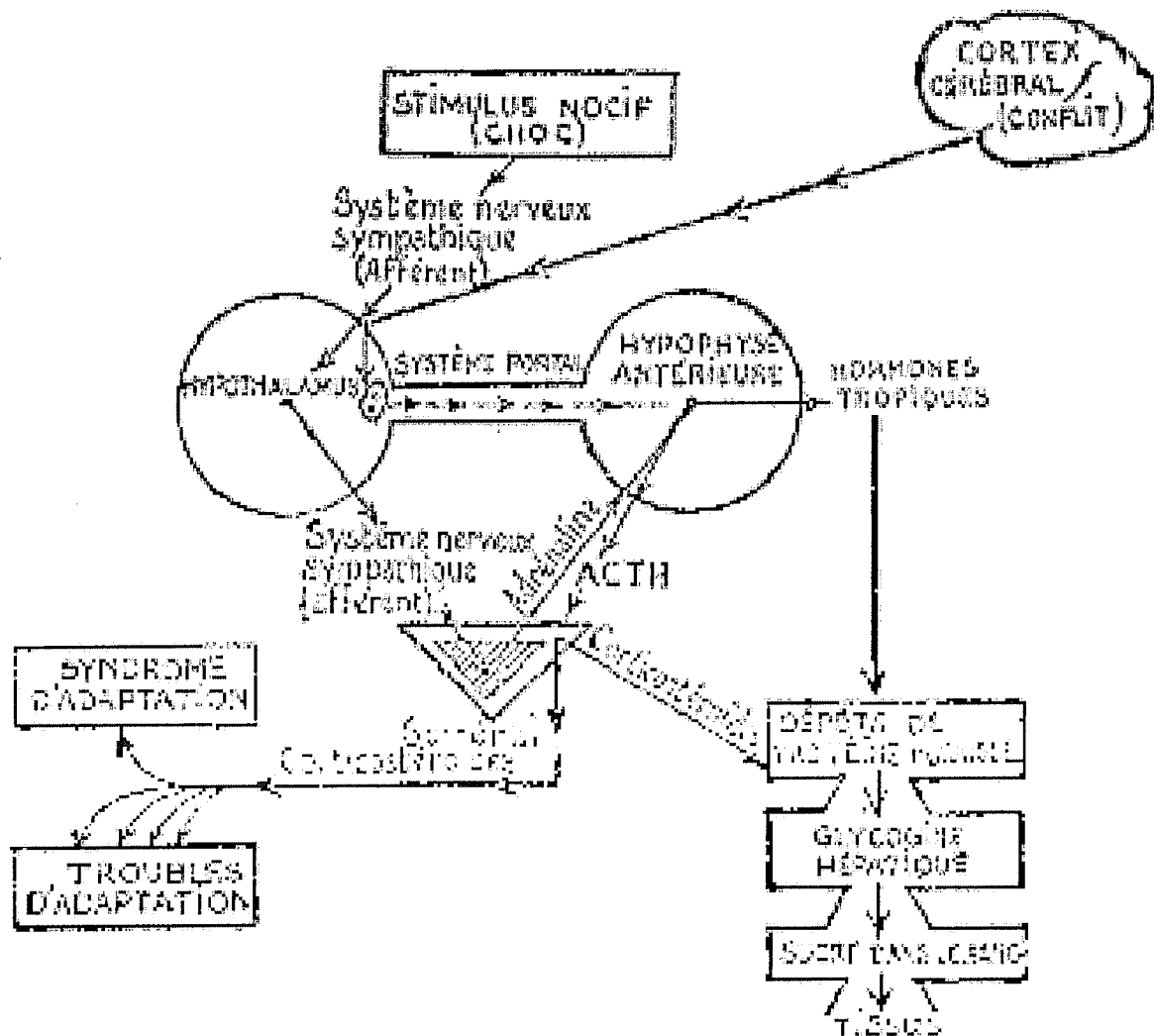


Figure 2 Mécanismes participant à l'adaptation aux choc. Illustration schématique du mécanisme participant à la production du syndrome d'adaptation de Seyle (issu de *la médecine psychosomatique* de Franz Alexander, p.85).

Alexander tente d'établir des corrélations entre un type de personnalité et une prédisposition à certaines maladies. Dans son livre *La médecine psychosomatique*<sup>12</sup> paru en 1950, il détaillera ses hypothèses concernant les relations entre une pathologie et un type de personnalité ou de problématique.

Sont ainsi détaillées avec précision :

- ✓ les troubles du tractus digestifs comme les vomissements, l'hypersécrétion gastrique, la boulimie, l'ulcère gastrique, l'anorexie mentale, la diarrhée chronique, la colite spasmodique, la colite ulcéreuse, la constipation chronique,
- ✓ les troubles de l'appareil respiratoire comme l'asthme bronchique,

<sup>12</sup> Alexander F., *La médecine psychosomatique*, Paris, 2002, édition Payot, 334p.

- ✓ les troubles du système cardio-vasculaire comme la tachycardie, l'arythmie, l'hypertension artérielle, la syncope par vasodépression, les céphalées psychogènes et les migraines,
- ✓ les affections de la peau comme l'eczéma, l'urticaire, la trichotillomanie, perte subite des cheveux...,
- ✓ les affections des glandes endocrines comme les thyrotoxicose, le diabète sucré, état de fatigue,
- ✓ les affections des muscles et du squelette comme l'arthrite rhumatoïdale,
- ✓ les troubles de l'appareil sexuel.

Nous ne détaillerons pas toutes les théories concernant les diverses affections décrites dans ce livre, mais il paraît intéressant d'approfondir les théories concernant plus particulièrement la colite ulcéreuse, sujet d'étude du présent dossier.

Alexander s'est inspiré des travaux de Murray et Sullivan, montrant l'importance des facteurs affectifs dans le déclenchement et l'évolution de la colite ulcéreuse. Pour Murray, par exemple, le noyau du conflit dans la rectocolite ulcérohémorragique des adultes provient de tension au sein de la relation conjugale. Alexander pense quant-à-lui qu'il n'y a pas de situations spécifiques qui déclenchent la maladie ; le déclenchement des poussées a lieu lorsque le sujet doit s'adapter à une situation difficile pour lui.

Les deux facteurs affectifs les plus nets dans le développement de la maladie et des rechutes sont :

- ✓ la frustration liée à une obligation morale,
- ✓ l'impossibilité de réaliser une ambition

Alexander décrit les patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique comme ayant de façon prédominante une personnalité narcissique ou une tendance autodestructrice. Il cite dans son livre<sup>13</sup> les propos de Melitta Sperling, qui définit la colite ulcéreuse comme une « dramatisation somatique de la mélancolie ». Pour elle, l'organisme serait attaqué par un objet incorporé hostile et agressif. Il essaierait donc de s'en débarrasser via une décharge diarrhéique.

---

<sup>13</sup> Alexander F., La médecine psychosomatique, Paris, 2002, édition Payot, 334p.

#### **4. La pensée psychosomatique en Allemagne**

En Allemagne, les années qui ont suivi la Première Guerre Mondiale ont été riches en réflexions concernant la médecine psychosomatique.

Thure Von Uexküll<sup>14</sup> relate que : « pendant la guerre, les refroidissements étaient rares sur le front tant que les troupes allaient de l'avant et combattaient. Ils se multipliaient en revanche lors des retraites ou des arrêts. »

Celui-ci donne aussi l'exemple du tremblement du combattant. Il s'agit d'une pathologie qui a touché certains soldats durant la Première Guerre Mondiale. Ceux-ci se mettaient à trembler suite à une commotion. Le tremblement pouvait être grave et donner lieu à des inaptitudes au travail. Différentes hypothèses ont été élaborées pour déterminer l'origine de ce tremblement. Selon le neurologue Oppenheim, « les commotions entraîneraient un ébranlement des zones les plus fragiles du cerveau et le tremblement serait la conséquence des désordres anatomiques causés par cet ébranlement du cerveau. » Par contre, le neurologue Nonne, opposé à la théorie de son confrère, propose l'hypothèse d'une origine psychique de ces tremblements. Il affirme que le tremblement devait être curable par la psychothérapie et le prouve en guérissant par psychothérapie et hypnose plusieurs soldats atteints de ce symptôme.

Bergmann est également un grand nom de la médecine psychosomatique allemande. Celui-ci a signalé des cas de pneumonies chez les personnes âgées qui avaient assisté à un enterrement.

Dans les années 1920, est créé à Berlin une clinique psychanalytique où furent traités des patients atteints de maladies internes.

---

<sup>14</sup> Von Uexküll T, *la médecine psychosomatique*, Hamburg, 1963, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 376p.

## 5. L'école Française de Psychosomatique de Pierre Marty

Parallèlement aux travaux d'Alexander, se forme en France un groupe de médecins dont les recherches sont tournées vers les troubles psychosomatiques de l'adulte.

Le pionnier de ce groupe est Pierre Marty (1918-1993), qui constate que « chez les grands malades, le bruit de leur désorganisation somatique va de pair avec le silence de leur psychisme. ».

Dès 1957, il énonce une théorie selon laquelle le sujet participerait au déclenchement de sa maladie et, par conséquent, à la mise en place de ses propres processus de guérison. C'est donc la qualité de la mentalisation qui protège de la maladie somatique.

La mentalisation est la capacité d'élaboration psychique d'un individu. Elle est fortement liée à la première topique de Freud qui distingue le Conscient, le Préconscient et l'Inconscient. L'évaluation de la qualité de la mentalisation est équivalente à celle de la qualité du Préconscient. C'est dans le Préconscient que se fait le travail de liaison des représentations car il est le réservoir des représentations de différentes époques, plus ou moins liées entre elles et plus ou moins prêtes à affleurer le Conscient. Un mauvais fonctionnement du préconscient est ainsi un prélude à l'apparition de désordres psychosomatiques.

Marty parle du Préconscient comme « de la plaque tournante de l'économie psychosomatique ». Il va d'ailleurs s'intéresser à la qualité du préconscient de ses patients.

Selon lui, les qualités du Préconscient s'apprécient sur :

- ✓ son **épaisseur** ou **densité** : nombre de couches de représentations accumulées ou stratifiées à travers l'histoire du sujet,
- ✓ sa **fluidité** : qualité des représentations et leur circulation à travers les différentes époques,
- ✓ sa **permanence** : disponibilité à tout moment de l'ensemble des représentations sur le plan qualitatif et quantitatif.

Pour Marty, les patients psychosomatiques ont un « aplatissement » du Préconscient, ce qui signifie qu'ils présentent une carence de préconscient, de



représentations mentales. De par cette insuffisance de mentalisation et cette carence de représentation mentale, les patients psychosomatiques ont un fonctionnement psychique commun.

Marty<sup>15</sup> décrit deux caractéristiques résultant de ce défaut du préconscient qui sont :

- ✓ **la dépression essentielle** : la dépression essentielle a été décrite la première fois par Marty en 1963 comme « une dépression sans objet, ni autoaccusation, ni même culpabilité, où le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique ». Cette dépression passe souvent inaperçue. Il n'y a pas de pleurs, ni de tristesse, ni de dévalorisation. Elle se manifeste par une baisse du tonus vital. Elle traduit une diminution du tonus des instincts de vie. Elle évolue vers une désorganisation progressive, une pensée opératoire. Il y a un effacement de la dynamique mentale (c'est-à-dire des condensations, identifications, projections, introjections, vie fantasmatique et onirique). L'instinct de mort est le maître des lieux. Elle est précédée d'angoisses diffuses. Le patient poursuit ses activités quotidiennes mais de manière robotisée. Le sommeil peut être normal, il n'y a pas de trouble de l'appétit. Le narcissisme est quasi inexistant. Ce sont des patients qui survivent, plus qu'ils ne vivent. Ces patients ignorent souvent l'existence de leur dépression qui annonce la mise hors circuit de la vie psychique et la survenue de somatisations sous forme de maladies à crises, réversibles, ou bien de maladies graves avec lésions organiques. Ce mode de fonctionnement peut se chroniciser et l'individu entre dans une vie opératoire. Il progresse alors dans son propre processus de la somatisation,
- ✓ **la pensée opératoire** est un type de pensée propre aux patients psychosomatiques. Elle met en évidence la carence des activités fantasmatiques et oniriques du sujet. Elle est un mode de pensée actuel, factuel, sans lien avec une activité fantasmatique ou de symbolisation. Elle

---

<sup>15</sup> Marty P., *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, 6<sup>ème</sup> édition, 2004, édition Puf, 117p.

est liée à la réalité consciente, à l'action, dans un champ temporel limité. Elle n'utilise aucun des mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques. Elle semble dénuée de valeur libidinale et agressive. Il s'agit d'une non-pensée car elle a perdu le lien avec sa source pulsionnelle. C'est une pensée exprimée sur un ton monocorde, robotisée. Elle n'implique aucune élaboration. Elle ne sert pas à communiquer mais à décharger une tension intérieure. C'est une pensée motrice, de décharge. La pensée opératoire résume les défaillances mentales du sujet à intégrer les tensions pulsionnelles par le fantasme et le rêve. La vie psychique du sujet est limitée, du fait d'un surinvestissement du perceptif alors que le discours s'avère factuel, sans élaboration imaginative. Le sujet semble coupé de sa vie intérieure, il semble avoir perdu son accès à l'imaginaire ou à la rêverie. Il rêve peu sinon de faits réels de la vie quotidienne. La pensée opératoire marque la vie opératoire de ces sujets. C'est un aménagement fragile, un état instable qui s'installe au cours d'une désorganisation progressive, lente. Elle réduit l'individu à une certaine uniformité sociale. Dans les formes prononcées de vie opératoire se retrouve notamment une dégradation de la qualité du surmoi et sa substitution par un puissant système, le Moi Idéal. Marty considère la somatisation comme une désorganisation qui succède, après un temps de latence, aux désorganisations des fonctions mentales.

En reprenant les travaux de Freud sur les névroses de transferts et les névroses actuelles, Marty<sup>16</sup> a voulu mettre en place une classification plus approfondie. Il a donc été amené à classer les structures mentales chez ses patients selon quatre groupes :

- ✓ les **psychoses** ,
- ✓ les **névroses mentales** (équivalent aux psychonévroses ou névroses de transfert chez Freud). Les névroses mentales sont considérées comme très bien mentalisées avec un Œdipe suffisamment solide,
- ✓ les **névroses de caractères**. Les névroses de caractères sont des névroses

---

<sup>16</sup> Marty P., *L'ordre psychosomatique*, Paris, 1998 ; édition Payot, 297p.

plus ou moins bien mentalisées qui forment un vaste groupe comprenant les névroses classiques à l'exclusion des névroses de comportement (les paliers de fixation des névroses de caractères sont différents de ceux de cette dernière). La plus grande partie des individus dits normaux entre dans ce groupe. Joyce Mac Dougall<sup>171819</sup> nomme ces individus les « normopathes ». Pour elle, ces personnes peuvent connaître de façon périodique et aléatoire des désorganisations somatiques dues à une insuffisance de la permanence des capacités d'élaboration mentales et une insuffisance de l'épaisseur du Préconscient. Le risque est alors une sidération de l'appareil mental dans le cas où les affects reçus sont trop violents. Ces sujets ont des difficultés à introjecter et à maintenir de bonnes relations d'objets (c'est-à-dire qu'il faut la présence de l'objet dans une réalité objective car ils ont des difficultés de séparations).

- ✓ les **névroses de comportement**. La névrose de comportement est une névrose mal mentalisée. Les patients ont un comportement disparate, instable. L'investissement aux objets est immédiat. Ils n'ont pas de capacités d'élaboration car leur préconscient est « aplati ». Il n'y a pas de conflit intrapsychique, tous les conflits se situent entre eux et l'objet externe. Ils n'ont pas d'angoisse. Le sujet vit dans le factuel, l'actuel et se trouve dans l'impossibilité de se projeter dans l'avenir.

Marty<sup>20</sup> a élaboré un processus pour tenter d'expliquer la somatisation. Selon lui, l'évolution d'un individu se fait progressivement à partir d'une mosaïque première (juxtaposition chez le nouveau-né d'organisations homéostatiques non coordonnées). C'est la mère qui va permettre de lier ces fonctions qui vont alors s'organiser et se hiérarchiser pour devenir un système commun et autonome. Cette organisation est liée aux instincts de vie. Cette évolution est émaillée d'obstacles, de zones de traumatisme, de blessures. L'organisation sera donc marquée par des zones de fixation différentes selon les individus, selon les épreuves et blessures rencontrées. Ces paliers de fixation sont des points de fragilisation, mais jouent un

---

<sup>17</sup> Mc Dougall J., *Théâtre du Je*, Paris, 1982, édition Gallimard, 350p.

<sup>18</sup> Mc Dougall J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, 1978, éditions Gallimard, 222p.

<sup>19</sup> Mc Dougall J., *Théâtres du corps : le psychosoma en analyse*, Paris, 2003, édition Gallimard, 314p.

<sup>20</sup> Marty P., *L'ordre psychosomatique*, Paris, 1998, édition Payot, 297p.

rôle primordial dans le processus de défense contre la désorganisation somatique grave. La qualité de ces paliers de fixation dépend de la qualité du vécu de la petite enfance, de la qualité vitale générale des mouvements intrasystémiques et de la qualité des instincts de vie qui dépendent de l'inconscient.

Quand un individu rencontre une situation qui déborde ses capacités adaptatives du moment, un mouvement contre-évolutif de désorganisation s'amorce. Les paliers de fixation permettent l'arrêt de la régression avec déclenchement d'une pathologie bénigne réversible qui permettra une réorganisation psychique.

Au contraire, s'il n'y a pas de possibilité de fixation à des paliers suffisamment solides, la désorganisation se prolonge à bas bruit sans pathologie somatique bénigne et risque d'entraîner une maladie évolutive grave.

Marty distingue donc deux modalités de processus de somatisation :

- ✓ le processus de **somatisation par régression** qui aboutit à des pathologies réversibles bénignes à crise (crise d'asthme, rachialgie, crise ulcéreuse, poussée hypertensive). Ces crises reviennent souvent sous la même forme chez le même individu. Ces somatisations surviennent chez des sujets dont le fonctionnement psychique est organisé sur un mode névrotico-normal. Leur mentalisation est habituellement satisfaisante,
- ✓ le processus de **somatisation par dé-liaison** pulsionnelle qui aboutit à des maladies évolutives et graves qui peuvent conduire à la mort (cancer, maladies auto-immunes). Ce processus se développe chez des sujets présentant une organisation non névrotique ou chez des sujets ayant subi des traumatismes psychiques qui ont réactivé des blessures narcissiques profondes et précoces. La dimension de la perte narcissique est présente. Celle-ci génère un état de dé-liaison pulsionnelle qui modifie l'équilibre psychosomatique du sujet.

Ces deux processus s'opposent par la qualité de la mentalisation sur laquelle ils se développent.

À la suite de nombreux travaux que Marty poursuit seul ou en collaboration avec Michel Fain, Michel De M'Uzan et Christian David, est fondée, en 1962, l'École Psychosomatique de Paris dont la visée principale est d'intégrer la pathologie

somatique à l'ensemble des moyens dont dispose un sujet pour réguler son homéostasie. De ceci découle la création d'un corpus thérapeutique et technique issu de la psychanalyse, mais étendant son champ d'application.

En 1978 est créé à Paris, grâce à Pierre Marty, un hôpital consacré uniquement à la médecine psychosomatique, l'hôpital de la Poterne des Peupliers. Marty, en tant que médecin-chef, n'accueille que des patients présentant une pathologie psychosomatique avérée et ne les traite que par psychothérapie. Les traitements médicamenteux non liés à la psychothérapie sont assurés par d'autres hôpitaux. Chez les adultes, les maladies les plus représentées sont l'asthme, le cancer, les céphalées, le diabète, l'obésité, la maladie de Crohn, la rectocolite ulcérohémorragique et l'ulcère. Chez les enfants, l'asthme et l'eczéma représentent un quart des patients. Arrivent ensuite les troubles du sommeil, de l'appétit, les infections respiratoires, la rectocolite.

À partir de ce corpus théorique de l'École de Paris, continue d'être élaborée une pensée psychosomatique contemporaine sous l'impulsion de psychanalystes psychosomaticiens comme Claude Smadja et Gérard Szvec. À ces noms, peuvent s'ajouter : Marilia Aisenstein, Diane L'Heureux-Lebœuf, Jacques Press (Suisse), Anna Potamianou (Grèce), Alain Fine, et d'autres encore... La plupart des textes importants sont alors publiés dans *la revue française de psychosomatique*<sup>21</sup>, revue semestrielle, dirigée par le Dr Gérard Szvec.

## **6. Quelques modèles psychosomatiques psychanalytiques**

Certains spécialistes comme Green, Roussillon ou Press ont introduit les concepts de Donald Winnicott dans le champ de la psychosomatique en mettant en place une psychothérapie pour les patients psychosomatiques se rapprochant du « holding » décrit par Winnicott.

Pour eux, la cure analytique classique n'est pas applicable avec les patients psychosomatiques. Le thérapeute doit pratiquer des thérapies en face à face et s'adapter à son patient (pas de longs silences car ils sont vécus comme trop

---

<sup>21</sup> *La revue française de psychosomatique*, Paris, éditeur Puf

angoissant et le patient peut-être amené à y répondre en somatisant pour mettre fin à ce qu'il ressent comme une agonie). L'analyste doit, dans le cadre de cette psychothérapie, occuper la place de la « mère environnement »<sup>22</sup>. Ceci exige que le thérapeute reconnaisse le patient psychosomatique comme différent d'un patient névrotique et adapte sa technique en conséquence.

Une auteur originale, Joyce McDougall<sup>2324</sup>, qui oppose névrose et psychose d'une part, et psychosomatique d'autre part, développe une conception personnelle de la psychosomatique.

Pour Joyce McDougall, dans la névrose et la psychose, le conflit est psychique. Il peut concerner la vie interne ou bien la réalité, mais il y a un drame qui se joue dans la scène imaginaire. La psychosomatique est, au contraire, théâtre du corps. Son analyse comprend le fonctionnement psychosomatique comme une conséquence d'un refus par le psychique de prendre en charge le conflit pulsionnel, qui s'exprime alors dans le corps. Ce refus de traiter le conflit pourrait être décrit comme une incapacité de représentation.

McDougall prend l'exemple d'un patient qui ne sait pas qu'il souffre « psychiquement ». Elle décrit donc une faillite dans la mise en scène psychique. Cet échec conviendrait au sujet, persuadé de n'éprouver aucun problème et peu soucieux d'un travail sur lui-même. Elle nomme ces sujets « les normopathes ». C'est ce qui fait décrire des habitudes banales, par exemple trop fumer, trop manger ou trop boire, comme le signe d'un agir s'opposant à l'élaboration. La maladie psychosomatique serait un agir sur le corps et attaquer le corps permettrait une disparition du conflit psychique. La cure psychanalytique fera alors, dans les meilleurs cas, ressurgir le fonctionnement psychique. Pour protéger un patient des somatisations, il faut donc lui permettre de constituer une névrose suffisamment solide.

J McDougall tente également d'expliquer la raison pour laquelle le sujet va ainsi nier le conflit psychique. Selon elle, il s'agit fréquemment de patients à qui les

---

<sup>22</sup> Winnicott D., *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, 1989, éditeur Payot, 259p.

<sup>23</sup> Mc Dougall J., *Théâtres du corps : le psychosoma en analyse*, Paris, 2003, édition Gallimard, 314p.

<sup>24</sup> Mc Dougall J., *Théâtre du Je*, Paris, 1982, éditions Gallimard, 350p.

parents nieraient leur ressenti (par exemple : l'enfant tombe en courant et dit « j'ai mal », le parent répond : « Mais non voyons, tu n'as pas mal. » autrement dit : « je sais mieux que toi ce que tu ressens »). Ce type de refus induit une dévalorisation de la scène mentale, et provoque alors la réponse psychosomatique.

M Sami Ali<sup>25</sup> s'est également beaucoup intéressé à la psychosomatique de l'adulte et de l'enfant. Pour lui ce qui est en cause dans la somatisation est bien moins le type de personnalité que la nature même du conflit. L'imaginaire détermine positivement ou négativement tout le fonctionnement psychosomatique. Ce qu'il entend ici par imaginaire est tout ce qui s'oppose au réel, donc à la fois les rêves nocturnes et leurs équivalents à l'état de veille, les fantasmes, la rêverie, le délire, la croyance, le jeu, le transfert. Partant de ce constat, il va développer différents concepts :

- ✓ le concept de **pathologies de l'adaptation**, découvert en comparant la pratique psychanalytique en France et en Egypte. Il a été frappé en France par le nombre de patients affirmant ne pas rêver ou ne pas se souvenir de leurs rêves. Selon lui, l'absence de rêves est l'exemple typique du refoulement de la fonction de l'imaginaire, qui caractérise les pathologies de l'adaptation. L'imaginaire est remplacé par les normes socioculturelles. Il parle « d'une conscience vigile sans conscience onirique. »
- ✓ le concept d'**impasse psychosomatique**. Une impasse psychosomatique est un conflit insoluble, une contradiction qui ferme toutes les issues et rend inélaborable un conflit proche de l'impensable psychotique (à la fois *a* et *non-a*, et ni *a* ni *non-a*). Le psychotique va résoudre cette impasse par un délire, là où le psychosomatique ne pourra la résoudre qu'en somatisant.

Pour Sami Ali, la somatisation est le résultat de la conjonction de ces deux concepts (pathologie de l'adaptation et impasse). En effet ; un sujet souffrant d'une pathologie de l'adaptation peut très bien vivre en bonne santé toute sa vie. Par contre, la somatisation interviendra quand il se retrouvera en situation d'impasse.

---

<sup>25</sup> Sami Ali M., *Penser le somatique : imaginaire et pathologie*, Paris, 1987, édition Dunod, 148p.

Dans ses nombreux ouvrages<sup>26</sup>, Sami Ali donne régulièrement des interprétations du livre *Mars*<sup>27</sup> de Zorn pour illustrer ses théories. Au terme de sa psychothérapie, Zorn, atteint d'un cancer, rétorquait : « je n'avais jamais de problème », « j'ai été élevé à mort. », « toute ma vie a été fausse », « je voulais me faire agréer par l'autre, en agissant comme il faut, en étant comme il faut »

Les patients psychosomatiques fuient le conflit en étant totalement et idéalement comme l'autre. Tout ce qui ne s'accorde pas avec les normes auxquelles le sujet doit se plier est réprimé. La répression protège du conflit, de l'altérité, mais aussi de la dépression.

Jean Benjamin Stora<sup>28</sup> a également apporté sa contribution à la médecine psychosomatique. Psychiatre et psychosomaticien à la Pitié Salpêtrière à Paris, il met en exergue le fait qu'un événement actuel peut déclencher le rappel d'un événement passé traumatique. Selon Freud aussi, le temps n'existe pas pour l'organisme et les émotions présentes vont s'interconnecter à la réminiscence de souvenirs traumatiques et provoquer un débordement de l'appareil psychique. L'individu se retrouve dans l'incapacité d'élaborer un trop plein d'excitations. Ces excitations, au lieu de se retrouver mentalisées, vont alors se traduire, soit immédiatement, soit après un temps de latence, en troubles somatiques.

Pour lui, les défenses psychiques se mettent en place au fur et à mesure du développement de l'appareil psychique dans les vingt premières années de la vie. Elles sont le produit de la relation d'un individu, depuis sa naissance, avec ses parents, sa famille plus élargie, ses professeurs, son environnement socioculturel. En cas de défaillance, elles peuvent être restaurées par un travail thérapeutique comme les défenses somatiques.

Stora donne un exemple de somatisation lors d'une interview donnée pour le magazine *Alternative santé*<sup>29</sup>:

« Un homme a subi une crise cardiaque dans les mois qui suivirent la faillite de son entreprise. Il avait réussi à replacer tous ses employés. Cet acharnement lui a

---

<sup>26</sup> Sami Ali M., *Penser le somatique : imaginaire et pathologie*, Paris, 1987, édition Dunod, 148p.

<sup>27</sup> Zorn, *Mars*, Paris, 1979, Gallimard

<sup>28</sup> Stora JB., *La neuropsychanalyse*, Paris, 2006, édition Puf, 127p.

<sup>29</sup> Wallon ML, Psychisme et guérison : interview de Jean Benjamin Stora, *Alternative santé-L'impatient*, 2003, n°299.



rappelé son adolescence : son père disparu, il a dû en tant qu'aîné d'une famille nombreuse, travailler d'arrache-pied pour aider sa famille. À vingt ans d'intervalle, il a été confronté au même choc traumatique et il a ressenti le même choc émotionnel. "Je me suis tué au travail. " C'est presque ce qu'il a vécu, sauf qu'il a survécu à sa crise. »

Il faut distinguer la compréhension de l'événement actuel et celle de l'événement ancien resté enfoui dans la mémoire. Un travail psychique va, dans le meilleur des cas, commencer dans les 24 à 48 heures suivant l'accident actuel (deuil, perte d'un être cher, d'un emploi, déménagement mais aussi perte d'une fonction physique). Une fonction imaginaire bien développée facilitera ce travail au moyen des rêves, associations d'idées, souvenirs présents et passés, etc. Ce premier travail d'élaboration mentale pourra être approfondi dans le cadre d'une thérapie. Il permettra la perception profonde de l'événement ancien à travers la reviviscence des émotions qui l'ont accompagné. Tant que ces émotions ne seront pas reliées à l'événement ancien, elles se traduiront, par déplacement, en symptômes psychiques et en troubles somatiques. Après ce long travail, l'individu pourra, avec des défenses restaurées et consolidées et un champ de conscience élargi, faire face aux prochains chocs de la vie.

## ***7. Modèles psychosomatiques non psychanalytiques***

En 1914, la notion de « stress » a été développée par Hans Seyle et Walter Cannon. Le mot stress provient du mot latin « stringere » qui signifie tendre.

En 1928, C'est Cannon<sup>30</sup>, le premier qui démontre que l'origine de l'émotion est due au système nerveux végétatif. En effet, sa pensée fut influencée de manière définitive par une constatation première : l'action des phénomènes psychiques dans le domaine végétatif du corps. Cette idée lui vint après une expérience sur lui-même lors d'une excursion dans l'Etat du Montana. Obligé de franchir un goulet étroit pour

---

<sup>30</sup> Von Uexküll T, *la médecine psychosomatique*, Hamburg, 1963, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 376p.

rejoindre son épouse et le guide et bloqué ne pouvant ni aller de l'avant, ni regarder vers le bas pour trouver appui, il se résout à redescendre et à s'asseoir. Quelques minutes après cet épisode, il décrit : « alors que je m'asseyais, une réaction étrange succéda à l'émotion. Mon corps commença à se secouer violemment comme grelottant de fièvre sans que je ne puisse rien faire à l'encontre. ». Cannon fait le lien avec une hormone, l'adrénaline, sécrétée par la médullosurrénale qui, injectée dans le corps produit les mêmes manifestations que celles qu'il a éprouvé lui-même. Cannon constate que l'adrénaline, souvent sécrétée lors d'une peur intense ou une douleur, provoque d'autres réactions comme une augmentation de la tension artérielle, une accélération du débit cardiaque. Ces constatations conduisent Cannon à affirmer qu'au cours d'une peur ou d'une situation de stress intense, la sécrétion d'adrénaline est augmentée.

Par la suite, Cannon constate également que ces réponses jouent un rôle important : elles permettent à l'organisme de se défendre immédiatement contre les dangers menaçants.

Thure Von Uexküll souligne la similitude entre le tremblement transitoire décrit par Cannon suite à un stress et le tremblement durable des combattants durant la Première Guerre Mondiale. Il émet l'hypothèse que « les circonstances extérieures et intérieures étaient insuffisantes pour transformer ce tremblement en un phénomène morbide et persistant de l'expression. »

En 1959, deux cardiologues, Rosenman et Friedman<sup>31</sup>, décrivent des sujets de type A qui se caractérisent par leur agressivité, leur impatience, leurs performances et leur esprit de compétition. Ces sujets ont en effet une incidence de maladies coronariennes plus élevée que sur l'échantillon témoin.

À partir de ces constatations a été mise en place en 1965 une étude épidémiologique comprenant 3.524 sujets indemnes de pathologie cardiovasculaires. La durée de l'étude a été de 8 ans. Au terme de cette recherche, il a été prouvé qu'avoir un comportement de type A doublait les risques d'accidents cardiovasculaires.

---

<sup>31</sup> Rosenman RH, Friedman N, Behavior Patterns, Blood lipids and coronary heart Disease, Jama 184, 934-938, 1963.

Certains travaux psychosomatiques ont décrit sous le terme de profil C un profil comportemental s'opposant à ceux du pattern A, alors que les sujets du type B sont simplement caractérisés par l'absence des traits du type A. Les sujets du type C sont des sujets patients, acceptant les contraintes du temps, réfléchis, soumis, conciliants, évitant activement les conflits et réprimant toutes manifestations agressives. Le profil C est un facteur de risque dans les affections prolifératives (cancers) ou dysimmunitaires (maladies auto-immunes).

Sifneos a proposé, en 1973, le terme d'alexithymie, pour désigner le fonctionnement de nombreux patients souffrant d'affections organiques chroniques à forte composante psychosomatique. Étymologiquement, alexithymie, dérivé du grec, signifie « absence de mots pour exprimer les émotions » : a = absence, lexis = mot, thymos = humeur, affectivité, sentiment, émotion. Sifneos présente ainsi son concept: « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ». Cet aspect se caractérise par une réelle incapacité à identifier et à communiquer ses sentiments, et à les différencier des sensations corporelles. Les différentes descriptions et conceptions de l'alexithymie (Krystal, Sifneos, Némiah, Taylor) reprennent et complètent les principaux traits du concept psychanalytique de pensée opératoire (Marty et M. de M'Uzan, 1963), mais procèdent d'une autre logique correspondant aux exigences de la psychopathologie quantitative. Le concept d'alexithymie se distingue par son souci d'objectivité, ses possibilités de mesure et ses essais de validation mais aussi par sa compatibilité avec les modèles neuropsychologiques et cognitifs actuels. Le statut de l'alexithymie est l'objet de controverses et ce concept n'a pas, à l'heure actuelle, reçu la reconnaissance des classifications nosographiques internationales. L'alexithymie n'est mentionnée ni dans le CIM 10, ni dans le DSM IV, que ce soit comme entité isolée ou comme trait d'un type de personnalité. L'alexithymie est mesurable à l'aide d'échelles fiables comme l'auto questionnaire Toronto Alexithymia scale TAS (cf. annexe 18), élaboré

par l'équipe canadienne de Taylor(1985)<sup>32</sup>. La TAS est une échelle d'auto évaluation composées de 26 insertions. Elle est l'échelle qui présente les meilleurs paramètres métrologiques retrouvés dans de nombreux pays, ce qui atteste de la bonne validité transculturelle.

L'alexithymie ou les difficultés à reconnaître les émotions et à les exprimer verbalement n'implique pas l'incapacité à reconnaître de telles émotions quand elles sont exprimées par autrui.

Il y a deux types d'alexithymie :

- ✓ **L'alexithymie primaire** : le système limbique (lieu des émotions) et le néocortex (substratum du langage) sont connectés de façon inadéquate, par perturbation du rôle de régulateur habituellement assumé par le striatum. Les émotions provenant de l'amygdale ne peuvent atteindre le néocortex pour créer des images ou des pensées qui utiliseraient le langage pour s'exprimer,
- ✓ **L'alexithymie secondaire**. Elle ne provient pas d'une origine neurologique. C'est une expérience traumatique « dévastatrice subie à l'âge préverbal » qui« peut rendre un enfant incapable d'exprimer des émotions par les voies du langage. ». Sifnéos<sup>33</sup> remarque notamment que les troubles alexithymiques ne se rencontrent pas seulement dans les affections psychosomatiques, mais également chez les patients souffrant de stress post-traumatiques ou des patients souffrant de dépendance à la drogue ou à l'alcool, d'anorexie et de boulimie.

L'alexithymie a été progressivement considérée comme un facteur psychique de vulnérabilité au stress. Plusieurs études<sup>34</sup> (Nemiah, Wehmer, Friedlander) ont retrouvé une modification de signes physiologiques (fréquence cardiaque, réactivité cutanée, consommation d'oxygène) en faveur d'une perturbation de la réactivité sympathique chez les sujets alexithymiques. Il existe une augmentation du tonus sympathique de base chez les sujets alexithymiques avec un manque de réactivité physiologique lors de réactions de stress.

---

<sup>32</sup> Taylor GJ, Bagby R-M., Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research, *Psychiatric clin North Am*, 1988, 11, 351-366.

<sup>33</sup> Sifnéos P-E., Alexithymia : past and present, *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 7, 137-142.

<sup>34</sup> Nemiah J., Alexithymia : theoretical considerations, *Psychotherapy psychosomatics*, 1977, 28, 199-206.

## **8. La psychosomatique intégrative au XXI<sup>ème</sup> siècle**

La psychosomatique intégrative est, en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, une nouvelle approche scientifique intégrative de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences qui se réfère aux nouvelles disciplines comme la psycho-neuro-immunologie, la psycho-neuro-endocrinologie, la neuro-psychanalyse. Cette nouvelle discipline intègre le modèle de fonctionnement psychique de la métapsychologie ainsi que les découvertes les plus récentes concernant le fonctionnement biologique et les approches récentes des neurosciences.

L'idée d'un lien entre le stress et le déclenchement des maladies est de nos jours de plus en plus admise, mais cette conception continue à intriguer les scientifiques. Quel est ce lien, par quel mécanisme ou quel système le psychisme peut-il être à l'origine d'une désorganisation somatique ? Les recherches actuelles ont ouvert quelques pistes.

Il semble clair qu'il n'y a pas de relation linéaire directe entre un événement de vie traumatisant et une réaction psychobiologique déterminée. Un événement tragique (deuil, séparation, viol, accident...) est traumatisant en tant qu'élément faisant fracture dans la vie du sujet, mais il fait fréquemment écho avec d'autres événements traumatiques de son passé, ceux-ci pouvant être restés en mémoire ou refoulés. La notion de temporalité est très importante. Un même événement traumatique n'aura ainsi pas le même impact ni les mêmes conséquences selon l'histoire, la mémoire, l'écho qu'il trouvera chez l'individu affecté. Il s'agit de la notion d'après-coup.

Les neurosciences et la psychanalyse ne sont donc pas contradictoires, bien au contraire... Il faut imaginer qu'un événement traumatique fonctionnerait comme déclencheur d'une pathologie à partir d'un état de vulnérabilité particulier.

J M Thurin<sup>35</sup> démontre que « selon la nature du traumatisme, le risque d'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique est différent ». Par exemple, ce risque est selon lui de 49% après un viol, de 14% après une mort soudaine, de

---

<sup>35</sup> Thurin J-M., Baumann N., Modèles généraux des relations entre stress et somatisations, facteurs de risque et de chance, trajectoires, *Stress, pathologie et immunité*, 2003, édition Flammarion, 287p.

2,3% à la suite d'un accident de voiture. Thurin a étudié les réponses à la fois psychologiques et physiologiques face à un **traumatisme** :

- ✓ **symptômes psychologiques** : la dissociation traumatique ( position d'extériorité), l'anxiété, la dépression, la labilité de l'humeur, une amnésie narrative, le clivage des souvenirs traumatiques de la conscience, l'interruption de la mémoire narrative explicite et la réapparition sous la forme d'expériences somato-sensorielles (flash-back),
- ✓ **symptômes physiologiques** : l'élévation du rythme cardiaque, la réaction d'éveil, le taux de cortisol immédiatement après le traumatisme. Ce taux de cortisol aurait une valeur prédictive :
  - cortisol bas= risque de syndrome post traumatique
  - cortisol haut= risque de dépression

Selon JM Thurin, les femmes réagissent davantage que les hommes à un événement dramatique. Par exemple, une agression physique produit environ quinze fois plus de syndrome de stress post-traumatique chez la femme que chez l'homme.

Une étude<sup>36</sup> a été faite sur le rôle respectif des évènements de vie éprouvants (appelé stress majeur) et sur les tracasseries quotidiens (appelés stress mineur) dans la sévérité et les fluctuations d'un jour à l'autre de la symptomatologie du lupus dans une population de 41 sujets. Les patientes devaient noter dans un agenda jour après jour, sur une durée totale de 56 jours, l'intensité des divers symptômes somatiques, le niveau de stress quotidien, la présence ou non d'une humeur dépressive, d'anxiété et de sentiment de colère.

Les résultats de cette étude sont intéressants à deux niveaux :

- ✓ l'intensité des symptômes dépend bien plus de l'impact du stress mineur, c'est-à-dire les tracasseries de la vie quotidienne,
- ✓ la symptomatologie augmente le lendemain du facteur de stress ou de l'humeur dépressive et non pas le jour même.

---

<sup>36</sup> Adams SG., Dammers PM, Saia TL, Stress, depression and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus, J. Behav Med, 1994, 17, 459-477.

Dans un article écrit par Kandel<sup>37</sup>, il apparaît que la première analyse des réponses biologiques au stress a été effectuée par Levine, Nemeroff et Plotsky. Levine fut le premier à porter l'analyse à un niveau moléculaire, en étudiant comment différents degrés de l'attachement de l'enfant affectaient la capacité consécutive à répondre au stress. L'étude a été réalisée sur l'animal en phase périnatale. Les observations faites chez l'animal à ces phases, sont très proches de celles de l'enfant humain car elles se situent à un stade préverbal.

L'expérience a été la suivante :

***« Pendant les deux premières semaines de vie, les jeunes animaux étaient séparés de leur mère pendant quelques minutes. Ils montraient alors une vocalisation accrue, qui produisait un soin maternel accru. Les mères répondaient par des coups de langues, du toilettage et en portant leur bébé plus souvent que s'ils n'avaient pas été retirés. Cet accroissement du comportement d'attachement de la mère réduisait pour le reste de la vie de l'animal la réponse HPA du bébé (ses niveaux de glucocorticoïdes plasmatiques) à toutes variétés de stress. En revanche, quand, durant les mêmes deux semaines, les bébés étaient séparés de leurs mères pendant les périodes de temps prolongées (trois à six heures par jour), la réaction opposée se produisait. Les mères ignoraient alors leurs bébés et les bébés augmentaient leur taux d'ACTH plasmatique et les réponses glucocorticoïdes au stress en tant qu'adulte. »***

Suite à cette expérience, Levine, Nemeroff et Plotsky ont démontré que les expériences précoces de vie défavorables ont pour conséquence une expression génétique accrue du CRF (cortico releasing factor), l'hormone sécrétée par l'hypothalamus pour initier la réponse HPA. Une séparation quotidienne maternelle durant les deux premières semaines est associée chez le rat à une augmentation profonde et durable de l'expression de l'ARN messager pour le CRF, non seulement dans l'hypothalamus, mais aussi dans les aires limbiques incluant l'amygdale et le noyau basal du stria terminalis.

Une autre étude intéressante a été réalisée chez le rat<sup>38</sup>. Elle compare deux types de rats :

---

<sup>37</sup> Kandel E, La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée, *Evol Psychiatr*, 2002, 67 ; 40-87.

<sup>38</sup> Thurin JM., Baumann N., Evènements de vie, stress quotidien et maladies auto-immunes, *Stress, pathologie et immunité*, 2003, éditeur Flammarion, 287p.

- ✓ les rats Lewis susceptibles aux maladies auto-immunes déclenchées expérimentalement. Les rats Lewis sont caractérisés par un comportement docile, non agressif, calme, peu excitable,
- ✓ des rats résistants appelés rats F-344. Les rats F-344 ont pour principales caractéristiques leur nervosité, leur excitabilité, et la fréquence de leur comportement agressif.

Lors d'une situation de stress physique ou psychologique (injection de parois cellulaires streptococciques, exposition à un environnement nouveau, limitation de la liberté de mouvement), les rats réagissent différemment.

- ✓ Les rats Lewis présentent une réponse de l'axe corticotrope émoussée,
- ✓ Les rats F-344 activent l'axe hypothalamo-corticosurrénalien, ce qui contribue à une élévation de la sécrétion d'ACTH et de corticoïdes circulants.

Il est important de noter que les rats Lewis ayant une susceptibilité aux maladies auto-immunes ont un profil qui correspond au profil humain de personnalité de type C, marqué par le déni, la suppression des émotions, l'évitement des conflits, une patience exagérée, un contrôle rigide de l'expression émotionnelle. La personnalité de type C a été décrite comme ayant une susceptibilité cancéreuse.

Chez l'homme, il a été recherché un profil de personnalité qui serait associé aux maladies auto-immunes. Certaines études concernant la polyarthrite rhumatoïde ont été menées<sup>39</sup>.

Actuellement, les études pour démontrer l'intérêt de la psychothérapie dans les maladies somatiques se multiplient. Maunsell<sup>40</sup> a effectué une étude sur 224 femmes avec un diagnostic de cancer du sein récent. Elles ont été interrogées pour savoir si elles avaient un confident avec lequel elles avaient parlé de leurs problèmes personnels dans les trois mois suivant l'opération. Ces femmes ont été suivies pendant 7 ans.

Les résultats montrent que le pourcentage de survie chez les femmes sans confident est de 56%, à comparer au 72% chez les femmes qui avaient au moins un

---

<sup>39</sup> Halliday JL., Psychological aspect of rheumatoid arthritis, Proc Roy Soc Med, 1942, 35, 455-457

<sup>40</sup> Maunsell E, Brisson J, Deschenes L, Social support and survival among women with breast cancer. Cancer, 1995, 76; 631-637.



confident. Le pourcentage de survivante à 7 ans s'accroissait suivant que les femmes rapportaient avoir 0, 1 ou 2 confidents.

Le pourcentage de mortalité avec la variable soutien psychologique a été comparé au pourcentage de mortalité associé au traitement médical. La réduction de la mortalité relative chez les femmes ayant au moins un confident a été de 16%.

De la même manière, une recherche<sup>41</sup> s'est intéressée à la progression du SIDA par rapport aux effets du stress, des symptômes dépressifs et du soutien psychologique. L'étude a suivi 82 hommes séropositifs pendant 5 ans-et-demi. Les résultats montrent qu'une progression plus rapide du SIDA est associée à des événements stressants, des symptômes dépressifs et moins de soutien psychologique.

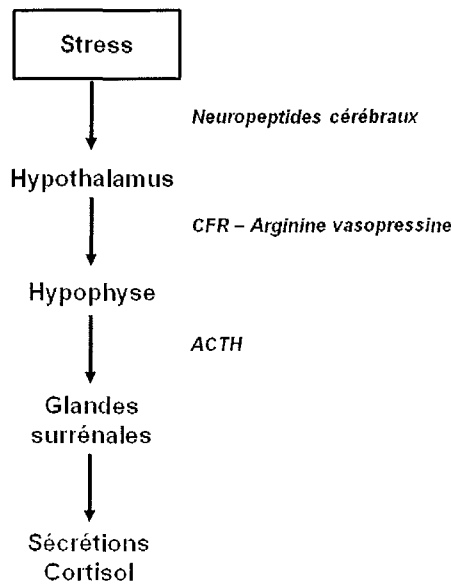
Partant des constats de ces études, il est donc admis que le psychisme influence trois systèmes physiologiques :

- ✓ Le système hypothalamohypophysosurrénalien
- ✓ Le système nerveux autonome
- ✓ Le système immunitaire

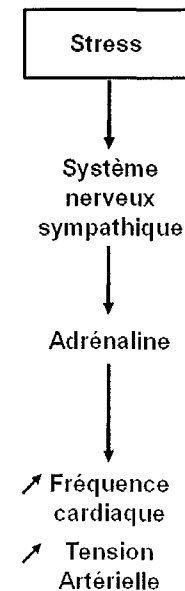
---

<sup>41</sup> Leserman J, Jackson ED, Petit JM, Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms and social support. *Psychosom Med*, 1999, 61; 397-406.

### AXE HYPOTHALAMO-HYPOPHYSE-SURRENALIEN



### SYSTÈME NERVEUX AUTONOME



### **Le Système immunitaire**

Dans le langage commun, il existe des parallèles entre système nerveux et système immunitaire. (soi et non soi, réaction de défense, dépression et stimulation).

Il y a 20 ans, Roger Ader<sup>42</sup> a émis l'hypothèse qu'une dépression nerveuse s'accompagne d'une dépression immunitaire. Depuis cette hypothèse, plusieurs études ont affiné ces conclusions :

- ✓ Bartrop montre lors d'une étude<sup>43</sup> chez des sujets endeuillés comparés à un groupe témoin qu'il y a une diminution significative de la réponse lymphocytaire T à différents mitogènes, six semaines après le décès d'un conjoint,
- ✓ Scheifler<sup>44</sup> retrouve les mêmes anomalies en comparant des sujets hospitalisés pour un syndrome dépressif majeur et des sujets normo-thymiques
- ✓ Herbert, par une méta-analyse<sup>45</sup>, met en évidence une relation entre dépression et augmentation des polynucléaires neutrophiles circulants,

<sup>42</sup> Ader R., Psychoneuroimmunology, New York, Academic Press, 1981.

<sup>43</sup> Bartrop RW, Luckhurst E., Lazarus L., Lymphocyte function after bereavement, Lancet, 1977, 1°, 834-836.

<sup>44</sup> Scheifler SJ, Keller SE, Meyerson AT, Lymphocyte function in major depressive disorder, Arch Gen Psychiatry, 1984, 41; 484-486.

diminution du nombre et de l'activité des cellules natural killer et diminution du nombre total de lymphocytes T et B,

- ✓ Kiecolt-Glaser<sup>46</sup>, en étudiant une population d'étudiants en médecine au moment des examens retrouve une diminution du nombre relatif de lymphocytes sur le nombre total de globules blancs, sans modification du rapport LT auxiliaires sur LT supprimeur (CD4/CD8).

L'autre variation fondamentale retrouvée<sup>47</sup> au cours d'une dépression est l'apparition possible d'anticorps antinucléaires à doses détectables. En effet, lors d'une dépression, l'auto-immunité naturelle peut s'emballer. Ceci est une hypothèse possible des maladies auto-immunes

Enfin, des travaux<sup>48</sup> ont été réalisés pour étudier les effets de la psychothérapie sur les fonctions immunitaires. Ces travaux ont montré que l'expression émotionnelle s'accompagne dans les vingt minutes d'une augmentation du pourcentage de cellules natural killer NK et de leur activité ainsi qu'une augmentation du pourcentage du rapport LT supprimeurs sur LT cytotoxiques.

Ces données ouvrent des pistes sur la connaissance des maladies auto-immunes et sur l'intérêt d'associer une psychothérapie au traitement médicamenteux.

---

<sup>45</sup> Herbert TB, Cohen S., Depression and immunity : a meta-analytic review, Psychobull, 1993, 113°, 472-486.

<sup>46</sup> Kiecolt-Glaser JK., Speicher C., Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students, Psychosomatic Med, 1984, 27°, 13-19.

<sup>47</sup> Maes M., Bosmans E., Suy E., Antiphospholipid antinuclear Epstein Barr and cytomegalovirus antibodies and soluble interleukin 2 receptor in depressive patients, J Affect Dis, 1991, 21°, 133-140.

<sup>48</sup> Futterman AD., Kemeny Me, Shapiro D., Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood, Psychosom Med, 1994, 56°, 449-511.

### III. LA PSYCHOSOMATIQUE DE L'ENFANT

Dans les années soixante, à la suite des travaux de Marty émerge une pensée psychosomatique de l'enfant, sous l'impulsion de la rencontre entre deux psychanalystes, Michel Fain et Michel Soulé, et d'un pédiatre de renom, Léon Kreisler<sup>4950</sup>. Ensemble, ils vont écrire un ouvrage décisif pour la psychosomatique de l'enfant, traitant des troubles psychosomatiques précoces du nourrisson: *L'enfant et son corps :étude sur la clinique du jeune âge*<sup>51</sup>. C'est Fain qui le premier va évoquer que le jeune enfant a un psychisme très peu élaboré et qu'il ne lui reste guère d'autres voies pour juguler les tensions et les excitations que la somatisation. Kreisler, lui, a beaucoup étudié le nourrisson et décrit son psychisme.

#### A. La vie psychique du nouveau-né

##### 1. La grossesse et la vie in utero

Devenir mère est une étape cruciale dans la vie d'une femme. Ceci représente le rite de passage progressif de l'enfance à l'âge adulte. Devenir parent exige un changement de place transgénérationnelle. Il s'agit d'accepter ne plus être l'enfant de ses parents mais bien parents à son tour. Pendant la grossesse, de nombreuses modifications s'opèrent, notamment au niveau des mécanismes mentaux de la future mère. Il faut bien ces neuf mois pour porter, autant physiquement que psychiquement, l'enfant en soi. A cet instant de sa vie, la future mère est au plus

---

<sup>49</sup> Kreisler L., *La psychosomatique de l'enfant*, Paris, 3<sup>ème</sup> édition, 1989, édition Puf, 127p.

<sup>50</sup> Kreisler L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, 2<sup>ème</sup> édition, 1987, édition Privat, 345p.

<sup>51</sup> Kreisler L, Fain M., Soulé M., *L'enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*, Paris, 1974, édition Puf, 516p.

près de son inconscient. Cet état est décrit sous le terme de « transparence psychique de la grossesse »<sup>52</sup>.

Selon Lebovici<sup>53</sup>, l'enfant qui vient au monde est le représentant de trois enfants :

-l'enfant fantasmatique : il est l'enfant qui apparaît au moment du complexe d'Œdipe vers 4 ans. C'est l'enfant du désir d'enfants avec le père.

-l'enfant imaginaire : il est l'enfant que la femme, en âge de procréer, imagine quand elle envisage d'avoir un enfant. Elle projette beaucoup de choses sur lui (choix du futur prénom, elle imagine son avenir, son caractère...)

-l'enfant réel : il est l'enfant à la naissance.

Lors de l'arrivée du nouveau-né, la femme va être confrontée à l'enfant réel, différent de l'enfant imaginaire et de l'enfant œdipien. Cette première étape dans la relation mère-enfant se nomme épreuve de réalité. La naissance d'un enfant malade ou malformé, ou prématuré, peut venir réactiver le fantasme qu'a toute mère d'être en quelque sorte une mauvaise mère.

Par la suite, les premiers temps du développement de l'enfant viendront confirmer à la mère sa capacité à le nourrir, à prendre soin de lui, à le faire grandir. Cela augmentera sa confiance en elle.

Dans le ventre de sa mère, le fœtus ne subit aucun conflit pulsionnel. Il vit dans un état d'aconflictualité. Cette notion d'aconflictualité a été développée par Bela Grunberger<sup>54</sup>. Selon lui, le fœtus n'a aucun conflit pulsionnel, aucune tension. Il ne connaît ni frustration, ni temporalité.

## **2. Le nouveau-né, être psychosomatique à part entière**

Avec la naissance, disparaît l'état in utéro d'aconflictualité et apparaissent les

---

<sup>52</sup> Bydlowski M, *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, 1997, édition Puf, 195p.

<sup>53</sup> <sup>53</sup> Lebovici S, Diaktine R, Soulé, *Le nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 4 volumes, Paris, édition Puf, 2004.

<sup>54</sup> Grunberger B., *Le narcissisme*, Paris, 2003, éditeur Payot, 398p.

conflits entre besoins et satisfaction de ce besoin. Il y a donc apparition d'un état de tension. Le nouveau-né est soumis à multiples stimuli sensoriels. Il entend des bruits dont il ne comprend pas le sens, des voix familières et étrangères. Il ressent des odeurs de toutes parts. Il ressent des sensations douloureuses de faim dont il ne comprend pas l'origine mais qui lui semblent apaisées par le lait du sein. Il est ébloui par la luminosité, les lumières.

Le nouveau-né, ne possédant pas de psychisme embryonnaire, est dans l'incapacité d'intégrer psychologiquement les états de tension. Toujours tenté de retrouver l'état d'apaisement qu'il a connu in utero, il cherchera à se retrouver dans un état de tension minimale. Or, il ne peut s'exprimer que par son corps : il crie, il gigote, il pleure, il sourit, il s'endort. Tout est corporel à la naissance. Le nourrisson est un être entièrement psychosomatique. Il n'a pas de mécanismes mentaux de défense pour faire face à un conflit ou à un traumatisme. La décharge de l'excitation sur le corps par la somatisation est le moyen économique principal dont dispose le nouveau-né pour juguler ses tensions. Au fur et à mesure, grâce au développement psychoaffectif, d'autres mécanismes de défense vont se mettre en place pour gérer les pulsions et permettront de diminuer le recours au corps en cas d'excitations trop importantes. En se développant, l'individu tend à abandonner la voie somatique pour exprimer ses conflits et utilisera la voie de l'élaboration mentale ou mentalisation.

Le développement psychoaffectif de l'enfant passe par de nombreuses étapes depuis la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence. Si ce développement se passe normalement, ces étapes aboutissent à la mise en place d'une névrose solide à l'âge adulte qui protégera le sujet de la somatisation. Le développement normal fait donc passer un nourrisson entièrement psychosomatique à un adulte névrosé. La mise en place d'une névrose solide correspond à la mise en place des trois instances de la première topique de Freud : Le conscient, le préconscient, et l'Inconscient. La constitution d'une personnalité psychosomatique ou d'une psychose révèle un échec du processus qui aboutit normalement à une névrosation des conflits.

### **3. « La préoccupation maternelle primaire », une protection somatique pour le nouveau-né**

« La préoccupation maternelle primaire » est une notion développée par Winnicott<sup>55</sup>. Il est un des auteurs qui s'est le plus penché sur cette relation essentielle qu'est l'interaction mère-bébé. Il explique que dès les premiers jours, le psychisme de la mère est comme connecté à celui du nouveau-né. Le couple vit en symbiose et la mère ressent ce dont son bébé a besoin. C'est cet état qui permet à la mère de différencier les cris de son enfant et de leur donner un sens (« il a faim », « il est mouillé », « il a besoin d'être bercé »). L'insuffisance psychique du bébé est compensé par l'intuition de sa mère, sous tendu par l'instinct maternel<sup>56</sup>.

Selon Michel Fain : « la mère apaise les tensions internes et permet à l'enfant de revenir à un état de quiétude intérieure que les psychanalystes appellent le narcissisme primaire. »<sup>57</sup>

Du fait de l'immaturation motrice et affective du nourrisson, la mère joue le rôle d'auxiliaire indispensable qui médiatise les échanges entre le bébé et l'extérieur. Cet instinct maternel que l'on confère aux mères peut être rapproché des fonctions alpha décrites par Bion<sup>58</sup>. Selon lui, la mère digère les éléments qui pourraient faire effraction dans le psychisme de l'enfant, appelés éléments alpha, et les communique à son enfant sous forme d'éléments acceptables, appelés éléments bêta. C'est une fonction de détoxification. Cette fonction alpha de détoxification est aussi celle du thérapeute.

Le nouveau-né est donc, selon Marty, une « mosaïque première » où le rythme, la réactivité et le style des décharges entrent en résonance avec l'environnement de la mère (notion de « mère environnement » de Winnicott). C'est la fonction maternelle qui associe, hiérarchise et conduit à l'émergence d'une unité fonctionnelle psychique. Il est impossible de considérer la psychosomatique du nourrisson ou du

---

<sup>55</sup> Winnicott D, *La mère suffisamment bonne*, Paris 1996, éditions Payot, 122p.

<sup>56</sup> Badinter E., *L'amour en plus*, Paris 2001, édition LGF, 372p

<sup>57</sup> Kreisler L, Fain M., Soulé M., *L'enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*, Paris, 1974, édition Puf, 516p.

<sup>58</sup> Bion WR., *Aux sources de l'expérience*, Paris, 2003, édition Puf, 137p

jeune enfant hors d'une situation relationnelle (dyade mère-bébé et triade-mère-père-bébé). Winnicott citait : « Un bébé en lui-même n'existe pas, il y a un bébé et quelqu'un avec lui. »<sup>59</sup>.

Lebovici explique : « Les interactions contiennent une part notable d'influences organisantes et désorganisantes dans une mutualité où le bébé a non moins d'importance pour sa mère que sa mère sur lui. »<sup>60</sup> Un des rôle de la mère est d'organiser les rythmes de son bébé.

Au début de la vie, la pulsion de vie de la mère est entièrement tournée vers son bébé. Petit à petit, la libido de la mère convertie en instinct maternelle va reprendre une certaine mobilité. Winnicott<sup>61</sup> insiste sur le fait que la mère doit frustrer son enfant au fur et à mesure en investissant à nouveau le père dans sa relation, et en renouant ainsi avec sa vie de femme. Il parle alors de « mère suffisamment bonne ». Il s'agit pour lui d'une mère préoccupée par son enfant, mais dont l'enfant n'est pas le seul et unique objet d'amour. Cette notion se rapproche des considérations de Bela Grunberger sur l'importance de la frustration pour accéder au désir. En effet, le vécu d'une certaine frustration est une étape structurante pour l'enfant. C'est le manque de sa mère qui va permettre à l'enfant de grandir, de construire son appareil psychique, d'halluciner sa mère absente.

#### **4. Les anomalies de la relation mère-bébé, source de somatisations**

De nombreuses situations cliniques (deuil, mères célibataires, chômage, précarité sociale) peuvent rendre les mères indisponibles psychiquement pour accueillir leur enfant. Il y a donc un échec de la mise en place de cette relation privilégiée et de la préoccupation maternelle primaire. Une attention particulière doit être portée aux phénomènes psychologiques entourant la naissance, pouvant hypothéquer une

---

<sup>59</sup> Winnicott D, *L'enfant et sa famille*, Paris, 2006, édition Payot,

<sup>60</sup> Lebovici S, Stoléru S, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris, 1983, Païdos, Le Centurion, 377p.

<sup>61</sup> Winnicott D, *La mère suffisamment bonne*, Paris 1996, éditions Payot, 122p.



relation initiale inadéquate et des troubles ultérieurs.

Les premiers mois de la vie représentent une période de gestation pour le psychisme. Les anomalies de la relation précoce peuvent être aussi néfastes pour le psychisme que le sont pour le corps de l'embryon les carences et les agressions intra-utérines. Dans ce cas, les troubles de l'interaction mère-bébé se traduiront le plus fréquemment par la voie somatique.

La pathologie psychosomatique du nourrisson occupe donc une place privilégiée dans la psychiatrie du premier âge. De nombreux troubles peuvent être observés, allant du plus anodin au plus sérieux. Au-delà des cas relevant de déficiences dans la relation mère-nourrisson, l'enfant le mieux équilibré peut également choisir le biais somatique pour révéler un malaise ou un conflit occasionnel. C'est pourquoi à tout âge, un fonctionnement psychique sans défaillance tient une place essentielle parmi les défenses qui s'opposent à la désorganisation somatique. Et ceci est d'autant plus vrai pour le bébé, dont l'organisation mentale est inachevée et l'instance défensive assurée par l'univers des soins maternels.

En effet, deux attitudes opposées peuvent gravement nuire à l'évolution psychique de l'enfant :

- ✓ le cas d'une mère qui n'investit nullement son enfant et le considère comme un obstacle à ses désirs. Il y a alors trop de carence et de frustration dans la relation mère-enfant qui ne se noue pas suffisamment,
- ✓ le cas d'une mère dont l'unique objet d'amour est le bébé qui devient le centre de toutes ses attentions. Il n'y a alors dans la relation aucun conflit, aucune carence, aucune frustration.

Il n'existe pas de corrélations entre un profil psychopathologique des parents et le type de pathologie de l'enfant. Il est toutefois important de mener une évaluation de la personnalité des parents lors d'une investigation psychosomatique. Il est exceptionnel de se retrouver face à une psychopathologie lourde chez les parents. Les formes les plus difficiles sont les personnalités caractérielles (névrose de caractère), peu conscientes de leurs anomalies et des conduites aberrantes qui en

résultent.

Dejours a, lui aussi, élaboré une théorie sur l'importance des premiers soins délivrés au nourrisson. Il parle de subversion libidinale<sup>62</sup>. Il explique que, tour-à-tour, les différentes parties du corps vont servir de zones érogènes. Ces zones vont être arrachées à leurs maîtres primitifs, qui sont les fonctions biologiques, pour être subverties afin de constituer le corps érotique. La colonisation subjective du corps physiologique en corps érotique a toujours un caractère inachevé. Cette subversion libidinale se fait à travers les échanges entre l'enfant et ses parents, de la naissance à l'âge de cinq ans. Le fonctionnement psychique de la mère, ses fantasmes, sa propre sexualité, son histoire et sa névrose vont entrer en résonance avec le psychisme de l'enfant. L'enfant sera marqué dans sa chair par l'inconscient de ses parents.

Dejours suggère que les troubles psychosomatiques sont le résultat d'un échec de la subversion de certaines zones. Selon lui la décompensation d'un organe ne viendrait pas par hasard, mais renverrait au contraire à des avatars de la relation précoce du nourrisson avec ses parents.

La théorie de Dejours s'oppose ainsi à celle de Marty, qui affirme que le « symptôme est bête. ». Selon Marty, le symptôme peut toucher n'importe quelle partie du corps, au hasard.

## **B. Les facteurs de somatisation chez les enfants**

Plusieurs situations peuvent provoquer la somatisation chez le nourrisson ou chez l'enfant.

---

<sup>62</sup> Christophe Dejours, *Le corps d'abord*, Paris, 2003, Edition Payot, 193p.

## 1. Les carences

La carence et la frustration grave induisent la pathologie psychosomatique du manque. Celle-ci est la plus sévère car elle se traduit par des troubles fonctionnels à hauts risques comme l'anorexie du nourrisson, l'insomnie, les vomissements psychogènes, le mérycisme.

Les situations de carences extrêmes ont été mises en évidence par Spitz<sup>63</sup>. C'est lui qui le premier montre le lien entre le type de relation et la pathologie fonctionnelle du jeune enfant. Il décrit les effets chez les nourrissons de l'interruption d'une relation mère-enfant à travers l'étude de jeunes enfants nés en prison. Lors de séparations totales des nourrissons d'avec leur mère et de soins de nursing de type opératoire par des nourrices, les nourrissons développent une dépression anaclitique. Il s'agit d'une maladie de carence affective avec retrait relationnel majeur, retard de développement, absence de jeu, troubles du sommeil et de l'appétit, retard de croissance, mérycisme, fréquence des infections respiratoires. Ce type de troubles se met d'ordinaire en place lorsque la relation précédant l'absence était plutôt bonne, et que la séparation a été brutale.

Après avoir montré le lien entre la somatisation et les soins maternels, Spitz a ensuite tenté de relier un type de symptôme somatique à un type de relation mère-enfant. Ainsi, pour lui, la colique du 3<sup>ème</sup> mois est l'effet d'une relation primaire mère-enfant excessive et anxieuse. Ce point de vue, bien que prévalant encore en France, semble infondé. Il a été démontré que de nombreuses mères anxieuses n'avaient pas d'enfants à coliques<sup>64</sup>

Dans la suite des hypothèses de Spitz, de nombreux travaux<sup>65</sup> sur l'animal ont été réalisés pour mettre en évidence l'importance d'un bon attachement mère-enfant

---

<sup>63</sup>Spitz R., *De la naissance à la parole*, Paris, 1993, édition Puf, 306p.

<sup>64</sup>Guedey A., Grass F., Attachement et psychosomatique de l'enfant, *perspective psy*, vol 42, N°2, avril-juin 2003, p.115-121

<sup>65</sup>Guedey A., Grass F., Attachement et psychosomatique de l'enfant, *perspective psy*, vol 42, N°2, avril-juin 2003, p.115-121

pour la bonne santé des nourrissons. Une étude montre ainsi que le contact ventral précoce avec la mère induit une diminution rapide de l'activité de l'axe hypophysaire et du niveau d'éveil du système nerveux sympathique ainsi que d'autres changements associés à l'apaisement. L'application peau contre peau permet entre autres une meilleure croissance du prématuré.

Des travaux de Myriam Hoffer<sup>66</sup> ont mis en évidence un comportement d'attachement chez le rat. Si une ratte s'échappe de la cage, le rythme cardiaque de son bébé délaissé se situe moitié en-dessous de la normale. En l'absence de leurs mères, les jeunes rats sont ralentis et déprimés, et leur température descend en-dessous de la normale. L'interaction entre la mère et son petit chez le rat semble être un élément majeur de la régulation de nombreux systèmes physiologiques.

Le nanisme psychosocial est un exemple intéressant pour mettre en relation l'attachement et la psychosomatique chez l'enfant. Le nanisme psychosocial s'observe habituellement chez les enfants âgés de 2 à 8 ans. Leur croissance s'arrête, et ce facteur est lié à des conditions familiales pathologiques. Lorsque ces enfants sont retirés de leur milieu familial, une reprise et une accélération considérable de la croissance sont observées, pouvant aller jusqu'à 1cm par mois. Remis dans leur milieu d'origine, ils s'arrêtent à nouveau de grandir.

L'hypothèse<sup>67</sup> pour expliquer ces faits est la suivante : l'hormone de croissance est sécrétée pendant la nuit, en particulier pendant la phase de sommeil lent profond stade 4. Suite à la perturbation du sommeil lent profond, il y a un déficit en hormone de croissance. L'hypothèse est que les conditions de vie de l'enfant peuvent entraîner des troubles du sommeil lent profond qui compromettent les possibilités de sécrétion d'hormone hypophysaire. Une fois l'enfant séparé de son milieu, le trouble du sommeil se corrigerait avec une reprise secondaire de la croissance.

Le nanisme psychosocial constitue une pathologie psychosomatique liant de façon remarquable des données biologiques, d'environnement et de fonctionnement

---

<sup>66</sup> Hoffer M., Hidden regulators : implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J, Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The analytic Press, 1995: 203-232.

<sup>67</sup> Ansermet F., Modèles psychopathologiques du phénomène psychosomatique chez l'enfant, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1999, n°47, p.161-168.

mental.

## **2. la dépression maternelle**

En plus des carences qui représentent un tableau classique de dépression avec un haut risque de pathologie psychosomatique, d'autres mécanismes sont à l'origine des affections psychosomatiques de l'enfant. Ces autres mécanismes, bien que moins spectaculaires, ne doivent pas pour autant être négligés car ils ont un haut potentiel de désorganisation somatique. La dépression maternelle et ses effets traumatisants pour l'enfant en est un bon exemple

Dans son livre *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*<sup>68</sup>, André Green définit la dépression maternelle comme « le complexe de la mère morte ». André Green a découvert ce concept lors de psychanalyses d'adultes. Il s'agit d'une mère qui n'est pas morte en réalité mais qui a cessé d'être vivante pour son enfant lors d'une période précoce de la vie, essentiellement par suite de dépression. Ce désinvestissement contraste avec des conditions de vie antérieures heureuses. Cette dépression est souvent la conséquence de la perte d'un être cher (parents, enfants, amis). Il peut également s'agir d'une dépression déclenchée par une déception qui inflige une blessure narcissique : ruine, rupture sentimentale, perte d'une fonction ou d'un statut. Il est important de souligner que les traumatismes les plus fréquents sont la mort d'un enfant en bas âge ou la fausse-couche (traumatisme dont l'occultation est souvent totale car les signes manquent).

Le complexe de la mère morte se traduit par la perte de l'interaction entre la mère et l'enfant et l'incapacité pour l'enfant de remettre en marche cette interaction. Brusquement, la mère qui était tout à son bébé se retrouve absente psychiquement tout en étant présente physiquement. A la relation riche et heureuse se substituent des échanges pauvres et atones. L'enfant s'était senti aimé et le désinvestissement brutal est vécu par lui comme un traumatisme. L'enfant ne comprend pas ce qui rend

---

<sup>68</sup> Green A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, 1983, les éditions de Minuit, 314p.

sa mère si indisponible et va penser que l'amour maternel est perdu. Il s'agit d'un vécu de perte narcissique. L'enfant ne peut plus anticiper la réaction de sa mère dans l'interaction. Il ne sait plus à quoi s'attendre. Ce désinvestissement sape les fondements même du narcissisme. Le deuxième semestre de la vie du nourrisson constitue une période charnière où les risques de séquelles psychiques sont les plus élevés.

Certaines de ces dépressions maternelles sont peu évidentes cliniquement, latentes, camouflées par l'asthénie et les doléances somatiques. Elles sont à risque pour l'enfant.

Face à une mère déprimée, l'enfant aura tendance à se détourner et à développer une dépression (pathologie du lien) ou au contraire à s'adapter, à tenter de réanimer la mère, à lutter contre les affects dépressifs (pathologie de l'adaptation). Cette deuxième solution est une situation à haut potentiel psychosomatique pour l'enfant.

### ***3. Le surplus d'excitation***

Le surplus d'excitation et la sur-stimulation peuvent également être à l'origine de la somatisation. Ceux-ci sont à potentiel de décharge fonctionnel immédiat. La régulation de l'excitation est au centre de l'économie psychosomatique individuelle.

L'excitation provient séparément ou conjointement du monde extérieur ou de pressions internes insuffisamment contenues. A la mentalisation appartient le traitement de l'angoisse : la tolérer, la négocier, l'élaborer.

La qualité de l'angoisse contient les indices les plus précieux de l'économie psychosomatique dans les deux pôles opposés que sont les angoisses diffuses, conditions à risque somatique élevé, et les anxiétés suffisamment élaborées. Le modèle de l'angoisse diffuse est l'angoisse de séparation qui renvoie à la détresse du bébé à la disparition de sa mère.

Marty<sup>69</sup> explicite : « Automatiques au sens classique, les angoisses diffuses traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par les mouvements instinctuels non maîtrisés. L'angoisse n'est plus le signal d'alarme, elle est la détresse même. Des angoisses diffuses précèdent souvent la chute dans la dépression essentielle. ».

Au départ, l'excitation pour le bébé est pure angoisse. C'est la mère qui fait office de pare excitation chez le nouveau-né. Ce pare excitant peut lier l'excitation vers la libido ou vers l'instinct de mort. La transformation du déplaisir en plaisir va se faire grâce à ce pare excitant.

La surcharge d'excitation est à l'origine d'insomnie et de colique du 1<sup>er</sup> trimestre. L'anxiété des mères se caractérise par une sollicitude exagérée ou des conduites inadéquates. Cette excitation peut être :

- ✓ une excitation continue dirigée sur une sphère fonctionnelle élective, orale (anorexie), ou anale (constipation),
- ✓ une surprotection maternelle sans triangulation par le père. Cette relation mère-enfant duelle et symbiotique est pathogène.

Quand l'excitation dépasse les capacités économiques de l'appareil psychique, il s'ensuit une recrudescence de l'angoisse, et en l'absence de moyens pour la juguler, une aggravation des troubles somatiques.

Chez certains patients, le Moi met en place des moyens pour abaisser le seuil de tension : les procédés auto-calmands. Ces procédés auto-calmands du Moi ont été décrits par Szwec<sup>70</sup> et Smadja<sup>71</sup>. Ils sont présents chez tous les individus et permettent son économie psychosomatique. (Déambuler quand on lit un texte, fumer, dessiner lors d'une réunion). Ils n'empêchent pas le sujet de penser, au contraire. Par contre, ils peuvent avoir une place excessive et servent alors de défense pour le Moi contre un danger.

Les procédés auto-calmands visent à ramener le calme à travers la recherche répétitive d'une excitation. Il s'agit d'une recherche de détente à partir de comportements moteurs ou perceptifs, qui peuvent même aller jusqu'à la recherche

---

<sup>69</sup> Marty P., *L'ordre psychosomatique*, Paris, 1998, éditions Payot, 300p.

<sup>70</sup> Szwec G., *Les galériens volontaires*, Paris, 1998, éditions Puf, 176p.

<sup>71</sup> Smadja C., A propos des procédés auto calmands du Moi, *La revue française de psychosomatique*, 1993, n°4, p.9-25.

de certains traumatismes. Bien qu'apportant le calme, ces procédés ne mènent pas à la satisfaction. Ils peuvent en effet conduire à l'épuisement pour lutter contre une détresse. Szweg utilise le terme « galériens volontaires »<sup>72</sup>, pour décrire certains marathoniens, danseurs, sportifs de hauts niveaux, pratiquant un entraînement intensif, dans le but d'une mise en tension intense répétitive du corps et des sens et leur retour au calme. Toutes les activités sportives intensives et répétitives peuvent être considérées comme des procédés auto-calmants.

Utiliser un procédé auto-calmant équivaut à se calmer soi-même (jouer à la mère et à l'enfant à la fois). Ces procédés se mettent en place comme un auto-bercement agi, mis en œuvre quand il y a échec du fantasme d'une mère calmante. L'existence de procédés auto-calmants est la conséquence d'une défaillance de la constitution d'un système psychique de défense contre la détresse et d'un échec de la fonction maternelle à atténuer l'angoisse de son enfant. Selon Szweg<sup>73</sup>, il s'agit d'un échec de la mère à aider son enfant à supporter sa disparition à elle, ce qui conduit à un effort du processus auto-calmant pour maintenir la perception.

En conclusion, en clinique psychosomatique, le propre du traumatisme 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.

#### **4. Les structures psychosomatiques de l'enfant**

Kreisler <sup>74</sup>liste les troubles psychosomatiques retrouvés le plus fréquemment chez l'enfant :

---

<sup>72</sup> Szweg G., *Les galériens volontaires*, Paris, 1998, éditions Puf, 176p.

<sup>73</sup> Szweg G., *Les procédés auto calmants en psychosomatique et en psychiatrie de l'enfant, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, n°52, p. 410-413.

<sup>74</sup> Kreisler L., *La psychosomatique de l'enfant*, Paris, 5<sup>ème</sup> édition, 1996, éditions Puf, 122 p.



- ✓ troubles respiratoires : asthme, spasme du sanglot,
- ✓ troubles à expression nerveuse : troubles du sommeil, céphalées,
- ✓ désordres alimentaires : anorexie mentale du nourrisson, mérycisme, anorexie-boulimie de l'adolescente,
- ✓ syndrome abdominal : colique du 3<sup>ème</sup> mois, douleurs abdominales psychogènes, rectocolite ulcérohémorragique, reflux gastro-oesophagien, vomissement psychogène,
- ✓ troubles de l'élimination (énurésie, encoprésie),
- ✓ retard de croissance par souffrance psychologique.

Le comportement d'un enfant qui se porte bien exprime à la fois son adaptation au monde réel et les fantasmes inconscients qui surgissent dans ses représentations et qui se manifestent sous forme de rêverie.

Bien que les enfants soient tous susceptibles de somatiser, pour Kreisler, il existe chez l'enfant des structures psychologiques qui par leurs fragilités peuvent prédisposer aux désorganisations psychosomatiques. Kreisler les regroupe sous le terme de « structures psychosomatiques vulnérables ». Ces structures ne trouvent pas leur place dans les classifications actuelles pédopsychiatriques et psychanalytiques.

Par structure, Kreisler entend une modalité particulière de fonctionnement psychique et non une organisation immuable. Les principales structures à risque psychosomatique sont :

- ✓ la structure comportementale,
- ✓ certains fonctionnements névrotiques,
- ✓ des états d'inorganisation,
- ✓ les structures dites allergiques.

### **La structure comportementale**

La structure comportementale de l'enfant peut être comparée à la névrose de comportement de l'adulte décrite par Marty. La différence fondamentale entre les deux est sa réversibilité possible chez l'enfant grâce à des mesures appropriées. La

structure comportementale ne se fixe pas avant l'adolescence, période charnière des organisations de la personnalité. L'enfant ayant cette structure est marqué par une incapacité à l'élaboration fantasmatique. Son activité n'est pas infiltrée par des pulsions inconscientes, comme dans les névroses mentalisées. Le fonctionnement mental de ces enfants ne se fait que dans le comportement, les malaises, les conflits non-exprimés par l'élaboration psychique mais dans une forme agie. Ces enfants sont entièrement accaparés par les situations concrètes, ils n'ont pas d'accès à l'imaginaire.

Le fait que ces enfants soient préoccupés par des situations concrètes évoque la pensée opératoire. Chez l'enfant, les prémises de cette pensée opératoire peuvent être une lecture limitée aux livres de classes, un bricolage utilitaire plutôt que le jeu. Une activité est opératoire quand elle n'est pas chargée d'une empreinte affective. Leur monde interne est peu investi. Sur le plan thymique, ces enfants ont une certaine froideur émotionnelle, une atonie affective globale. Ils semblent inaccessibles à l'angoisse. Ils semblent être dans un registre dépressif. Chez le tout petit, il peut s'agir d'atonie affective globale, de monotonie, d'apathie, d'hypotonie. Le tableau dépressif s'accompagne de tristesse, d'hyper-maturité, de culpabilité. Cette structure prédispose à la maladie psychosomatique.

La réversibilité, par la mise en ordre des conditions pathogènes et éventuellement les suivis psychothérapeutiques, appartient aux caractéristiques du comportement vide. Elle donne la preuve des singulières capacités de récupération du jeune enfant, les instincts de vie sont apparemment étouffés mais prêts à être réanimés quand le ravitaillement affectif peut être distribué.

### **Les névroses mal élaborées**

Certaines névroses mal élaborées sont aussi à risque somatique. Ces névroses s'opposent aux névroses phobiques, obsessionnelles, hystériques. Ces névroses mal élaborées sont exposées aux débordements de l'angoisse. L'expression

somatique de ces formes névrotiques est d'une grande variété sans spécificité absolue.

Parmi les troubles névrotiques à risque, on retrouve des perturbations anxio-phobiques, des tendances perfectionnistes, ou encore une propension à nier les conflits ou à refouler les pulsions agressives. Ces traits se retrouvent dans la névrose de l'enfant sage. Il s'agit d'un fils ou d'une fille parfaits qui comblent le Moi Idéal de perfection de leurs parents. Ils sont tranquilles en surface au prix d'un endiguement des pulsions, barrées mais susceptibles de resurgir par la voie comportementale ou somatique. Cette névrose des enfants sages est souvent retrouvée chez beaucoup de jeunes anorexiques mentales à l'adolescence. La vulnérabilité est due à l'extrême sensibilité réceptive de ces enfants et à l'intensité des affects dont l'inondation submerge les capacités fonctionnelles du préconscient.

Ces névroses mal élaborées se caractérisent par une incapacité à recourir à la régression. Au lieu du refoulement se met en place la répression qui vise à rejeter, en les effaçant les affects pénibles ou les pulsions redoutées.

Les troubles fonctionnels ont une large place dans cette structure névrotique.

### **La structure allergique**

La structure allergique de l'enfant peut être comparée à la structure allergique décrite par Marty. La personnalité allergique essentielle est une des rares structures dont la permanence du jeune âge à l'adulte peut être constatée. Son aspect le plus marquant est la qualité de la relation à autrui, la relation d'objet. Cette relation d'objet est définie comme la relation objectale allergique.

Ce type de relation d'objet est caractéristique chez les asthmatiques et les eczémateux. On le rencontre de manière moins régulière chez les patients atteints de rhume des foins, d'œdème de Quincke ou d'urticaire. La grande originalité de cette relation d'objet est une tentative permanente du sujet de se rapprocher de l'objet. Une hystérique maintient à distance sa relation à l'objet par le mécanisme de l'évitement. Un allergique n'a qu'un désir : se rapprocher le plus possible de l'objet

jusqu'à se confondre avec lui. Les mécanismes utilisés pour réaliser cela se produisent en deux temps :

- ✓ la saisie de l'objet,
- ✓ puis l'aménagement de cet objet.

La saisie de l'objet est brutale et immédiate. C'est une identification profonde et sans limites du sujet à l'objet. Dès les premières minutes de la rencontre avec un allergique peut être remarquée une série de lapsus qui indique sa confusion entre la personnalité du médecin et la sienne. Joyce Mc Dougall donne un exemple dans son livre *Théâtres du corps*<sup>75</sup>. Un patient lui dit à son retour de vacances en voyant qu'elle a un coup de soleil sur le visage : « mon dieu, qu'avez-vous fait à nos visages ? »

L'aménagement de l'objet est un mouvement plus long dans le temps et aussi plus nuancé. Il consiste en une installation dans l'identification première. Il s'agit d'une interpénétration progressive visant à effacer les différences et distances qui apparaissent entre le sujet et l'objet. Généralement, pour qu'un allergique accepte de prendre en considération un objet primitivement saisi, il faut que les qualités essentielles de cet objet ne s'éloignent pas trop de ce qui est un certain idéal de lui-même.

Par ce contact de fusion, c'est bien sûr une fusion avec la mère que l'allergique recherche : une mère idéalisée. Le Moi de l'allergique est un Moi très faible dont l'activité principale est l'aménagement des objets. Il n'a pas d'existence propre, sa valeur réside dans la valeur des objets rencontrés.

Ces sujets fonctionnent généralement bien somatiquement tant que se maintient l'identité. La régression apparaît quand l'objet déjà investi révèle une qualité propre nouvelle qui se situe au-delà des possibilités plastiques d'identification du sujet. Par exemple, une patiente allergique disait à Marty : « quand quelqu'un est différent de moi, cela me désarçonne, je me perds ».

Le second événement déclenchant la régression chez l'allergique apparaît lorsque se déclare une incompatibilité majeure entre deux objets également investis. Le sujet est alors déchiré. Si la régression se prolonge, le symptôme somatique (crise d'asthme ou eczéma) apparaît sous forme de crise.

---

<sup>75</sup> Mc Dougall J, *Théâtres du corps*, Paris, 1989, éditions Gallimard, 215p.

Les enfants allergiques ont des caractéristiques communes : la familiarité, l'excessive proximité, la négation de toute distance, un besoin vif de captation de l'autre. Leur vie fantasmatique et onirique est souvent d'une grande richesse. Leur besoin de contact fusionnel avec l'autre aiguillonne leur sensibilité et affine leurs capacités intuitives. Ces enfants ont beaucoup de camarades mais peu de liaisons stables. Ils évitent les situations conflictuelles par la répression de leur agressivité et la négation de l'agressivité chez l'autre. Si le sujet est débordé par des événements éprouvants, la crise se déclenche.

Ce qui caractérise les premiers stades de la vie d'une personne allergique est l'absence d'angoisse de l'étranger au 8<sup>ème</sup> mois. L'angoisse de l'étranger du 8<sup>ème</sup> mois a été décrite par Spitz<sup>76</sup> comme le deuxième organisateur. Pour Spitz, cette angoisse de l'étranger est l'angoisse de perdre sa mère.

Au 8ème mois, l'enfant est confronté au visage de l'étranger. S'il y réagit avec angoisse, celle-ci n'est pas angoisse de perdre sa mère mais angoisse issue de la saisie de la différence. La preuve est que cette angoisse survient également quand la mère est présente dans la pièce avec l'étranger. L'angoisse de l'enfant éclate en même temps que l'irréductibilité des visages. Il s'agit d'une angoisse de se perdre soi-même hors de l'objet.

Il est communément admis depuis Spitz que les enfants allergiques ne connaissent pas l'angoisse du 8<sup>ème</sup> mois. Ils n'ont pas peur de l'étranger car ils ne font pas la différence entre le visage de leur mère et celui de l'étranger. Leur expérience du visage reste celle inchangée du visage originel. Le sujet va réduire tous les visages au visage de sa mère et du sien, grâce à la projection, l'identification, l'idéalisation. Aussi longtemps que se maintient l'identique, le sujet reste à l'abri de la crise d'allergie. Celle-ci fait irruption comme une déchirure lorsque l'autre se révèle en son altérité.

##### ***5. La place de la somatisation dans la classification des structures et l'intérêt de la prise en charge***

---

<sup>76</sup> Spitz R., *Le oui et le non : de la communication humaine*, Paris, 1962, éditeur Puf 132p.

Les psychosomaticiens de l'école de Paris ont proposé l'hypothèse que la folie protégeait de la maladie<sup>77</sup>. Une bonne mentalisation figure la capacité de produire des symptômes névrotiques.

Sur le plan clinique et de manière subjective, chacun connaît la résistance exemplaire des autistes et psychotiques à la maladie somatique.

Il a été souvent observé une désorganisation somatique brutale juste après la disparition d'une symptomatologie délirante grâce à l'introduction d'un traitement antipsychotique. Dans le même registre, il a parfois été constaté un état délirant brutal d'un enfant ou d'un adulte après traitement rapide d'une crise d'asthme par un corticoïde. Effet indésirable des corticoïdes ou remplacement d'un symptôme somatique par un délire devant l'incapacité de l'appareil psychique à mentaliser les traumatismes ou l'excès d'excitation ? La crise d'asthme a un effet réorganisateur psychique.

Certains individus ont un fonctionnement à bascule, c'est-à-dire qu'ils oscillent entre deux systèmes : un état psychopathologique caractérisé par des symptômes ou un délire avec une absence de somatisation ou un état somatique qui remplace les défenses névrotiques ou psychotiques qui ont disparu. Ce n'est pas un diabète ou un asthme qui est antinomique avec une névrose ou une psychose mais la tendance d'un individu à somatiser. C'est cette tendance à somatiser qui réduit le champ des psychoses et des névroses pures car elles sont révélatrices de leur inconsistance.

La maladie somatique redonne un objet d'investissement à des patients qui retrouvent un souci pour eux-mêmes, tandis que s'efface un fonctionnement opératoire, une dépression essentielle, la manifestation du travail de la pulsion de mort qui a pu faire le lit de la somatisation.

Chez l'enfant, la névrose va se constituer depuis le plus jeune âge jusqu'à la fin de l'adolescence. Plus l'enfant est jeune, moins sa névrose sera solide et plus il aura tendance à somatiser. Au fur et à mesure, il devra acquérir des défenses psychiques qui le protégeront de la somatisation.

Le rôle du pédopsychiatre et du psychologue qui auront en charge des enfants est de les aider à d'étayer, et se structurer.

---

<sup>77</sup> Szwec G., Azoulay J., Souffir V., Roux ML., La folie protège-t-elle de la maladie ?, *Revue française de psychosomatique*, n°27, 2005, éditions Puf, 185p.

Freud<sup>78</sup> a décrit la première et la deuxième topique. Dans la première topique, Freud différencie le Conscient (Cs), Préconscient (Pcs) et l'Inconscient (Ics). Dans la deuxième topique, Freud différencie le Ça, le Moi et le Surmoi. Les psychosomaticiens s'appuient plutôt sur la première topique, pour comprendre le fonctionnement psychique du patient somatisant.

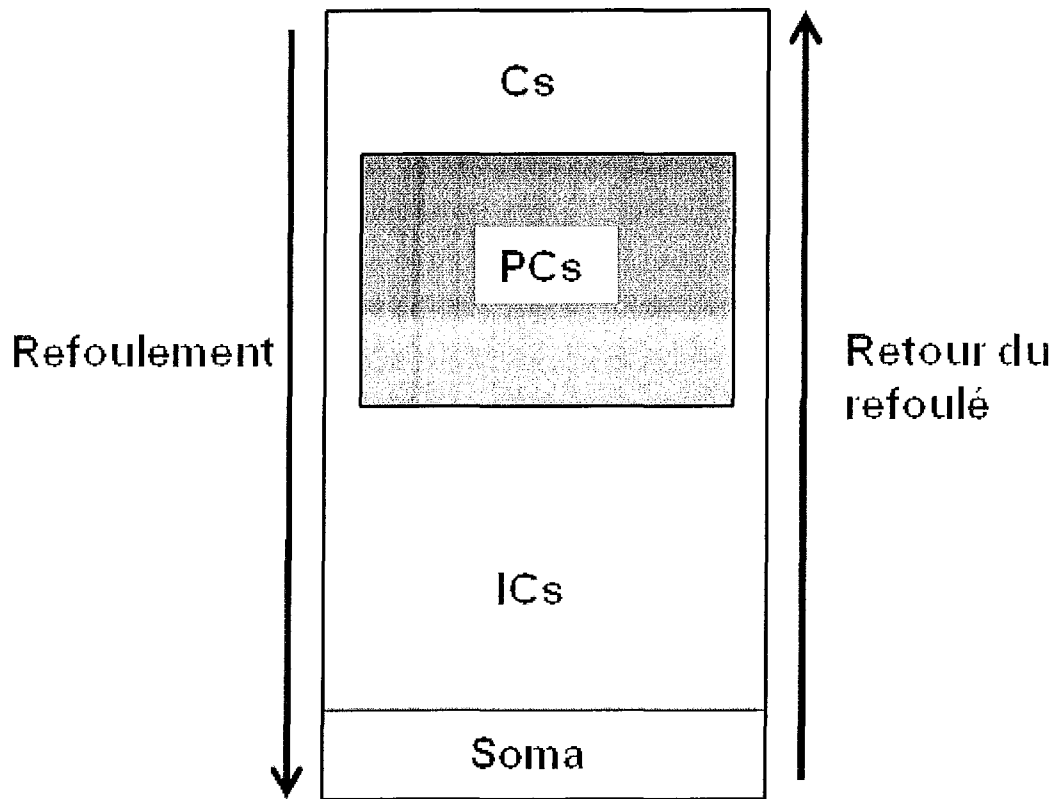


Figure 3 : Schéma de la première topique de Freud.

Christophe Dejours<sup>79</sup> émet l'hypothèse d'une troisième topique. Son modèle théorique donne une explication des mécanismes en jeu dans la somatisation, le délire et le refoulement.

Pour Dejours, l'inconscient refoulé se fait connaître par le retour du refoulé (lapses, rêves). Mais d'autres manifestations comme le passage à l'acte et les somatisations portent la marque d'une influence d'un autre type d'inconscient, l'inconscient amental. Selon Dejours, l'inconscient est donc divisé en deux :

<sup>78</sup> Freud S., *Essai de psychanalyse*, Paris, 2004, édition Payot, 277p.

<sup>79</sup> Christophe Dejours, *Le corps d'abord*, Paris, 2003, Edition Payot, 193p

- ✓ l'inconscient sexuel ou inconscient refoulé, qui peut faire retour et être mentalisé,
- ✓ l'inconscient amental ou sans pensée qui se forme en réaction à la violence exercée par les parents contre la pensée de l'enfant. Celui-ci ne peut mener ni à un retour de refoulé, ni à une nouvelle pensée.

Entre le préconscient et le conscient se trouve la zone de sensibilité de l'inconscient. C'est au niveau de cette zone que la réalité extérieure va entrer en contact avec l'impensable de l'inconscient amental.

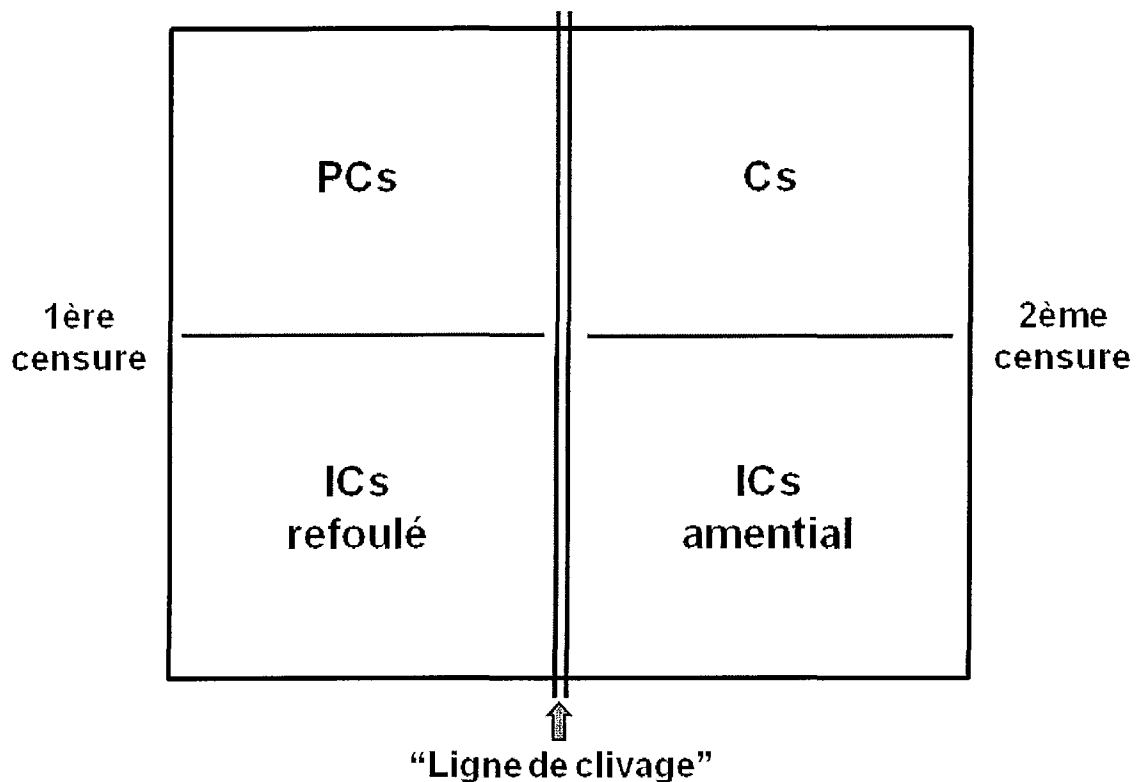


Figure 4: La troisième topique de Christophe Dejours (issu de son livre, *le corps d'abord*, p.84)

Tous les individus sont construits sur ce schéma. Ce qui diffère est la position de la ligne de clivage :

- ✓ plus la ligne de clivage de l'inconscient est déplacée vers la gauche, plus la normalité prend une allure standard et conformiste, régie par le conscient. C'est un fonctionnement de type opératoire. Ce type de sujet aura tendance à somatiser ou à délirer.
- ✓ plus la ligne est déplacée vers la droite, plus il y a d'inconscient refoulé et de possibilité de retour du refoulé. C'est un fonctionnement de type névrotique,



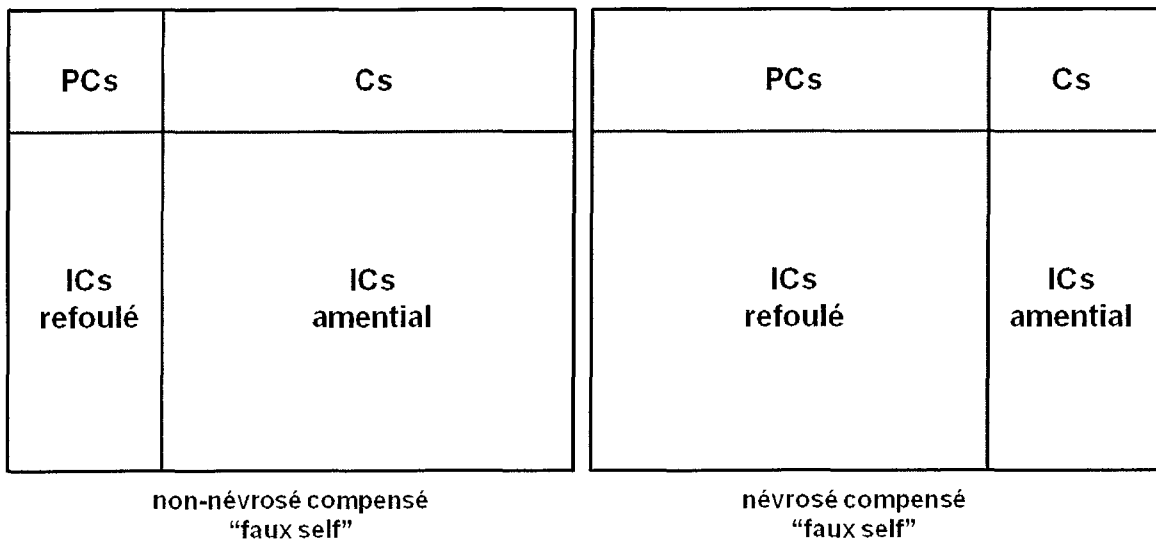


Figure 6: organisation de la structure topique selon la personnalité du sujet (issu du corps d'abord de Christophe Dejours, p.59)

La troisième topique nous montre qu'aucun sujet n'est à l'abri d'une somatisation ou d'un délire même si certaines structures sont plus protégées que d'autres. Le but des prises en charge psychothérapeutiques est d'aider le sujet à augmenter son inconscient refoulé, et donc à déplacer la ligne de clivage vers la droite.

Face à une réalité extérieure traumatisante, qui entre en écho avec l'impensable de l'inconscient amental, le sujet a quatre possibilités :

- ✓ le refoulement. La réalité extérieure traumatisante va stimuler des éléments de l'inconscient amental. Il va y avoir association idéique. Tout ce matériel sera mis en latence par le préconscient. Pendant la nuit, le sujet va rêver et refouler par le rêve ces éléments. Ce mécanisme permet d'enrichir l'inconscient refoulé de matériaux de l'inconscient amental et de déplacer la barre de clivage vers la droite. Ce processus se nomme perlaboration par le rêve. C'est le même mécanisme qui se passe lors d'une psychothérapie,

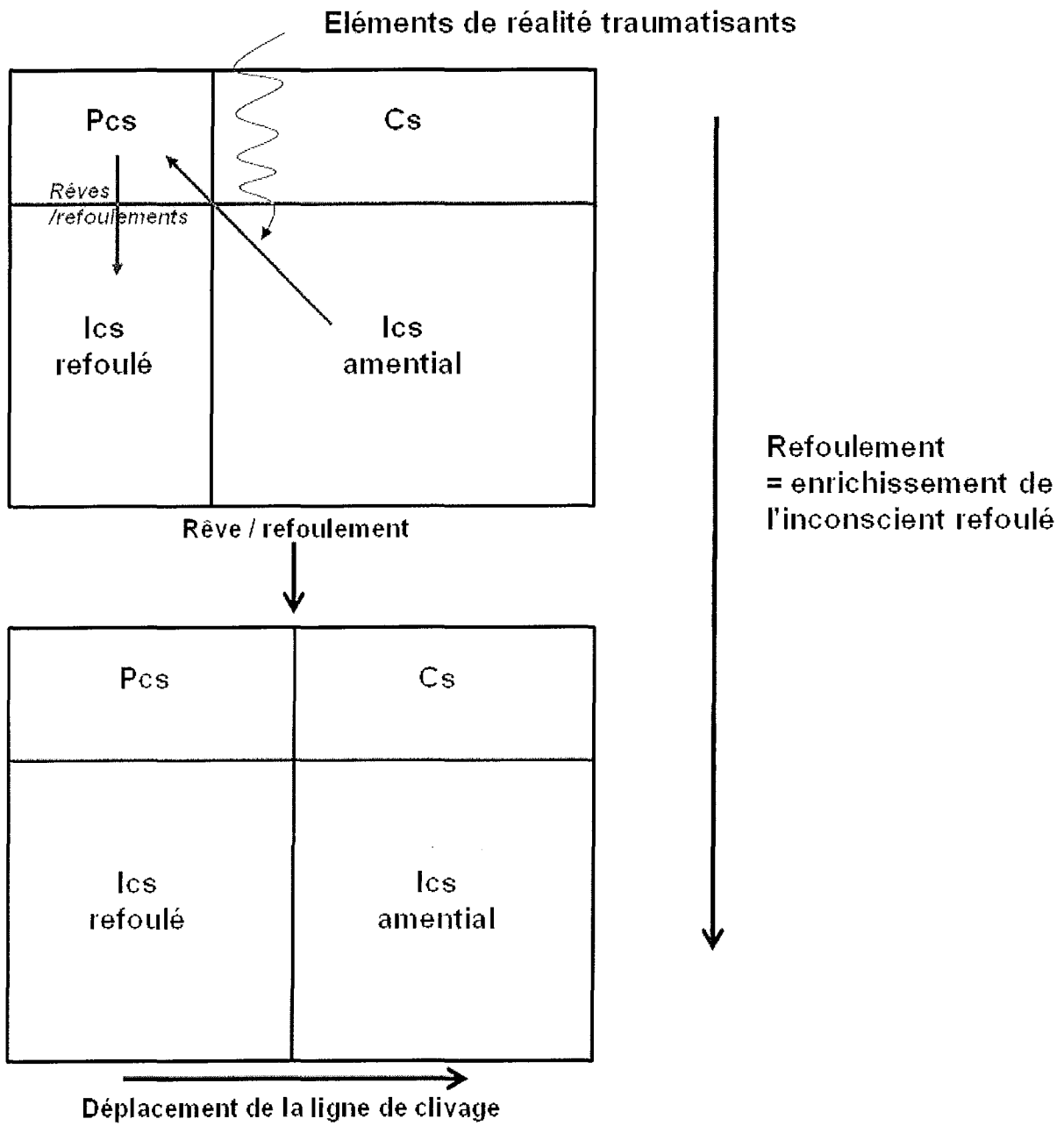


Figure 7: Topique de la névrose par le refoulement et le rêve

✓ le passage à l'acte. Chez le psychopathe, le préconscient est extrêmement mince et la zone de sensibilité volumineuse. La perception extérieure va stimuler l'inconscient amental. Il y a un risque d'explosion de l'appareil psychique et pour maintenir le clivage, le sujet passe à l'acte dans la réalité,

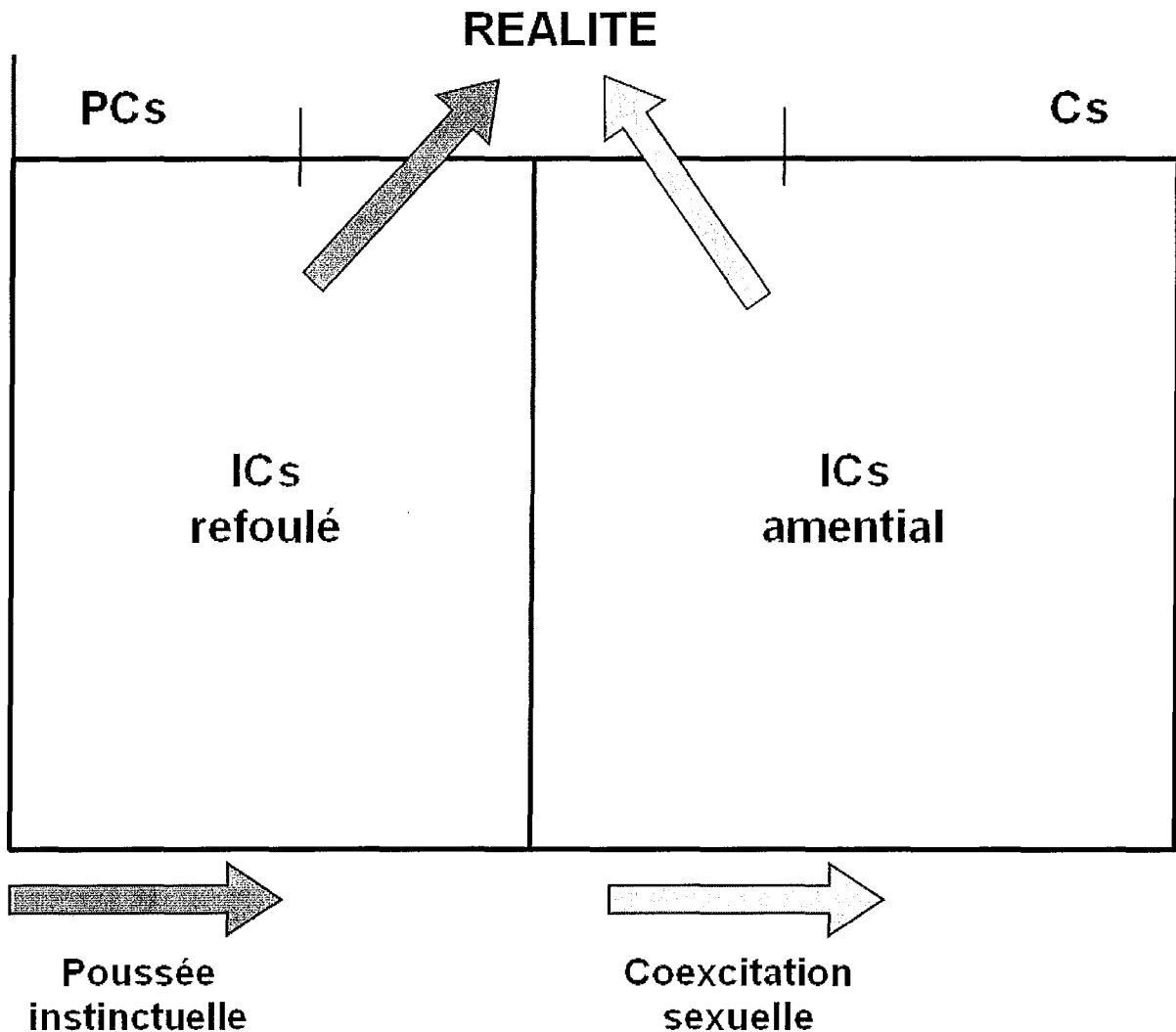


Figure 6: topique du passage à l'acte (issu du corps d'abord de Christophe Dejours, p. 101)

- ✓ la somatisation. Le sujet va sauver la face. Pour lutter contre la violence exercée par l'inconscient amental, toute l'excitation est transmise au corps. En surface, le sujet est parfaitement normal.

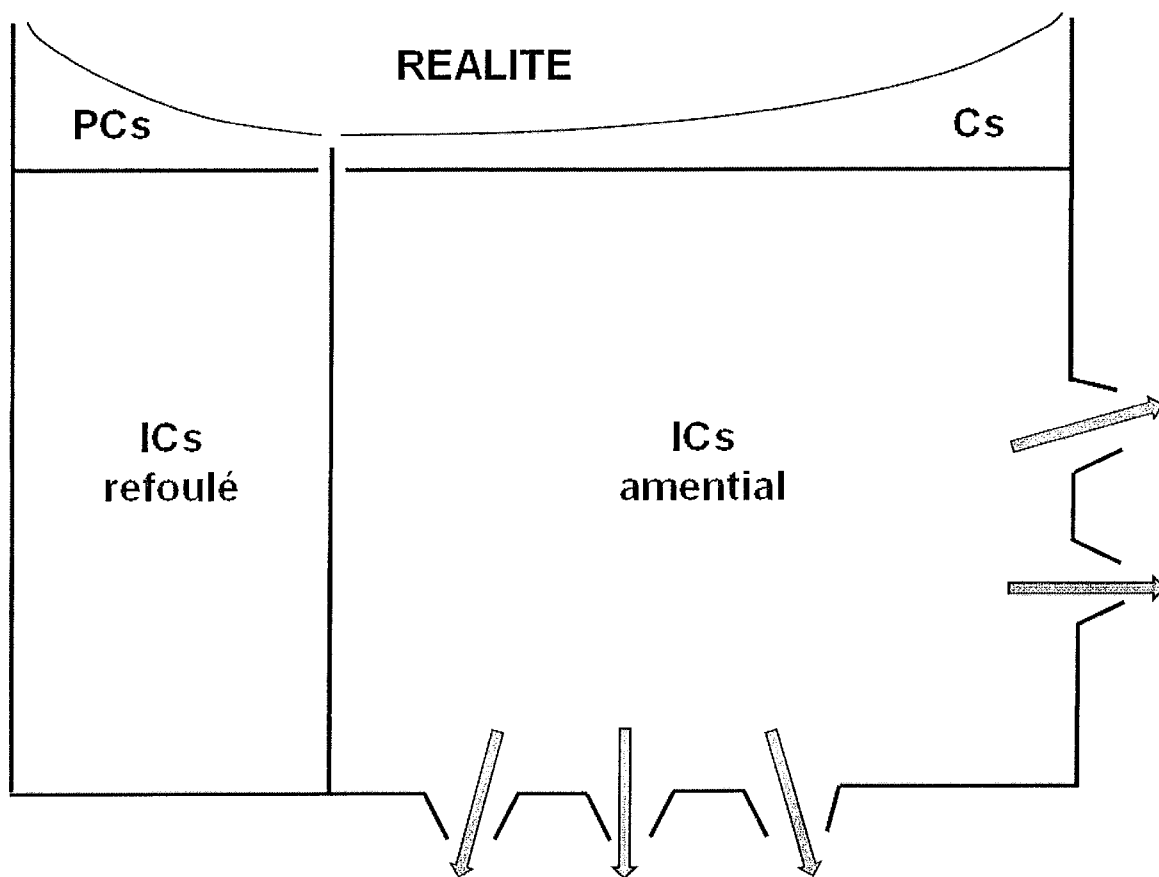


Figure 7: Topique de la somatisation, protectrice du déni et de la normalité ( issu du corps d'abord de Christophe Dejours, p. 108)

- ✓ le délire ou la psychose. Le sujet va dénier la réalité en rejetant les perceptions qui font écho avec l'inconscient amential vers l'extérieur et en construisant un système paralogique délirant. Ces perceptions qui proviennent du sujet vont faire retour dans le réel sous forme d'hallucinations. Dans l'épisode psychotique aigu, il y a rupture de la barrière de clivage.

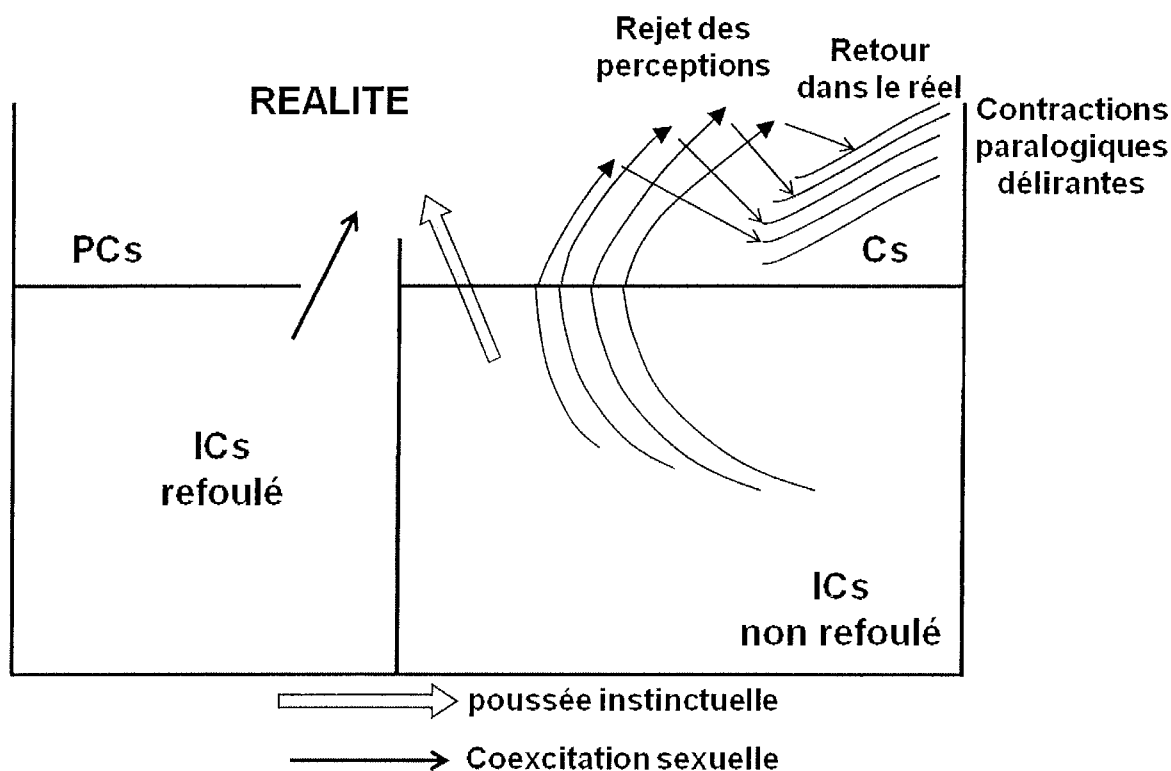


Figure 8: Topique de la décompensation psychotique (issu du corps d'abord de Christophe Dejours, p. 105)

## **IV. LA RECTOCOLITE ULCEROHEMORRAGIQUE**

### **A. Description clinique**

La rectocolite ulcérohémorragique fait partie des maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (MICI), représentées par la maladie de Crohn et la rectocolite ulcérohémorragique. La rectocolite est une maladie inflammatoire intestinale chronique, évoluant par poussées, qui touche le recto-colon en partie ou en totalité. Par convention, les lésions sont dites chroniques lorsqu'elles persistent ou récidivent plus de trois à six mois après le premier épisode. Le rectum est toujours touché dans cette pathologie.

#### **1. Epidémiologie**

La rectocolite est une maladie de l'adulte jeune (20-40ans). Le pourcentage de formes pédiatriques (début de la maladie avant 17 ans) est inférieur à 10%.

Il existe une faible prédominance masculine dans la rectocolite ulcérohémorragique.

En Europe et en Amérique du Nord, l'incidence de la rectocolite est de 1,5 à 10 par 100000 habitants par an alors que la prévalence est aux alentours de 50 par 100000 habitants. Il y a 2000 nouveaux cas par an de rectocolite en France. Le nombre de personnes atteintes de maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin en France est estimé à 100000. Le nombre de patients atteints de rectocolite en France est estimé à 40000.

Une étude française cas témoin pédiatrique réalisée de 1998 à 2002 par l'équipe du Nord-Pas-De-Calais a prouvé l'existence d'un gradient Sud-Nord pour la rectocolite ulcérohémorragique: le risque relatif du Nord par rapport au Sud est de 1,4.

L'âge moyen, au moment de la découverte de la maladie chez l'enfant se situe entre 10 et 14 ans.

## 2. clinique

Les signes digestifs retrouvés sont :

- ✓ des diarrhées liquides, pâteuses et glairo-sanglantes,
- ✓ des rectorragies,
- ✓ des douleurs abdominales diffuses en fosse iliaque gauche, en hypogastrique ou diffuses à tout l'abdomen,
- ✓ des faux besoins, des brûlures rectales.

Les signes généraux extra digestifs sont présents dans 20 à 40% des cas.

- ✓ Des manifestations articulaires (2 à 25%) : oligoarthrite périphérique, spondylarthrite ankylosante, ostéoporose, ostéonécrose
- ✓ Des manifestations systémiques : fièvre, malaise et perte de poids
- ✓ Des manifestations cutanées (5 à 20%) : érythèmes noueux, aphtes, dermatose neutrophilique
- ✓ Des manifestations ophtalmologiques (1 à 10%) : sclérite et ulcération de cornée, uvéites antérieures, vascularite rétinienne
- ✓ Des manifestations hépatobiliaires : cholangite sclérosante primitive
- ✓ Des manifestations hématologiques et vasculaire (6,6%) : purpura autoimmun, vascularite
- ✓ Des manifestations rénales : néphrolithiase et amylose
- ✓ Des manifestations endocriniennes : hyperthyroïdie

Les formes sévères peuvent se traduire par :

- ✓ une rectocolite hémorragique sévère : urgence médicochirurgicale,
- ✓ une colite grave : rectorragies fréquentes avec douleurs abdominales, pâleur, fièvre, tachycardie, abdomen douloureux à la palpation, voire défense péritonéale.

### **3. examens complémentaires**

Au niveau biologique, est retrouvé un syndrome inflammatoire. Le taux de CRP et la VS sont corrélés à l'activité de la maladie. La VS est un bon marqueur pour suivre l'évolution de la maladie. La thrombocytose est aussi un bon reflet de l'inflammation (des concentration  $>400000/\text{mm}^3$  sont plus fréquentes dans les poussées sévères que modérées). Les perturbations hydroélectrolytiques au cours de la RCH sont variables en fonction de la gravité de la maladie et dépendent de l'importance des perte fécales.

Pour poser le diagnostic, il est préconisé une iléo-coloscopie. Elle est diagnostique et permet les biopsies, fait le bilan d'extension de la maladie, évalue la sévérité des poussées, permet la surveillance.

Les lésions évocatrices à l'endoscopie sont évolutives ou cicatricielles :

-Les lésions évolutives : les ulcérations superficielles ou creusantes, les lésions muqueuses non ulcérées , les sténoses.

- les lésions cicatricielles : cicatrices d'ulcérations, les pseudopolypes.

L'aspect endoscopique va de la muqueuse simplement oedématiée ou granitée masquant les vaisseaux sous muqueux et pouvant ou non saigner au contact, à une muqueuse recouverte de pus, ulcérée par endroits, saignant spontanément en nappe. Les lésions sont diffuses, sans intervalle de muqueuse saine.

Les lésions sont continues, débutant à la jonction ano-rectale et allant sans intervalle de muqueuse saine plus ou moins haut mais n'atteignent jamais l'iléon. La limite entre muqueuse saine et pathologique est nette.

L'atteinte rectale est constante ; les lésions sont continues sans intervalle sain ; les biopsies ne donnent qu'une orientation diagnostique : il n'existe pas de signes histologiques spécifiques.

La coloscopie totale est utile pour vérifier l'extension proximale des lésions et confirmer l'absence d'atteinte de l'iléon.



Tests sérologiques : Plusieurs travaux ont montré la fréquence élevée d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) dans la rectocolite. Leur prescription a une bonne valeur prédictive positive pour le diagnostic de rectocolite. Leur spécificité est bonne mais leur sensibilité inférieure à 60%.

Un nouveau marqueur est actuellement utilisé : la calprotectine fécale. Chez l'enfant, la calprotectine fécale a une excellente sensibilité pour détecter l'inflammation digestive. Son dosage est utilisé pour faire le diagnostic différentiel entre maladies inflammatoires du tube digestif et syndrome de l'intestin irritable. Dans la rectocolite, la calprotectine est dix fois plus élevée en poussées légère qu'en rémission et quarante fois plus élevée lors d'une poussée moyenne et sévère.

L'évolution de la maladie se fait par poussées. La fréquence et la gravité des poussées sont imprévisibles.

#### **4. Les complications**

Les complications sont :

- ✓ une colectasie, il s'agit d'une dilatation colique due à l'extension du processus inflammatoire de la sous muqueuse à la musculuse. Il s'agit d'une complication extrêmement grave, mettant en jeu le pronostic vital. L'incidence de la colectasie au cours de la RCH est de 1,6 à 13%,
- ✓ une hémorragie
- ✓ une septicémie
- ✓ une perforation colique, complication grave dont la fréquence varie entre 2 et 8%. Elle survient plus fréquemment lors de la première poussée de RCH en raison de l'absence de fibrose,
- ✓ un rétrécissement, sa fréquence est estimée entre 6,3 et 11%. Il survient après au moins 5 ans d'évolution et sont considérés comme potentiellement malins
- ✓ la dysplasie : lésion précancéreuse qui peut être de deux types : une dysplasie de bas grade ou de haut grade. Les recommandations actuelles de l'OMS devant une dysplasie survenant chez un patient atteint de RCH sont :
  - -si la dysplasie est de haut grade : indication chirurgicale

- Si la dysplasie est de bas grade : la conduite à tenir n'est pas entièrement établie : surveillance renforcée pour certains, chirurgie pour d'autres.
- ✓ à long terme : il existe après dix ans une majoration du risque de cancer colorectal par transformation d'une dysplasie en cancer colorectal. Le risque relatif d'apparition d'un cancer rectocolique au cours d'une RCH est de 19%.

## 5. Les traitements

Les traitements médicamenteux sont:

- ✓ les dérivés salicylés : la sulfasalazine (Salazopyrine®), composé de acide-5-aminosalicylique.ou mésalazine. Les indications sont la poussée de RCH distale légère à modérée (utilisé sous forme de lavement ou de suppositoires), la poussée légère à modérée de RCH colique, le traitement d'entretien des RCH distales, le traitement d'entretien des RCH,
- ✓ les corticoïdes classiques par voie générale : indication poussées de RCH modérée à sévères,
- ✓ les corticoïdes topiques par voie rectale : bétaméthasone et l'acétate d'hydrocortisone. Leur indication est l'atteinte distale
- ✓ les immunosuppresseurs oraux : azathioprine (imurel) et son métabolite actif la 6-mercaptopurine,
- ✓ les immunosuppresseurs par voie parentérale : ciclosporine A,
- ✓ les autres immunosuppresseurs ou immunomodulateurs : anticorps monoclonal anti TNF, le méthotrexate qui inhibe l'acide folique,
- ✓ traitement médical nutritionnel : la nutrition parentérale n'aide pas à l'obtention d'une rémission au cours d'une RCH. Elle est effectuée uniquement lors de colites aiguës graves.

Le traitement chirurgical est le seul traitement qui permet une guérison définitive de la RCH. Il est indiqué en cas de :

- colite aiguë grave non compliquée résistante au traitement médical bien conduit,
- de cancer ou de dysplasie colique,

- de forme chronique invalidante et résistante au traitement médical,
- de complication (perforation, hémorragie digestive, colectasie).

Le type d'intervention est une coloproctéctomie totale avec anastomose iléo anale sur réservoir en J ou anastomose iléorectale. Il guérit de la rectocolite tout en préservant la fonction sphinctérienne et en évitant le recours à la surveillance endoscopique rectale régulière qu'impose la colectomie totale avec anastomose iléo rectale. Le réservoir iléal de l'anastomose peut être le siège d'une inflammation ou pochite.

Un régime sans fibre est conseillé.

## **B. Etiopathogénie de la RCH**

### **1. Les facteurs infectieux**

De nombreuses études ont montré le rôle de certains agents microbiens dans l'initiation ou la persistance de lésions dans les maladies inflammatoires du tube digestif. Ces agents microbiens semblent jouer un rôle plus important dans la maladie de Crohn que dans la rectocolite ulcérohémorragique :

- ✓ le virus de la rougeole joue un rôle plus important dans le déclenchement de la maladie de Crohn que dans la RCH,
- ✓ *Mycobacterium paratuberculosis* : une étude réalisée par Kreutzpaintner<sup>80</sup> a détecté des anticorps sériques chez 65% des patients atteints de maladie de Crohn, 10% des patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique et aucun chez les sujets sains,

---

<sup>80</sup> Kreutzpaintner G, Das PK, Stronkhorst A, Stob AW, Stromeyer G, effect of intestinal resection on serum antibodies to the mycobacterial resection on serum antibodies to the mycobacterial 45/48 kilodalton double antigen in Crohn's disease, Gut 1995; 37: 361-366.

- ✓ *Listeria monocytogenes* : Sa présence a été détecté dans le tissu de 75% des patients avec une maladie de Crohn, 13% des patients ayant une RCH, aucun patients sains<sup>81</sup>

Pour la rectocolite ulcérohémorragique, la flore intestinale provoque une hypersensibilité colique anormale induisant une réponse inflammatoire excessive et incontrôlée.

## **2. Les facteurs génétiques**

Les arguments abondent en ce moment en faveur d'une origine génétique des maladies inflammatoires du tube digestif.

Des études réalisées par Toyoda et al<sup>82</sup> montrent des associations entre le génotype HLA DR2 et la RCH. Un génotypage chez 59 japonais porteurs d'une RCH et chez 136 contrôles montre l'association significative entre RCH et génotype HLA DRB1. <sup>83</sup>

Les anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA), semblent être un marqueur de prédisposition de la RCH. Les ANCA sériques sont détectés chez 68% des patients atteints de RCH. Une étude réalisée par Aitola<sup>84</sup> montre une réduction des ANCA après colectomie.

---

<sup>81</sup> Liu Y, Van Kruiningen HJ, West AB, Cartun RW, Cortot A, Colombel JF, Immunocytochemical evidence of *Listeria*, *Escherichia Coli*, and streptococcus antigen in Crohn's disease, *Gastroenterology*, 1995; 108; 1396-1404.

<sup>82</sup> Toyoda H, Wang SJ, Yang HY, Redford A, Magalong D, Tyan D et al; Distinct associations of HLA class II genes with inflammatory bowel disease, *Gastroenterology* 1993; 104, 741-748.

<sup>83</sup> Farahat K, Sobhani I, Bonnaud G, Vallot T, Vissuzaine C et Mignon M, Rectocolite ulcérohémorragique: épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, histoire naturelle et stratégie thérapeutique. *Encycl Med Chir (Elvesier, Paris), Gastroenterologie*, 9-059-A-10, 1999, 24p.

<sup>84</sup> Aitola P, Miettinen A, Matt, Matikainen M, Soppi E, Effect of proctocolectomy on serum antineutrophil cytoplasmic antibodies in patients with chronic ulcerative colitis, *J Clin Pathol*, 1995, 48, 646-647.

### **3. Les facteurs environnementaux**

- ✓ le tabac : agit comme facteur de protection de la RCH. Le tabac diminue le risque d'apparition de rectocolite et accélère la rémission des poussées. La nicotine aurait un effet inhibiteur sur les lymphocytes T helper de type 2, et sans effet sur le lymphocytes T helper type 1,
- ✓ l'alimentation : le risque relatif de rectocolite est augmenté avec un régime riche en graisses, sucres raffiné et fast food. A l'inverse, un régime riche en fibres et fruit frais diminue le risque,
- ✓ l'appendicectomie : de nombreuses études ont montré un effet protecteur de l'appendicectomie sur la rectocolite si l'appendicectomie avait eu lieu avant 20 ans.

### **4. Les facteurs psychiques : le rôle du stress**

Les médecins s'accordent de plus en plus à croire en l'effet du stress sur les poussées de rectocolite. Les patients relatent fréquemment l'existence d'un évènement traumatisant quelques jours ou quelques semaines avant l'apparition d'une telle maladie.

Plusieurs études ont été réalisées depuis les années 50 pour tenter de mettre en évidence un lien de causalité entre stress et maladies inflammatoires du tube digestif. Certaines de ces études suggèrent que des éléments de la vie et le stress chronique augmentent les risques de rechutes d'une maladie inflammatoire.

En 2006, une étude<sup>85</sup> a été mise en place par Mawdsley, afin d'étudier les effets d'un stress psychologique accru sur la réponse inflammatoire de la muqueuse rectale chez les patients atteints d'une rectocolite ulcérohémorragique inactive.

La méthode a consisté à constituer deux groupes : un groupe soumis à un test de stress expérimental et un groupe témoin. Le test de stress consistait à faire réaliser un test de QI dans un temps plus court (50 minutes) que la durée moyenne

---

<sup>85</sup> Mawdsley J., Macey M., Feakins R., Langmead L., Rampton D., The effect of acute psychologic stress on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis, *Gastroenterology*, 2006, 131: 410-419.

normale (60 minutes) en écoutant de la musique différente dans chaque oreille (folk et rock). Pendant la durée du test de QI, une voix leur rappelait qu'il devaient accélérer pour finir le test.

Le groupe contrôle au contraire bénéficiait d'une musique de relaxation pour faire le test.

le groupe soumis au stress test se composait de 25 patients atteints de rectocolite inactive et de 11 volontaires sains,

le groupe témoin comprenait 10 patients atteints de rectocolite et 11 volontaires sains.

Avant et après chaque procédure, la réponse inflammatoire systémique a été évaluée par le dosage de l'IL6 et IL13, du TNF alpha, le nombre de leucocytes, de natural killer, l'activation ou non des plaquettes et la formation d'agrégations plaquettaires. L'inflammation de la muqueuse a été évaluée via la formation de TNF alpha, d'IL13, d'histamine, de substance P, la présence de rectorragies et l'histologie de la muqueuse rectale.

Les résultats montrent que le stress a augmenté la production de TNF alpha, d'IL6 de 54% et 11%, le nombre de leucocytes par 16%, le nombre de natural killer de 18%, l'activité des plaquettes de 65%, la formation d'agrégats plaquettaires de 25%, de TNF alpha dans la muqueuse de 102%, la production d'oxygène de 474%.

Cette réponse au stress a été la même pour les patients atteints de rectocolite et pour les patients sains. Il n'y avait cependant pas de changement au niveau du groupe témoin.

Cette étude démontre qu'un stress psychologique important induit une réponse pro-inflammatoire de la muqueuse rectale. Cette réponse pro-inflammatoire peut favoriser le déclenchement des poussées chez les sujets atteints de la maladie mais ne peut pas expliquer à elle seule le déclenchement de la maladie.

## C. La psychosomatique et la RCH

### **1. Un proportion plus élevée de troubles psychiatriques chez les patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique**

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir un profil psychopathologique pour les patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique.

Quelques études retrouvées dans les données de la littérature semblent intéressantes.

Tout d'abord en 1978, une étude, réalisée dans le service de gastroentérologie de l'hôpital de Birmingham, par Andrews<sup>86</sup> a évalué la présence de symptômes d'anxiété et de dépression chez 162 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif (91 patients étaient atteints d'une maladie de Crohn, 71 étaient atteints de rectocolite). Cette évaluation s'est faite par un questionnaire rempli par le patient (HAD scale) ainsi qu'une évaluation psychiatrique basée sur les critères du DSM III. La prévalence globale de ces troubles dans le cas de rectocolite et de maladie de Crohn a été respectivement de 33% et 34%. La pathologie psychiatrique était significativement plus importante chez les patients atteints par rapport au groupe témoin.

En 1990, Burke<sup>87</sup> démontre à travers une étude que les jeunes ayant une maladie inflammatoire du tube digestif sont plus déprimés que ceux n'ayant pas de pathologie somatique mais aussi que ceux ayant un diabète ou une mucoviscidose. Ici également, il est impossible de différencier la cause de la conséquence.

---

<sup>86</sup> Andrews H, Barcsak P, Allan RN, Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease, *Gut*, 1978, 28, 1600-1604.

<sup>87</sup> Szigethy E, Kenney E, Carpenter J, Hardy DM, Fairclough D, Bousvaros A, Keljo D, Weisz J, Beardslee WR, Noll R, DeMaso DR, Cognitive-behavioral therapy for adolescents with inflammatory bowel disease and subsyndromal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007 Oct; 46(10): 1290-8.

Puis en 1991, Engström<sup>88</sup>, pédopsychiatre suédois, a réalisé une étude à partir de 20 patients entre 9 et 18 ans ayant une maladie inflammatoire chronique du tube digestif. Ces patients ont été évalués à l'aide de tests psychiatriques afin de noter la prévalence de troubles psychiatriques de type DSMIII-R. Les résultats ont été les suivants : 60% de troubles psychiatriques dans le groupe atteint contre 15% dans le groupe témoin. Les deux principaux troubles retrouvés étaient l'anxiété et la dépression.

En 1992, à Nancy<sup>89</sup>, pédiatres et pédopsychiatres se sont associés afin d'étudier de manière prospective le profil psychopathologique de 14 adolescents atteints de maladie de Crohn et de rectocolite ulcérohémorragique. L'étude comprenait 14 patients suivis à l'hôpital d'enfants du CHU de Brabois pour une maladie inflammatoire chronique du tube digestif : 9 avaient une maladie de Crohn, 5 une rectocolite ulcérohémorragique. Durant la même après-midi, chaque patient rencontrait un pédiatre, puis avait un entretien psychiatrique semi directif avec un pédopsychiatre, et passait des test projectifs de type TAT et test de la fourmi avec un psychologue. Afin de valider les résultats, les psychologues ont analysé comparativement trois groupes de 11 sujets appariés en âge et sexe : groupe 1 (11 des 14 patients atteints de MICI), groupe 2 (11 patients atteint d'une maladie chronique de type diabète), groupe 3 (11 sujets sains). Les résultats de cette étude montrent qu'une circonstance déclenchante est retrouvée dans les trois mois précédents l'apparition de la maladie. Celle-ci est parfois rarement recherchée par les jeunes malades, contrairement à leurs parents. Du point de vue de la structure familiale, il est mis en évidence une relation de dépendance à la mère. La relation semble fusionnelle entre le jeune malade et sa mère, le père est le plus souvent absent du discours. La pensée opératoire de ces patients est mise en évidence. Et une pauvreté fantasmatique est constamment mise en évidence. Cette étude met également en évidence l'impact important de la révélation de la maladie et des traitements médicamenteux et chirurgicaux chez les jeunes patients. Enfin, cette

---

<sup>88</sup> Engström I, Lindquist BL, Inflammatory bowel disease in children and adolescents : a somatic and psychiatric investigation, *Acta Paediatric Scand*, 1991 Jun, 80(6-7) : 640-7.

<sup>89</sup> Siat B, Morali A, Vidailhet C, Tenenbaum F, Ruhland J, Vidailhet M, Tridon P, Maladie de crohn et rectocolite ulcérohémorragique. Corrélations psychopathologiques. A propos de l'étude de 14 cas., *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40, (8-9), 459-466.



étude insiste également sur l'importance de la collaboration pédiatres-pédopsychiatres dans la prise en charge de jeunes atteints de maladies chroniques.

Enfin, en 1993, une étude de Szajnberg<sup>90</sup> s'est intéressée à une population de 15 enfants de 11 ans et 6 mois d'âge moyen, hospitalisés pour une maladie inflammatoire chronique du tube digestif. Dans chaque famille, un diagnostic psychiatrique a été recherché grâce à un entretien semi-structuré pour les enfants, un questionnaire et un test de personnalité pour les parents. D'autres paramètres comme les processus d'attachement maternel, les relations conjugales, les événements de vie traumatisants ont également été pris en compte.

Les résultats montrent que 11 de ces 15 enfants présentaient des troubles psychiatriques avérés diagnostiqués selon les critères du DSMIVTR<sup>91</sup> en grande partie dans la lignée des troubles anxieux :

- ✓ 6 enfants avaient un trouble d'anxiété de séparation,
- ✓ 4 enfants avaient des phobies,
- ✓ 3 enfants avaient des troubles obsessionnels compulsifs,
- ✓ 2 enfants avaient un trouble d'hyperanxiété,
- ✓ 1 enfant avait des attaques de panique.

Pour les parents, des troubles de la personnalité prédominaient :

- ✓ 6 personnalités dépendantes,
- ✓ 6 personnalités narcissiques,
- ✓ 6 personnalités antisociales,
- ✓ 5 personnalités histrioniques,
- ✓ 5 personnalités compulsives.

13 des 15 mères avaient un attachement angoissé à leurs enfants.

Cette étude met en évidence une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques chez des enfants atteints que dans la population générale, de même que des processus d'attachement angoissé. La question reste ouverte de savoir s'il

---

<sup>90</sup> Szajnberg N, Krall V, Davis P, Psychopathology and relationship measures in children with inflammatory bowel disease and their parents, *Child Psychiatry Hum Dev* 1993 ; 23 : 215-232

<sup>91</sup> American psychiatry association-*DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4ème édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000), traduction française par Guelfi et al, Masson, Paris, 2003, 1120pages.

s'agit d'un effet secondaire de la maladie chronique ou s'il s'agit de facteurs de risque prédisposant aux maladies inflammatoires du tube digestif.

## **2. Les théories psychanalytiques concernant la RCH**

Les psychanalystes se sont eux aussi penchés sur cette maladie et ont tenté à partir de patients en psychothérapie de construire une théorie en décelant des traits de personnalité communs. Pour le psychanalyste, « cette muqueuse qui pleure le sang »<sup>92</sup> est un symptôme psychosomatique significatif. Pleurer du sang, est-ce une façon d'exprimer une douleur profonde, un mal être impensable et indicible par les larmes ?

Cette approche de Melitta Sperling, s'attachant à donner une valeur symbolique aux selles sanglantes a été citée précédemment dans le paragraphe présentant les théories d'Alexander<sup>93</sup>. En 1946, elle écrit :

**« la rectocolite ulcérohémorragique représenterait la dramatisation somatique du même conflit, avec moins de souffrance psychique, qui se trouve exprimé dans la mélancolie. Comme l'objet est incorporé sadiquement (sadisme oral), il représente un danger intérieur et doit être éliminé (sadisme anal d'expulsion). Les fèces et le sang représentent cet objet dangereux. ».**(*la médecine psychosomatique d'Alexander, p.136*).

Cette approche est à considérer avec précaution car selon les théoriciens « le symptôme est bête ». Il n'y aurait donc pas de symbolisation possible dans les maladies psychosomatiques. Il faut donc se méfier des interprétations possibles dans l'après coup.

Dans les années soixante, des psychanalystes<sup>94</sup> ont voulu classer les sujets atteints de rectocolite ulcérohémorragique selon un profil de personnalité dit pré

---

<sup>92</sup>Fine A., Une muqueuse pleure le sang. Etudes sur la recto-colite hémorragique, *La revue française de psychosomatique*, n°26 le ventre, 2004, édition Puf.

<sup>93</sup> Alexander F, *la médecine psychosomatique*, Paris, 2002, édition Payot et Rivages, 309p.

<sup>94</sup> Bonfils S., de M'Uzan M, Lambling, Etudes psychosomatiques de dix huit cas de colite hémorragique, *Sem Hôpitaux*, 1958, n°34

morbide. Les éléments décrits ne sont pas spécifiques. Cette approche a été largement critiquée car il n'y a pas eu d'études poussées à ce sujet. Néanmoins, il semble intéressant de les citer dans ce travail, afin de définir une base de réflexion à confronter à l'expérience clinique.

Les éléments cités ci-dessous définissent un terrain particulier, sur lequel certains facteurs encore inconnus sont capables de provoquer une réaction dont le siège, la nature et l'évolution constituent la rectocolite.

Les éléments retrouvés chez les patients atteints de rectocolite par plusieurs auteurs comme de M'Uzan et Bonfils et Caulin<sup>95</sup> sont :

- ✓ l'**ambivalence** latente et profonde à l'égard des proches,
- ✓ l'**agressivité**. Celle-ci est la plupart du temps refoulée, dans une recherche d'aconflictualité,
- ✓ **la dépression**. Il s'agit là d'une dépression essentielle qui précède la dépression liée à la maladie somatique. Cette notion de noyau dépressif, voire de noyau mélancolique, apparaît à plusieurs reprises et semble être un élément de compréhension essentiel des mécanismes qui sous-tendent cette pathologie.

Quelle est donc cette hypothèse d'un lien entre mélancolie dépression et rectocolite ? C'est Lindeman<sup>96</sup> qui parlera de « mélancolie d'organe », en écho avec la « névrose d'organe ».

Pour Lindeman et Engel, les patients souffrant de rectocolite ulcérohémorragique n'ont pas réussi à se séparer de l'objet lors d'un deuil ou d'une séparation. C'est donc le corps qui va se charger de résoudre un problème non pris en charge par le psychisme. Une série de modifications physiologiques vont entraîner le processus pathologique de la rectocolite. C'est bien la question de la perte d'objet et de la mélancolie qui est en cause ici, comme la décrit Freud dans l'ouvrage métapsychologie<sup>97</sup> et son article « deuil et mélancolie ».

---

<sup>95</sup> Bonfils S, de M'Uzan M, Caulin C, Les interactions psychosomatiques dans la rectocolite hémorragique. Fréquence, intérêts théoriques et pratiques, *Bull. Mem. Soc. Med. Hôp*, Paris, 1965

<sup>96</sup> Lindeman E, Modifications in course of ulcerative colitis in relationship to changes in life situations and reactions patterns, *An. Rev. Mental. Disorder Proces*, 1950

<sup>97</sup> Freud S., *Métapsychologie*, Paris, 2000, édition Puf, 128p.

Alain Fine, psychanalyste à la clinique des peupliers, fait part de ses réflexions de psychothérapeute à propos de patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique, dans la revue française de psychosomatique<sup>98</sup>.

Il met en évidence chez ses patients le déclenchement des poussées à l'occasion d'une perte d'un objet-clé, origine d'un effondrement narcissique. Cette perte d'objet peut être le décès d'un proche, un changement de travail, une rupture de lien avec la mère ou le père, une rupture sentimentale, un mariage vécu fantasmatiquement comme une rupture du cordon ombilical. La perte d'objet fait office d'effondrement narcissique. Comme le narcissisme du sujet, son « moi » est emprisonné dans l'objet.

Dans une de ses études<sup>99</sup> réalisée sur des patients atteints de maladies intestinales inflammatoires chroniques, Jacques Gorot a cherché à mettre en évidence le terrain psychosomatique de ces patients.

La population était constituée de 41 patients, dont 22 porteurs d'une maladie de Crohn et 19 d'une rectocolite. Il leur a été proposé une investigation psychosomatique. Cette investigation consistait en une heure d'entretien au cours duquel devaient être mis en évidence les éléments suivants :

- ✓ la biographie du patient,
- ✓ l'investissement sensori-moteur du corps et l'aptitude à se repérer dans l'espace,
- ✓ la façon d'entrer en contact avec l'autre et la gestion des conflits,
- ✓ l'existence d'un état dépressif associé dont l'expression est atypique, « blanche »,
- ✓ la capacité fantasmatique et onirique.

A cet entretien était ajouté un test projectif sur lequel le sujet exprime ses tendances inconscientes, le test de Rorschach<sup>100</sup>

Les résultats de cette étude montrent qu'il existe chez ces patients :

---

<sup>98</sup> Fine A., Une muqueuse pleure le sang. Etude sur la rectocolite hémorragique, *La revue française de psychosomatique*, Paris, 2004, N°26 : le ventre, édition Puf.

<sup>99</sup> Gorot J., La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn : un trouble de l'identité de soi, *Psychiatries*, n°124/125, p.33-40

<sup>100</sup> Rorschach, *Psychodiagnostic*, 8<sup>ème</sup> édition, Paris, 1993, édition Puf, 470p.

- ✓ une grande fréquence d'antécédents allergiques comme de l'asthme, de l'eczéma, de l'urticaire (53% pour la rectocolite et 63% pour la maladie de Crohn),
- ✓ une absence de repère dans l'espace : l'organisation spatiale ne s'effectue qu'en miroir par rapport à l'autre.
- ✓ une circonstance déclenchante dans les jours ou semaines précédents la maladie chez 100% des patients. Le plus souvent, il s'agit de la perte d'un être cher (73% dans la rectocolite, 81% dans la maladie de Crohn). Plus rarement, il s'agit d'une situation de conflit non gérable du fait d'une impossibilité à s'affirmer face à un autre, s'opposer vis-à-vis d'un représentant de l'autorité (26% dans la rectocolite, 18% pour la maladie de Crohn),
- ✓ l'existence d'un état dépressif chez 100% des patients,
- ✓ une absence d'intérêt pour le rêve : soit les patients ne rêvent pas, soit ils ne s'y intéressent pas, soit les rêves sont centrés sur l'activité professionnelle pratiquée

Cette étude est très intéressante et mérite discussion. La plupart des sujets n'ont pas de vie onirique, n'ont pas de repères spatiaux, et sont déprimés. Il s'agit d'un mode de fonctionnement caractériel sans assise névrotique stable. Cette étude vient confirmer plusieurs concepts élaborés par Sami Ali. Pour lui, la somatisation est le résultat du refoulement de la fonction de l'imaginaire<sup>101</sup>, c'est-à-dire que le sujet est coupé de sa vie fantasmatique, qu'il ne rêve pas ou ne s'y intéresse pas. Le sujet somatisant a aussi perdu les repères temporo-spatiaux. Enfin, la somatisation intervient quand le sujet est confronté à une situation d'impasse.

Il est frappant de constater que la totalité des patients souffrent d'un état dépressif qui se confond avec le fonctionnement caractériel. Il ne s'agit pas là d'une dépression avec tristesse, pleurs, auto-accusation mais de « déprimé aux yeux secs »<sup>102</sup>. Il s'agit d'une dépression essentielle, décrite par Marty<sup>103</sup>. Les patients nient tout sentiment de tristesse ou toute idée de souffrance. Ils sont dans

---

<sup>101</sup> Sami Ali, *Penser le somatique : imaginaire et pathologie*, Paris, 1987, éditions Bordas, 139p.

<sup>102</sup> Gorot J., La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn : un trouble de l'identité de soi, *Psychiatries*, n°124/125, p.33-40

<sup>103</sup> Marty P, *La psychosomatique de l'adulte*, 6<sup>ème</sup> édition. Paris, Presse Universitaire France, 1990, 117p

l'incapacité de ressentir des affects pour eux-mêmes. Ceci peut être considéré comme un échec de penser l'avenir, la disparition de la capacité d'élaborer des projets, ou encore l'annulation du processus dynamique de projection de l'être.

Ce type de dépression résulte de l'interaction entre la situation d'impasse (vivre un deuil ou des blessures narcissiques) et le refoulement réussi de la fonction d'imaginaire au profit de l'adaptation sociale qui aboutit au conformisme.

Sifnéos<sup>104</sup> nomme cet état alexithymie. L'alexithymie se définit comme « l'état de celui qui a du mal à exprimer verbalement ses émotions ou sentiments ». Marty a également désigné cet état comme « pensée opératoire ».

Dans le refoulement de l'imaginaire, il n'y a plus de place pour le compromis. Le refoulement coupe court au conflit psychique, aux possibilités oniriques de son élaboration. Le rêve n'a pas d'impact ou de prise sur la réalité car il est lui-même soumis au surmoi. Ceci différencie la névrose du fonctionnement psychosomatique. Dans la névrose, il y a possibilité d'un compromis avec un retour du refoulé. Dans les fonctionnements psychosomatiques, ce compromis n'existe pas. Le sujet n'a plus accès à l'imaginaire car une fracture s'est formée entre celui-ci et le réel. Le sujet s'est hyper-adapté à la réalité, il ne conçoit pas qu'un conflit interne puisse exister et fonctionne sur un schéma où tout problème est par définition exogène, hors de son corps et de sa psyché.

L'importance des manifestations allergiques retrouvées lors de l'étude dans les antécédents des patients atteints de maladies intestinales inflammatoires chroniques est une autre donnée pleine d'enseignements. En effet, celle-ci confirme l'hypothèse d'un lien entre maladie intestinale inflammatoire et immunité.

Or, comme expliqué précédemment, toute allergie est une interrogation entre ce qui est soi et non-soi. L'allergie est une production d'anticorps dirigés contre ce qui ne menace pas réellement l'organisme. Ceci pose la question du contexte de la relation précoce mère-enfant, à savoir la façon dont l'enfant perçoit son corps dans la relation à l'autre, sa mère en particulier. La perte ne peut être pensée chez les individus allergiques. L'absence de l'autre ne peut être concevable, elle est le vide absolu, le deuil inélaborable.

---

<sup>104</sup> Sifnéos P-E., Alexithymia : past and present, *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, 7, 137-142.

Ceci explique que lors d'une situation de perte de l'autre (perte relationnelle ou blessure narcissique), l'individu se retrouve en situation d'impasse car il ne peut penser la présence et l'absence. Perdre l'autre représente se perdre soi-même à travers lui. Le sujet allergique se construit à travers le visage de l'autre, comme l'explique Sami Ali<sup>105</sup>. Les repères dans l'espace du sujet allergique se structurent également à travers l'autre.

Le sujet allergique peut fonctionner normalement, tant que peut persister la confusion entre soi et non soi. Il sera alors au mieux de son fonctionnement immunitaire. Si la différence se pose, l'individu ne sait plus qui il est. La différence ou l'absence constituent les situations d'impasse chez l'individu allergique. La somatisation se déclenche quand l'autre, confondu avec soi, disparaît ou révèle son altérité.

Une étude<sup>106</sup> s'est intéressée à cette théorie et a voulu examiner la personnalité de sujets souffrant de rectocolite en faisant passer un test de Rorschach. L'hypothèse de départ était la suivante : ils devaient présenter une pathologie de l'adaptation. L'étude a été menée sur 41 patients souffrant de rectocolite ulcérohémorragique, comprenant 24 hommes et 17 femmes, d'âge moyen 32 ans. Les variables étudiées étaient les kinesthésies et les perceptions banales.

Comme prévu dans l'hypothèse, 97,6% de l'échantillon montrait un taux de kinesthésies inférieure à la normale et 70,3% avaient un indice de perceptions banales plus élevé que la normale. L'indice de conformité était positif dans 79,9% des cas.

Cette étude confirme les théories de Sami Ali, qui définit les sujets atteints de rectocolite comme des personnes souffrant de pathologies de l'adaptation (caractéristique des personnalités psychosomatiques). Ces sujets ont une activité imaginative et un conformisme inversés.

---

<sup>105</sup> Sami Ali M., *Le visuel et le tactile, essai sur la psychose et l'allergie*, Paris, 1984, édition Dunod, 154p.

<sup>106</sup> Porcelli P, Zaka S, Tarantino S, Sisto G, Pathology of adaptation according to Sami Ali and index of conformity to the Rorschach test in ulcerative rectocolitis, *Minerva Psichiatr*, 1992, 33, 4, 297-300.

## **D. L'importance d'une prise en charge psychiatrique associée au traitement médical et chirurgical**

Que l'on considère la rectocolite ulcérohémorragique comme une maladie à composante psychosomatique (favorisée par un certain type de fonctionnement psychique ainsi que par des évènements de vie traumatisants) ou comme une maladie chronique, la prise en charge psychiatrique associée au traitement médicamenteux se justifie pleinement.

En effet, plusieurs études ont démontré l'intérêt pour les patients atteints de cette maladie d'une prise en charge psychothérapique, à la fois sur les symptômes de leur maladie et sur leur qualité de vie, ainsi que la réduction des signes d'anxiété et de dépression qui accompagnent le diagnostic de maladie chronique.

Les études prouvent toutefois que toutes les prises en charge psychothérapiques ne donnent pas les mêmes résultats chez tous les patients atteints. Il est important de connaître les bénéfices apportés par chaque type de prise en charge afin de proposer celle qui est la plus adaptée au profil du patient.

Diverses études ont été recensées. Ces études, réalisées sur des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif, ont testé différentes méthodes de traitement. Ces diverses méthodes de prise en charge testées sont :

- ✓ 1. la psychothérapie d'inspiration psychanalytique,
- ✓ 2. les psychothérapies de soutien,
- ✓ 3. l'hypnose,
- ✓ 4. les thérapies cognitivo-comportementales,
- ✓ 5., la méthode de gestion du stress,
- ✓ 6. l'éducation.



## **1. la psychothérapie d'inspiration analytique : deux études semblent intéressantes**

Une étude ancienne, publiée par O'Connor<sup>107</sup> en 1956 a voulu démontrer l'impact de la thérapie psychanalytique chez des patients atteints de rectocolite. Les données prises en considération étaient les symptômes et les éléments endoscopiques, ainsi que l'état psychologique du patient. Les conclusions ont montré une amélioration des données somatiques et psychologiques chez les patients pris en charge par une psychothérapie d'inspiration analytique.

L'étude n'a pas pu servir de référence car elle présentait un biais important : les patients inclus dans l'étude ne représentaient pas un échantillon représentatif de la population.

Une autre étude randomisée<sup>108</sup> plus récente (2004) et également plus pertinente s'est déroulée sur deux ans dans quatre cliniques universitaires allemandes. L'étude voulait analyser les effets de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique sur des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif. Elle comprenait 108 patients, randomisés entre le groupe témoin et le groupe traité.

Le groupe témoin recevait la médication standard tandis que le groupe traité recevait la médication standard associée à une psychothérapie sur une période de 2 ans.

Au début de l'étude, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes. Après deux ans, les résultats ont montré que :

- ✓ 23% des patients du groupe témoin et 30% des patients du groupe traité n'ont pas connu de rechute.
- ✓ 29% du groupe témoin et 17% du groupe traité ont dû être opérés.

---

<sup>107</sup> O'Connor JF, Daniels G, Flood C, An evaluation of the effectiveness of psychotherapy in the treatment of ulcerative colitis, *Ann Int Med*, 1964; 60: 587-602

<sup>108</sup> Keller W, Pritsch M, Von Wietesheim J, Effect of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Crohn's disease: main result of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Crohn's disease. *J Psychosom Res*. 2004, 56: 687-696

## **2. Les psychothérapies de soutien : deux études ont pu être retrouvées**

La première a été réalisée par Künsebeck et al<sup>109</sup>. L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact de la psychothérapie de soutien pour des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif. A son début, les patients étaient en poussée aiguë. Les 29 patients ont été randomisés en deux groupes : un groupe témoin (traitement médical uniquement) et un groupe traité (traitement médical et psychothérapie).

Les résultats ont montré que :

- ✓ les scores concernant la dépression et l'anxiété ont diminué de manière significative pour le groupe traité,
- ✓ Il n'y a pas eu de différence significative concernant les symptômes somatiques,
- ✓ le groupe traité a eu moins besoin de traitement médical ou d'intervention chirurgicale,
- ✓ la moitié des patients du groupe traité a souhaité continuer la psychothérapie à la fin de l'étude car ils ressentaient des bénéfices de cette prise en charge.

Toujours dans le registre du soutien, une étude de Shepanski<sup>110</sup> a suivi 61 enfants et adolescents âgés de 9 à 16 ans atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif regroupés dans un camp d'été. Lors de ce camp, les enfants ont participé à des groupes d'activités sportives, des courses d'orientation, des cours de danse et de cuisine. Une supervision était mise en place pour les soignants du camp. Il y avait de nombreuses conversations informelles entre les jeunes et les soignants concernant leur maladie, et les enfants devaient remplir un questionnaire avant et après le séjour.

Les résultats ont prouvé une amélioration significative de la qualité de vie et une réduction des symptômes de la maladie.

---

<sup>109</sup> Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H. Kurz und Langzeiteffekte ergänzender Psychotherapie bei Morbus Crohn, Spezialisierung und integration in Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Springer 1987: 253-262

<sup>110</sup> Shepanski MA, Hurd LB, Culton K et al, Health related quality of life improves in children and adolescents with inflammatory bowel disease after attending a camp sponsored by Crohn's and colitis foundation of America, Inflamm Bowel Dis, 2005; 11: 164-170

### **3. L'hypnose**

Concernant l'hypnose, une étude<sup>111</sup> a été réalisée et a prouvé l'efficacité de celle-ci dans le cas de la rectocolite ulcérohémorragique.

L'étude comprenait 17 patients atteints de rectocolite qui ont suivi des séances d'hypnose de 50 minutes centrées sur les viscères. Avant et après chaque séance, la réponse inflammatoire systémique a été évaluée grâce au dosage de l'IL6 et au facteur alpha, au nombre de leucocytes et de natural killers, ainsi qu'à l'activation des plaquettes et à l'agrégation. L'inflammation rectale a été évaluée à travers le relâchement par la muqueuse d'histamine, d'IL13, TNFalpha, de production de métabolites d'oxygène. Le groupe témoin était quant-à-lui constitué de 8 personnes.

Les résultats montrent que l'hypnose a réduit la fréquence cardiaque d'un Médian de 7 battements par minute, a diminué la concentration d'IL6 de 53%, a permis un relâchement mucosique de 80%, a réduit de 83% l'histamine, de 53% l'IL13 et de 18% les rectorragies. Les autres données mesurées sont restées inchangées.

Il apparaît donc que l'hypnose réduit les différents composants de la réponse inflammatoire systémique et rectale. Les niveaux retrouvés après les séances d'hypnose ont été ceux de la rectocolite inactive.

### **4. Les méthodes de gestion du stress**

D'autres études se sont intéressées aux effets des méthodes de type de la gestion du stress.

Une étude publiée par Milne et al<sup>112</sup> comprenait 80 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif, randomisés, divisés en groupe témoin et groupe traité. Le groupe traité recevait un entraînement à la gestion du stress par six sessions de 3 heures. Au bout d'un an, le groupe traité présentait une amélioration significative de l'activité de la maladie.

---

<sup>111</sup> Mawdsley J, Jenkins D, Macey M, Langmead L, Rampton D, The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis, American Journal of Gastroenterology, 2008, 103 : 1-10.

<sup>112</sup> Milne B, Joachim G, Niedhardt J, A stress management program for inflammatory bowel disease patients. J Adv Nurs, 1986; 11: 561-567

Une autre étude de Garcia Vega<sup>113</sup> prouve qu'un programme de gestion du stress (6 sessions individuelles) proposé à un groupe de patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif améliore de façon significative leurs symptômes : abdomen moins distendu, moins de douleurs abdominales, moins d'asthénie par rapport à un groupe témoin.

### **5. Les thérapies cognitivo-comportementales**

Celles-ci ont été utilisées dans plusieurs études.

Schwartz<sup>114</sup> a publié une étude pour montrer les effets de la thérapie cognitivo-comportementale sur les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques. Les patients ont été randomisés en deux groupes (10 et 11 patients).

La méthode a consisté en 12 sessions d'une heure de thérapie tournées vers une information sur la maladie, la relaxation des muscles, des stratégies cognitives pour gérer le stress. Les patients tenaient un agenda par jour où ils inscrivait leurs symptômes, médication, alimentation, et remplissaient un questionnaire psychologique.

Cette étude a montré que la thérapie n'avait pas d'effet sur la maladie et sur les symptômes psychiatriques. Toutefois, les patients pensaient que la thérapie avait eu un effet positif sur leur manière de gérer à la maladie.

Mussel<sup>115</sup> a publié une étude basée sur 28 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques. La thérapie consistait en 12 sessions de thérapie cognitive et comportementale (éducation psychologique sur la maladie par un gastro-entérologue, informations sur la façon dont les émotions et la cognition gère le stress, entraînement concernant la gestion du stress lié à la routine et à la maladie).

---

<sup>113</sup> Garcia-Vega E, Fernandez-Rodriguez C, A stress management programme for Crohn's disease, Behav Res Ther, 2004 ; 42 : 367-383.

<sup>114</sup> Schwartz Sp, Blanchard EB, Evaluation of a psychosocial treatment for inflammatory bowel disease, Behav Res Ther, 1991 ; 29 : 561-567.

<sup>115</sup> Mussel M, Bocker U, Nagel N, Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness, Scand J Gastroenterol, 2003; 38: 755-762.

Les résultats ont montré que les patients étaient moins déprimés après le traitement et étaient mieux à même de faire face à la maladie. Les résultats concernant l'anxiété avaient baissé pour tous les patients. Il n'y avait pas de différence concernant les symptômes somatiques.

L'équipe d'Eva SZIGETHY<sup>116</sup> de Pittsburgh (USA) s'est interrogée sur le rôle des thérapies cognitives et comportementales dans la dépression qu'accompagne les maladies inflammatoires du tube digestif. La sévérité de la dépression est en lien avec la sévérité des maladies inflammatoires. Il avait été prouvé que la thérapie cognitive pouvait avoir un impact important dans le traitement de la dépression chez l'adolescent sans maladie somatique. Le programme PASCET ( The Primary and secondary Control Enhancement Training) est utilisé auprès des jeunes en bonne santé physique pour traiter la dépression. Ce programme a été adapté par l'équipe d'Eva Szigethy pour traiter les patients atteints de maladies inflammatoires du tube digestif et présentant un syndrome dépressif. Ce programme a été nommé PASCET PI (ajout de deux items : discussion avec les parents autour de la maladie, discussion avec l'enfant de sa maladie).

L'étude a été faite par 6 thérapeutes (2 pédopsychiatres, 2 psychologues, 2 assistants sociaux) sur deux groupes distincts :

- ✓ le groupe de comparaison composé de 19 patients qui recevaient le traitement médicamenteux classique pour leur maladie,
- ✓ le groupe PASCET PI composé de 22 patients qui bénéficiaient du traitement du groupe témoin ainsi que de 9 modules délivrés dans 9 sessions de 60 minutes en face à face, auxquelles s'ajoutaient 3 sessions en compagnie des parents. Les sessions étaient centrés sur des programmes éducatifs traitant de la maladie et de la dépression ainsi que des séances de discussion durant lesquelles les jeunes patients étaient incités à parler de leurs problèmes psychiques, de leur vécu et de leur traitement. Les patients étaient également incités à rester actifs socialement lors des poussées.

Les résultats ont été les suivants :

---

<sup>116</sup> Szigethy E, Kenney E, Carpenter J, Hardy DM, Fairclough D, Bousvaros A, Keljo D, Weisz J, Beardslee WR, Noll R, DeMaso DR, Cognitive-behavioral therapy for adolescents with inflammatory bowel disease and subsyndromal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007 Oct; 46(10): 1290-8.

- ✓ meilleure confiance en soi dans le groupe traité,
- ✓ diminution des symptômes dépressifs dans le groupe traité.

## **6. L'éducation**

Enfin, des études se sont intéressées à l'impact de l'éducation pour des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques du tube digestif.

Larsson et al<sup>117</sup> a publié une étude avec 49 patients atteints de cette pathologie. Ces patients ont été randomisés en deux groupes : le groupe témoin et le groupe traité. Le groupe traité recevait une formation de huit sessions axée sur les facteurs psychosociaux et somatiques de la maladie.

Six mois après la formation, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre le groupe témoin et le groupe ayant suivi la formation.

Waters et al<sup>118</sup> a évalué les effets d'un programme éducationnel pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques. 69 patients ont reçu un programme spécial d'éducation sur les maladies inflammatoires sur 12 heures divisées en séance de 3 heures pendant 4 semaines. Le programme traitait de l'anatomie, de psychopathologie, et de thérapie concernant les maladies inflammatoires.

Bien que les patients faisant partie du groupe d'éducation aient été satisfaits de l'acquisition de nouvelles connaissances concernant les maladies inflammatoires chroniques et leur traitement, il n'y a pas eu de différences notables entre les deux groupes de l'étude.

Bregenzer et al<sup>119</sup> a proposé un programme de formation pour un groupe de patients atteints de maladie inflammatoire chronique du tube digestif. Il a constitué deux groupes pour mener à bien son étude : un groupe témoin et un groupe traité. Le

---

<sup>117</sup> Larsson KM, Sundberg Hjelm M, Karlbom U et al, A group based patient education programme for high-anxiety patient with Crohn disease or ulcerative colitis, *Scand J Gastroenterol*, 2003; 38: 763-769.

<sup>118</sup> Waters BM, Jensen L, Fedorak RN, Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease : a randomized controlled trial, *Can J Gastroenterol*, 2005 ; 19 :235-244.

<sup>119</sup> Bregenzer N, Lange A, Fürst A et al, Patient education in inflammatory bowel disease increases patients'knowledge but does not influence long term psychological well-being, *Z Gastroenterol*, 2005 ; 43 : 367-371.

programme de formation comprenait les aspects somatiques, nutritionnels, gestion du stress et apprentissage de la technique pour faire face à la maladie.

Les deux groupes ont été évalués au début, après 3,6,10 mois. L'activité de la maladie est restée la même pour les deux groupes.

A partir des données de ces diverses études, nous pourrions tenter d'élaborer quelques conclusions. Toutes les thérapies ne montrent pas la même efficacité sur la diminution des symptômes somatiques, des rechutes, des interventions chirurgicales, des signes dépressifs et anxieux. En effet, il apparaît clairement que les psychothérapies mobilisant le vécu affectif du sujet, son inconscient, ses émotions ont montré leur efficacité sur les symptômes somatiques, le nombre de rechutes et la nécessité d'intervention chirurgicale. En revanche, les thérapies cognitivo-comportementales ne montrent pas d'efficacité sur les symptômes somatiques ou sur l'activité de la maladie, mais par contre ont prouvé leur efficacité sur les symptômes dépressifs et anxieux.

A partir de ces données, il convient de réfléchir à la meilleure prise en charge psychothérapique à proposer face à un patient atteint de rectocolite ulcérohémorragique. Si le patient refuse catégoriquement l'éventualité d'un lien entre son fonctionnement psychique et sa maladie, il est difficilement envisageable de débiter une psychothérapie. La rectocolite ulcérohémorragique en tant que maladie chronique évolutive invalidante peut entraîner des symptômes dépressifs et anxieux. Une prise en charge d'un épisode dépressif ou anxieux se justifie. Si le patient s'interroge sur un lien entre évènements de vie, stress, fonctionnement psychique et sa maladie, il pourra être proposé un travail de type psychothérapie d'inspiration analytique.

## V. CAS CLINIQUES

Avant de débiter le récit des cas, il est important de souligner que ce n'est pas l'auteur de la thèse qui a assuré le suivi psychothérapeutique de Christelle. Ce suivi a été réalisé par le Dr François., médecin psychanalyste, formée à la psychosomatique de l'enfant et de l'adulte. Pour Margot, le suivi a été assuré par l'auteur de cette thèse, supervisée par Monsieur K., psychologue.

Afin de respecter l'anonymat des patients, les prénoms ont été changés.

### A. Margot

Margot est une jeune fille de 18 ans. Elle se présente pour la première fois à la Maison des adolescents de la Moselle le 10 mars 2008. Elle demande d'emblée à parler de sa maladie, une rectocolite ulcérohémorragique, dont elle est atteinte depuis l'âge de 7 ans.

Lors de la première consultation, elle explique que les poussées de rectocolite n'ont jamais été aussi fréquentes que depuis sa majorité en septembre 2007. Depuis, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises en urgence.

C'est une belle jeune fille, souriante, enjouée, qui répètera plusieurs fois pendant les séances « qu'elle ne demande qu'à croquer la vie à pleine dent ».

Margot est la dernière d'une fratrie de cinq. Elle a deux frères, le premier a 25 ans, travaille en intérim et a une compagne avec deux enfants. Le deuxième a 20 ans, travaille dans l'entreprise du père et habite chez ses parents. Elle a deux sœurs : l'une est mariée et a un fils, elle ne travaille pas. L'autre est secrétaire dans l'entreprise du père. Elle est divorcée et a deux enfants.



Ses parents sont mariés. Son père est chef d'entreprise dans le bâtiment, il a 45 ans. Sa mère est femme de ménage, elle a 45 ans. Les parents avaient 20 ans à la naissance de l'aîné. Ses parents, ses frères et sœurs sont en bonne santé.

Margot habite chez ses parents. Elle est en BEP secrétariat et ne peut plus aller en cours, vu la fréquence des rechutes. Elle suit donc des cours à domicile.

La famille est d'origine Yougoslave. Les parents de Margot sont venus en France quand la mère de Margot était enceinte de la grande sœur. Margot n'a jamais vécu en Yougoslavie, mais elle a encore de la famille là-bas.

Les grands-parents paternels de Margot ont toujours vécu en Yougoslavie. La grand-mère venait souvent les voir en France. Margot était très proche d'elle. Cette grand-mère est décédée quand Margot avait 6 ans et demi. C'est son oncle qui habitait en Yougoslavie qui a appelé le père de Margot pour annoncer le décès. Le père de Margot n'a jamais voulu dire de quoi la grand-mère était décédée. Margot dit ne jamais avoir osé poser de questions, de peur de blesser son père. Le grand-père paternel réside toujours en ex-Yougoslavie.

Les oncles de Margot sont aussi venus en France grâce à l'aide du père de Margot. Depuis leur arrivée en France, ils sont distants avec les parents de Margot, ce qui chagrine beaucoup Margot pour son père.

La maladie de Margot s'est déclenchée à l'âge de 7 ans, juste après le décès de la grand-mère paternelle. Elle a eu de fortes douleurs abdominales, des diarrhées et des saignements importants.

Le médecin traitant a débuté la prise en charge. Elle a ensuite été hospitalisée à l'hôpital Bonsecours. Le diagnostic de rectocolite ulcérohémorragique a été posé à l'âge de 10 ans. Depuis cet âge, elle est sous traitement. Le traitement a été changé plusieurs fois. Elle a eu de l'Azathioprine (un immunosuppresseur), de la Mésalazine (anti-inflammatoire digestif salicylé) et des corticoïdes. Elle suit un régime depuis l'âge de 10 ans.

À 10 ans, devant l'importance de la déscolarisation suite aux poussées et aux hospitalisations, les médecins conseillent aux parents un séjour à La Combe Senones, une maison sanitaire pour enfants, où elle peut suivre une scolarité tout en étant hospitalisée. Elle y reste 8 mois. Ce séjour est extrêmement difficile pour elle. Il s'agit de la première séparation d'avec sa famille. Elle ne rentre chez elle qu'un week-end sur deux. Pour profiter au maximum des 48 h qu'ils peuvent passer

ensemble, Margot et sa famille ne dorment pas la nuit du samedi au dimanche. Elle dit que c'est la seule fois où elle a vu son père pleurer, ce qui n'a pas été sans susciter de culpabilité chez elle. Au bout de 8 mois, elle ne peut plus supporter cette séparation, et, devant ses supplications, il est décidé qu'elle retourne à la maison.

Depuis le début de sa maladie, elle dit en être à sa 30<sup>ème</sup> hospitalisation. Elle a été prise en charge dans de multiples structures : Hôpital Bonsecours de Metz, Hôpital d'Epinal, Hôpitaux de la Pitié Salpêtrière à Paris, hôpital Saint Louis, Hôpital d'enfants de Brabois, hôpital St André de Metz.

Au moment de la première consultation à la maison des adolescents, elle est suivie à l'hôpital St André par un gastroentérologue. Le traitement qu'elle prend à ce moment-là est la mésalazine (ou Pentasa ®). Ce traitement lui donne des douleurs musculaires. Elle est en incapacité à 40%. Son régime alimentaire actuel est très contraignant : régime sans sel, sans sucre, sans vinaigre et sans épice. Ses loisirs sont la danse hip hop, le cinéma, le shopping. Elle a quelques amies qu'elle a rencontrées lors de ses cours de danse . Elle ne s'est jamais fait beaucoup d'amies à l'école, en raison de sa déscolarisation. Elle s'est souvent sentie exclue. Les autres élèves lui disaient qu'elle n'était pas comme les autres.

Ce qui frappe d'emblée chez cette patiente est son absence apparente d'émotion alors qu'elle évoque des sujets douloureux. Elle garde le sourire, sans doute pour se défendre contre un effondrement dépressif lié aux contraintes et angoisse d'une maladie chronique. Lorsque sont abordées les difficultés qu'elle doit rencontrer et la colère ou la tristesse qu'elle doit ressentir, elle hausse les épaules et ajoute : « il y a pire que moi. Ce qui me fait le plus de mal, c'est de faire souffrir ma famille ». Ceci ne semble pas du tout être une attitude de façade, ni de prestance. Elle semble réellement ne pas ressentir de tristesse, ne pas être touchée par sa situation. Ceci illustre bien les concepts de pensée opératoire et de dépression essentielle décrits par Pierre Marty<sup>120121122</sup> chez les patients psychosomatiques. Il s'agit d'une dépression non ressentie comme telle, une « dépression climat » selon Sami Ali qui s'accompagne d'une répression systématique de l'affect.

---

<sup>120</sup> Marty P., *La psychosomatique de l'adulte*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, 2004, édition Puf, 117p.

<sup>121</sup> Marty P., De M'Uzan M, David C., *L'investigation psychosomatique*, Paris, 2003, édition Puf, 263p.

<sup>122</sup> Marty P., *L'ordre psychosomatique*, Paris, 1998, édition Payot, 297p.

Par contre dès la première consultation, elle souligne le fait que les poussées se déclenchent dans des périodes où elle est plus stressée. Elle dit avoir eu envie depuis longtemps de parler avec un psychiatre, mais ses parents lui ont dit que cela n'était pas nécessaire et qu'elle pouvait leur parler à eux. C'est pourquoi au moment de sa majorité et devant la multiplication des poussées depuis 6 mois, elle décide de demander une aide psychiatrique, rompant ainsi sa soumission à l'ordre familial.

Devant ce tableau, il lui est proposé des consultations régulières tous les 15 jours. Chez les patients psychosomatiques, il faut être prudent par rapport aux rythmes des consultations. Des consultations très rapprochées peuvent déclencher de réelles rechutes somatiques, en raison d'une mobilisation incontrôlable d'affects. Des consultations régulières contenant doivent aider la patiente à mentaliser les choses, et permettre la mise en mots des conflits. Le but des consultations sera tout d'abord de la re-narcissiser, de lui permettre de s'exprimer par rapport aux difficultés qu'elle rencontre, d'extérioriser sa colère et sa frustration « de ne pouvoir être comme les autres filles de son âge ». Il faut arriver à lui faire retrouver l'affect réprimé, en l'interrogeant sur son ressenti lorsqu'elle relate un événement douloureux de sa vie et créer avec elle une relation suffisamment étayante lui permettant la réémergence de souvenirs de rêves.

Enfin, le thérapeute devra être attentif aux situations d'impasse qui sont selon Sami Ali<sup>123</sup>, les situations propices à la désorganisation somatique. Une situation d'impasse est par exemple une situation de choix impossible dans laquelle quelle que soit la décision prise par le patient, celle-ci sera jugée mauvaise pour lui.

Lors de la deuxième consultation qui a lieu 15 jours plus tard, Margot nous apprend qu'elle a été hospitalisée pour une nouvelle poussée de rectocolite. Elle a été perfusée et a subi une coloscopie. Il est nécessaire de s'interroger sur un éventuel lien entre cette rechute et le début de la prise en charge. Ses capacités d'élaboration ont pu être débordées par le premier entretien. Ces affects liés à la rencontre thérapeutique et à la poussée inflammatoire semblent bien les deux faces d'une même réalité clinique. Ceci montre bien combien il faut être prudent lors

---

<sup>123</sup> Sami Ali M., *Penser le somatique : imaginaire et pathologie*, Paris, 1987, édition Bordas, 148p.

d'entretien avec des patients atteints de maladies chroniques et respecter leurs mécanismes défensifs, qui les protègent de la dépression ou de la somatisation. L'approche psychothérapeutique peut être dangereuse, d'où une prudence extrême.

Le traitement a été changé devant l'inefficacité du précédent. Il a été mis en place du Rémicad® sous forme de perfusion. La prochaine injection aura lieu 2 semaines plus tard, puis tous les mois. Elle précise que le gastroentérologue l'a prévenu que ce traitement présente plus d'effets indésirables que les précédents. C'est le dernier essai de traitement avant l'intervention chirurgicale. Le régime alimentaire a changé. Elle a le droit au sel et au sucre. Son régime actuel est un régime sans résidu.

Elle se dit frustrée car elle prend son traitement très régulièrement, fait des efforts pour le régime et, malgré sa bonne volonté, elle a refait une poussée. Nous constatons qu'une approche purement médicale n'est pas non plus exempte d'impasse thérapeutique.

La façon dont elle s'exprime à ce moment-là est étrange. Elle voit la situation comme particulièrement injuste mais ne ressent aucune colère.

En abordant son hospitalisation, elle dit qu'elle a eu peu de visites, car ses parents ne supportent pas les hôpitaux. Leur peur des hôpitaux ou de la maladie de leur fille la prive d'une aide familiale au moment où elle en aurait le plus besoin. Seule sa sœur est venue à l'hôpital. Là aussi, aucune colère n'est exprimée. Elle parle de son petit ami qui n'a pas supporté de la voir à l'hôpital. Il lui a dit : « j'ai peur de m'attacher à toi et que tu meurs ». Elle se sent responsable de la souffrance des autres. C'est elle qui rassure ses parents ou son petit ami. Il lui est demandé si elle ne ressent pas de solitude. Elle semble s'oublier en permanence, passer après tous les autres. Elle dit : « je ne me fais jamais de soucis pour moi, j'ai toujours peur que ma famille souffre à cause de ma maladie, cela me rend triste ». Lors de cette séance, quand l'accent est mis sur ses difficultés, elle répond : « il y a pire que moi ». Margot ne semble pas être capable de ressentir de la colère et de la tristesse. Dans cette situation, elle se protège de ses sentiments, pour se protéger elle-même mais aussi son entourage. Ce qui est notable également est l'importance de l'utilisation de phrases banales, comme « je veux croquer la vie à pleine dent », « il y a pire que moi ». Lieux communs, poncifs et règles de politesse remplacent une

expression plus personnelle. Ceci renvoie aux théories de Sami Ali sur les personnalités psychosomatiques qu'il décrit dans son livre *le banal*<sup>124</sup>

Margot ne s'autorise pas à s'occuper d'elle, à être triste. Elle ne peut se relâcher : tout repose sur ses épaules. Elle s'est rendue compte que cette nouvelle poussée pourrait être liée à un événement stressant de la veille : la sœur de Margot, divorcée avec deux enfants, avait décidé de présenter son nouvel ami à ses parents. Cela faisait plusieurs mois qu'elle le cachait craignant leur réaction. Elle avait divorcé après s'être rendue compte que son mari l'avait épousé pour faire un mariage blanc afin d'avoir la nationalité française. Elle vivait seule depuis 7 ans avec ses deux enfants. Lors des présentations, les parents ont très mal réagi, ils ont quitté l'appartement. Il s'agit à nouveau d'une impossibilité de se séparer, avec toujours le même ultimatum « c'est lui ou nous ! ». C'est comme si un agir venait en réponse à un premier agir et serait suivi pour Margot d'une évacuation dans le soma, car le lendemain de ce tragique événement, Margot s'est mise à saigner et a été hospitalisée.

Ainsi que le disait Henry Maudsley : « The sorrow that has no vent in tears makes other organs weep<sup>125</sup> ». Quand Margot raconte cet événement, il apparaît clairement qu'elle ne peut éprouver des émotions que pour les autres. Elle enchaîne alors et parle de sa relation aux hommes.

Elle appelle son petit ami plusieurs fois par jour, et se plaint de ne pas le voir assez. Son besoin de fusion est très fort. Elle fait le lien avec sa famille en disant : « avant, on habitait tous ensemble, maintenant, une de mes sœurs habite en Suisse, mon frère ne vient pas souvent à la maison. Avant, nous étions collés et maintenant tout le monde se détache, c'est très dur pour moi ». En prononçant ses mots, elle baisse la tête et a les larmes aux yeux. Très rapidement, elle se reprend. C'est la première fois qu'elle laisse transparaître ses émotions lors d'une séance.

Il s'agit là d'une répression de l'affect. Quand l'affect intervient, elle le chasse automatiquement. Chez Margot, l'affect existe mais dans des situations qui concernent les autres.

---

<sup>124</sup> Sami Ali M, *le banal*, Paris, 1980, éditions Gallimard, 197p.

<sup>125</sup> « Quand le chagrin ne trouve pas d'issue dans les larmes ce sont d'autres organes qui pleurent. », issu de Mc Dougall J, *Le théâtre du corps*, Paris, 1989, éditions Gallimard, 215p.

Margot annule les consultations suivantes car elle est hospitalisée à plusieurs reprises. Lors de la troisième consultation qui a lieu au mois de juin, Margot est dans la salle d'attente, avec son petit ami. Cela ne va pas du tout, elle a refait une poussée. Elle a été hospitalisée deux jours. Le médecin l'a rassurée en lui disant qu'il faut attendre la 3<sup>ème</sup> injection pour évaluer les effets du Rémicad ®. Il y a une chance sur deux pour qu'elle réponde au traitement. Sinon, l'opération s'imposera. Malgré les douleurs musculaires, résistantes aux antalgiques, elle passe son examen de fin d'année et le réussit.

Margot semble avoir des difficultés à se repérer dans le temps. Elle parle de son nouveau petit ami sans préciser qu'il ne s'agit pas du même que la dernière séance. Selon Sami Ali<sup>126</sup>, le manque de repères spatiotemporels est un des marqueurs des personnalités psychosomatiques. Elle est incapable de se souvenir de ce qu'elle a dit lors des séances précédentes. Une autre hypothèse concernant cette confusion entre ses petits amis est la difficulté à nouer des liens avec un « autre » considéré comme « objet total ». C'est comme si ses petits amis étaient interchangeable. C'est donc bien le lien qui est investi et non pas l'objet. Elle fait ainsi l'économie de la dépression qui pourrait être secondaire à la perte de l'objet.

Elle n'a encore jamais présenté de petit ami à ses parents. Lors de cette consultation est mise en évidence sa situation d'impasse actuelle. Sa famille est musulmane. Elle est tiraillée entre ce que voudrait sa famille, c'est-à-dire épouser un musulman comme ses sœurs, et ce qu'elle veut elle, à savoir épouser quelqu'un qu'elle choisit. Il y a un début de différenciation. Elle voudrait pouvoir vivre comme une jeune fille française de son âge. Mais elle est obligée de se cacher. Son père les a surpris la semaine précédente en bas de l'immeuble et lui a interdit de revoir le jeune homme. Elle le voit en cachette. Elle trouve ses parents trop intrusifs.

Il convient de souligner que les saignements ont commencé après le décès de la grand-mère paternelle. Elle a vu son père excessivement déprimé et touché par la mort de sa mère quand elle avait 6 ans. Elle a sans doute été prise dans une ambiance familiale de détresse et de dépression.

La problématique du secret semble aussi être présente en toile de fond de ce cas clinique. En effet, Margot ne sait pas de quoi est morte sa grand-mère paternelle. Qu'a-t-elle pu fantasmer ? Qu'a-t-elle pu ressentir à 6 ans, pour qu'elle n'ose pas

---

<sup>126</sup> Sami Ali M., *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, 1990, édition Dunod, 157p.

aborder la question avec son père ? Toutes les hypothèses sont possibles. Il pourrait très bien s'agir d'un secret en rapport avec la guerre. Le décès de la grand-mère a eu lieu il y a 12 ans, c'est-à-dire en 1996. A cette époque, se terminait la guerre en Bosnie et en Croatie, et la guerre au Kosovo commençait.

Ce qui est inquiétant dans le cas de Margot est l'accélération des rechutes. Elle explique que les rechutes se sont multipliées depuis sa majorité en septembre 2007. Depuis qu'elle est libre de choisir sa vie en contradiction avec ses valeurs familiales, elle est tiraillée entre son désir de liberté et l'obéissance à la tradition familiale.

Elle a cette possibilité dans la réalité mais fantasmatiquement, il est impossible pour elle de s'opposer au désir de ses parents. La situation d'impasse est la suivante : quelle que soit la décision qu'elle prend, ce sera un mauvais choix car toujours en contradiction avec sa famille ou elle-même. Si elle décide de sortir avec le garçon qu'elle désire, ses parents seront déçus. Si elle épouse un musulman choisi par ses parents, elle renonce à son choix de vie. Or, selon Sami Ali<sup>127</sup>, la somatisation apparaît lorsque le sujet, atteint d'une pathologie de l'adaptation se retrouve dans une situation d'impasse. Ces deux conditions (pathologie de l'adaptation c'est-à-dire refoulement de la fonction de l'imaginaire et situation d'impasse relationnelle) sont nécessaires à la somatisation.

Il est donc indispensable que lors des consultations, elle puisse remonter à la situation d'impasse qui l'a amenée à la première poussée de rectocolite quand elle avait 7 ans.

Un des points importants à souligner aussi est l'aspect ethno-psychiatrique. Margot refuse son destin de « femme soumise », figure véhiculée par sa religion. Elle est comme tiraillée entre deux cultures, sa culture familiale et sa culture de cœur. L'aspect identitaire est primordial ici.

En retraçant sa vie affective (elle a eu son premier petit ami en septembre 2007), elle semble stupéfaite et déclare : « c'est incroyable, je réalise que je n'ai jamais été seule depuis. J'enchaîne les petits amis. Serais-je une mangeuse d'homme ? » Elle passe d'une relation à une autre. Elle n'élabore pas la séparation. Elle semble combler un vide intérieur et ne parvient plus à être seule. Le besoin de fusion est présent en permanence.

---

<sup>127</sup> Sami Ali M., *Penser le somatique : imaginaire et pathologie*, Paris, 1993, édition Dunod, 148p.

Il est important de noter que l'accélération des rechutes concorde aussi avec le début de sa vie sentimentale. Ceci confirme l'hypothèse de l'impasse dans laquelle elle se trouve par rapport à sa famille et indique un des objectifs de la psychothérapie : aider Margot à s'individualiser par rapport à sa famille pour que son choix de vie ne constitue plus une impasse pour elle.

Il semble que Margot ait perdu ses capacités à rêver et à imaginer, ressemblances communes à bien des patients psychosomatiques. Elle ne se rappelle pas de ses rêves. Elle ne se projette pas pour elle. Elle imagine des scénarios pour les autres, ses amis, sa famille. Il n'y a pas de rêverie pour elle. Elle est dans le factuel. Elle correspond à la description que fait Marty<sup>128</sup> des patients psychosomatiques. Il faut aider Margot à rêver à nouveau. Ces patients rêvent toujours pour quelqu'un. Il faut que le rêve retrouve une place dans le fonctionnement quotidien.

Elle s'oublie sans cesse au détriment des autres. Elle est comme coupée de ses émotions. Elle ne ressent rien pour elle, passe son temps à s'inquiéter pour les autres (« Je me demande si je ne devrais pas quitter mon petit ami, j'ai peur qu'il souffre à cause de moi »).

Ses activités sont des procédés auto calmants à forte décharge motrice tels que le sport. Chez Margot, il y a une haine et une agressivité impensables, démesurées. Cette haine passe directement dans le corps sous forme de somatisation sans même effleurer sa conscience. Elle est dans une incapacité d'exprimer de la colère ou de l'agressivité. Il faut être extrêmement prudent avec elle, car les entretiens psychothérapeutiques peuvent à tout moment faire rejaillir des représentations impensables qui ne pourront pas être prises en charge par son psychisme et qui aggraveront la symptomatologie digestive.

À ce moment de la prise en charge, il est à noter que Margot n'a pu commencer un tel travail avant l'aggravation de sa maladie somatique. Elle fonctionne sur un mode psychosomatique depuis plus de 10 ans. La maladie s'accélère de plus en plus.

---

<sup>128</sup> Marty P., De M'Uzan M., David C., *L'investigation psychosomatique*, Paris, 2003, édition Puf, 320p.



En juillet, face à l'échec du dernier traitement médical proposé, le corps médical envisage une intervention chirurgicale. Margot est envoyée consulter un professeur de gastroentérologie à Paris. Après cette consultation, il est décidé d'une cure chirurgicale en plusieurs étapes :

- ✓ la première étape consiste en une ablation du colon avec stomie,
- ✓ la deuxième étape consiste en une ablation du rectum si cela est nécessaire,
- ✓ la troisième étape consiste en une anastomose iléo-anale.

Au mois de juillet, Margot est hospitalisée à Paris pour subir la première intervention. Sur le plan chirurgical strict, l'intervention se passe bien. Il n'y a pas de complications postopératoires. Elle donne des nouvelles par téléphone. Elle souffre de sa poche et des différents soins qu'elle doit faire chaque jour. Elle s'est séparée de son petit ami. Elle est très entourée par sa famille, mais dit se sentir très seule. Un rendez-vous lui est proposé mais elle préfère prendre le temps de se reposer chez elle et revenir plus tard.

Margot a repris contact auprès de la maison des adolescents au mois de novembre 2008 afin d'obtenir un rendez vous. Elle ne s'est pas rendue au rendez-vous.

Ce cas clinique a le mérite d'illustrer l'importance d'une coordination entre les services de médecine et de psychiatrie. Le nourrisson et l'enfant, par leur immaturité psychique, ont tendance à répondre au stress par la voie somatique. La plupart du temps, ils répondent au stress par des lésions bénignes et réversibles, qui ne nécessitent pas de prise en charge pédopsychiatrique. Par contre, quand l'enfant développe une maladie chronique, évolutive et potentiellement mortelle ou invalidante, une prise en charge de la dimension psychosomatique s'avère souhaitable. En effet, la personnalité de l'enfant, étant extrêmement malléable jusqu'à l'adolescence, la prise en charge psychothérapique peut permettre à l'enfant de sortir de son fonctionnement psychosomatique. Sortir de ce fonctionnement psychosomatique signifie se constituer une névrose solide, c'est-à-dire remplacer la répression par le refoulement. Dans le cas de Margot, cela fait plus de dix ans qu'elle fonctionne sur un mode psychosomatique en utilisant exclusivement la répression comme mécanisme de défense.

## **B. Christelle**

Christelle est une petite fille de 9 ans, scolarisée au CM1, au moment où sa mère l'emmène pour la première fois en consultation au Centre Médico-Psychologique (CMP) Winnicott de Metz le 12 septembre 2006.

Elle est adressée par le Dr C., médecin gastroentérologue à l'hôpital Bonsecours de Metz, pour un suivi pédopsychiatrique. Christelle est atteinte de rectocolite ulcérohémorragique depuis l'âge de 2 ans et 9 mois. Le Dr C. a constaté que les crises étaient souvent liées à des épisodes de stress, et depuis peu, elle refuse catégoriquement le traitement médicamenteux.

La prise en charge psychothérapique débute auprès du Dr François., médecin psychanalyste, responsable du Centre Médico-Psychologique Winnicott.

La première consultation a lieu avec Christelle et sa mère. Les premiers signes de la maladie ont commencé en février 2002, (Christelle avait 2 ans et 9 mois), alors qu'elle était en vacances chez sa tante depuis une semaine, sans ses parents. La tante a constaté du sang dans ses selles.

D'emblée, la mère fait le lien avec le fait qu'il s'agit de la première séparation. De retour chez ses parents, Christelle est hospitalisée à l'hôpital Sainte Croix de Metz. Il n'y aura pas de coloscopie réalisée à ce moment-là. Le diagnostic suspecté à l'époque par les médecins est une intolérance au lactose. Il est donc préconisé une suppression du lactose dans l'alimentation. Les saignements s'arrêtent pendant 1 an.

Les investigations reprennent en mars 2004 alors que Christelle est âgée de presque 5 ans, devant des signes cliniques à type de saignements dans les selles et des douleurs abdominales. Elle est prise en charge au Centre Hospitalier Régional Bonsecours de Metz par le Dr C., gastroentérologue.

Une première coloscopie, réalisée le 26 mars 2004, conclue de la manière suivante :

**« aspect de recto-sigmoïdite aiguë érosive évoquant une rectocolite ulcérohémorragique sur le plan macroscopique. Il n'y a pas d'autre lésion hémorragique visible. Présence d'hyperplasie lymphoïde de l'iléon terminal. »**

L'histologie parle de rectocolite chronique avec des lésions sévères. La calprotectine fécale est franchement positive à 1120 (normale inférieure à 50), ASCA négatif. Le traitement préconisé par le Dr C. comprend des suppositoires de 5 ASA (acide 5 aminosalicylique) et des comprimés de DIPENTUM (olsalazine), qui est un anti-inflammatoire digestif d'origine salicylé. L'évolution est rapidement favorable avec une disparition des douleurs et des rectorragies en quelques semaines.

Un contrôle endoscopique réalisé 6 mois plus tard montre une restitution quasi-ad intégrum des lésions du rectum et une normalisation des taux de calprotectine à 103. Nous ne savons pas comment tout cela a été expliqué au départ à Christelle et à ses parents, ni ce qu'elle a compris ou si sa maladie l'inquiète. Elle prend cependant son traitement régulièrement.

Au fur et à mesure, il devient très difficile pour Christelle d'accepter le traitement. L'observance est de moins en moins régulière, malgré l'insistance de la mère. Elle est victime d'une récurrence clinique et endoscopique au mois de juin 2005, puis d'une autre en février 2006.

Une endoscopie réalisée en février 2006 conduit au diagnostic suivant :

**« poussée de rectite cryptogénétique atteignant une collerette de 3 cm et responsable d'hémorragie ».**

L'endoscopie du 06 juin 2006 montre :

**« une progression s'est faite sur une quarantaine de millimètres environ. Il apparaît également qu'au niveau d'une petite collerette de muqueuse rectale, immédiatement sus-anale et d'une hauteur d'environ 2 cm, la muqueuse s'est épaissie, qu'elle est enflammée, un peu fragile et saignant au contact. La muqueuse rectale sus-jacente est parfaitement normale ».**

L'endoscopie du 01 septembre 2006 conduit au diagnostic suivant :

**« les lésions de rectite persistent sur une hauteur d'environ 2cm réalisant une petite collerette discrètement inflammatoire actuellement non ulcérée et simplement**

---

***congestive. Des dépôts glaireux apparaissent également. La muqueuse d'amont est discrètement inflammatoire sur les 40 cm explorés. Conclusion : collerette de rectite en très nette régression mais sans quiescence actuelle ».***

C'est dans ce contexte médical que Christelle est adressée au CMP Winnicott. Elle est orientée vers le Dr François formée à ce type de prise en charge tant chez les adultes que chez les enfants.

L'anamnèse menée par le Dr François nous apprend que Christelle habite avec ses deux parents et ses deux sœurs à Metz. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois : Camille est née en 1999 et a 7 ans, Aurélie est née en février 2002 et a 4 ans.

La mère de Christelle, Sandrine, a 32 ans, et est sans profession. Elle a deux frères, Christian et David. La mère évoque d'emblée ses parents : son père est encore en vie, mais a eu un cancer du côlon en 1996. Sa mère était d'origine italienne et est décédée quand Christelle avait 10 mois, en mars 1998, d'une endocardite. Le décès a été très brutal et a plongé la mère dans un état de sidération.

Au moment du décès de la grand-mère, toute la famille habitait avec les grands-parents. La grand-mère s'occupait beaucoup de Christelle. Elle faisait office de nourrice.

Suite à ce décès, la mère de Christelle a été très déprimée. Elle dit lors de la consultation : « C'est Christelle qui nous a aidé à surmonter cela ». La petite n'avait que 10 mois, mais elle s'est retrouvée à une place particulière, équivalente à celle d'un thérapeute familial.

La rupture des liens était impensable dans cette famille : plusieurs générations vivaient ensemble sous le même toit. Il est aisé d'imaginer le traumatisme que peut être dans ces circonstances le décès brutal de sa mère.

Le père de Christelle, Franck est cariste. Ses parents sont encore en vie. Il est le quatrième d'une fratrie de six. Il a eu de nombreux problèmes rénaux et ORL pendant l'enfance.

Un des frères de Franck, Fabrice, a une maladie de Crohn. Christelle intervient au moment où sa mère en parle et dit : « Il a presque la même maladie que moi ».Le

corps de Fabrice peut être un support de projection d'une représentation impossible pour elle. D'ailleurs, elle dira à plusieurs reprises au cours de la prise en charge qu'elle souhaite être pompier comme lui. Fabrice fait régulièrement des crises.

Au terme d'une grossesse qui s'était très bien déroulée. Christelle pesait 3,6kg à la naissance. Elle a été allaitée pendant 10 jours. Sa mère explique que l'allaitement a dû être interrompu car, selon les médecins, « son lait n'était pas assez nourrissant. ». Cet épisode du lait a dû mettre en doute ses capacités à s'occuper de son enfant et la conforter dans son idée que la seule « bonne » mère ne pouvait donc être que sa propre mère, la grand-mère de Christelle.

Le passage à une alimentation solide s'est fait sans difficulté. Christelle a commencé à marcher à 10 mois, juste après le décès de la grand-mère, comme si elle devait s'autonomiser et se porter toute seule. Toute la famille était alors endeuillée, il n'y avait plus de bras pouvant la soutenir, la contenir. Christelle a sans doute du vivre une expérience de rupture, avec une perte du holding et du handling, notions qui selon Winnicott<sup>129</sup>, sont indispensables au bon fonctionnement somatique et psychique.

Néanmoins, le langage s'est mis en place sans problème et Christelle a été propre de jour comme de nuit à 15 mois. Elle ne présente aucun problème scolaire. C'est une bonne élève, très consciencieuse.

Au niveau du sommeil, Christelle n'a pas toujours bien dormi. À 18 mois, elle se levait toutes les nuits pour aller dormir avec ses parents. La mère la ramenait systématiquement dans son lit. Pour mettre fin à cela, sa mère a dû la menacer de la mettre à la porte de l'appartement, une menace lourde de sens, dans une famille fusionnelle où personne ne peut se séparer.

Au moment de la prise en charge, les trois sœurs dorment ensemble dans le même lit.

Christelle est au CM1, ses résultats scolaires sont excellents. Elle fait des activités extrascolaires de type « école des sports » deux fois par semaine et toutes les vacances scolaires. Elle fait également partie d'une chorale et joue d'un

---

<sup>129</sup> Winnicott D., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, édition Payot, 1989, 464p.

instrument de musique. Ses activités sportives et ses loisirs, très fréquents et très intenses, sont-elles des procédés auto-calmands, comme les a décrits Claude Smadja<sup>130</sup> ?

Le plus gros problème, selon sa mère, est que Christelle accepte de moins en moins son traitement. Sa réaction est source d'incompréhension pour sa famille qui l'a toujours connue obéissante.

La deuxième consultation se fait en présence du père. Il nous explique qu'il a un lourd passé médical. Il a eu de graves problèmes rénaux dans son enfance. Tout est raconté par lui sans affect. Il parle de lui comme d'une mécanique défailante qu'il faut réparer.

Il a été hospitalisé plusieurs fois par an jusqu'à l'âge de 15 ans et n'a donc quasiment pas été à l'école. Il a également dû subir une intervention chirurgicale. Il en parle en disant : « Les chirurgiens m'ont enlevé quelque chose qui pourrissait, c'était un testicule, après ça a été mieux ». Les médecins lui avaient dit qu'il n'aurait peut être jamais d'enfant, la grossesse de Christelle a été une surprise. De par cette expérience passée, ce père semble ne pas avoir eu la possibilité de rêverie d'enfant. Le père de Christelle, se croyant stérile, n'a pas pu rêver un bébé imaginaire. Il est difficile d'appréhender la réaction qu'il a pu avoir lors de l'annonce de la grossesse inattendue de sa femme.

Les parents du père de Christelle se sont séparés quand il avait 14 ans, et cette séparation a été très conflictuelle. Le couple s'est ensuite reformé un peu plus tard. Le père de Christelle n'a rien compris à cette séparation brutale et à la reconstitution soudaine. Il semble qu'il n'y ait pas eu d'élaboration psychique autour de cette séparation. Il s'agit d'un passage à l'acte, où les pensées sont immédiatement agies au lieu d'être mentalisées.

---

<sup>130</sup> Smadja Claude, *A propos des procédés autocalmands du Moi*, Revue française de psychosomatique n°4, 1993, édition PUF.

Après les deux premiers entretiens avec les parents de Christelle, différentes pistes de travail ont été envisagées.

L'histoire de Christelle a été marquée par une perte, la mort de la grand-mère maternelle alors qu'elle était âgée de 10 mois.

Les conséquences pour Christelle ont pu être doubles. Christelle a perdu brutalement une figure d'attachement importante pour elle, puisque sa grand-mère s'occupait beaucoup d'elle. De plus, il est très probable que la mère de Christelle se soit retrouvée fortement déprimée après le décès brutal de sa mère. Christelle a du se retrouver confronter à une mère déprimée, ne réagissant plus normalement à ses sollicitations.

Ceci renvoie aux théories élaborées par André Green<sup>131</sup> concernant le complexe de la mère morte. Il s'agit d'une mère qui n'est pas morte en réalité mais qui a cessé d'être vivante (souvent en lien avec un épisode dépressif) pour son enfant lors d'une période précoce de la vie.

En reprenant l'hypothèse du traumatisme vécu par Christelle à 10 mois, nous pouvons imaginer trois possibilités de défense mises en place :

- ✓ le **refoulement du vécu traumatique associé à l'affect** (mécanisme propre à la névrose). Ceci n'a pas été possible car Christelle n'avait que 10 mois. Ce mécanisme de refoulement se met en place au fur et à mesure que se développent les trois instances psychiques de la première topique (Inconscient, Préconscient, Conscient) pour se constituer à l'âge adulte. Les enfants ne peuvent pas y avoir recours avant l'accès au stade oedipien,
- ✓ le **développement d'une pathologie du lien**, c'est-à-dire une dépression anaclitique. Perdre le lien est tellement douloureux que certains bébés préfèrent se détourner du lien et de l'objet d'amour. Cette attitude a été mise en évidence par une étude expérimentale réalisées par Cohn et Tronick<sup>132</sup>: le « still-face ». Le still face signifie littéralement « visage immobile ». Au cours de cette étude, il est demandé aux mères, placées en situation de face à face avec leurs bébés de maintenir une expression de visage neutre et identique

---

<sup>131</sup> Green A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, 2007, édition de Minuit, 317p.

<sup>132</sup> Weinberg MK, Tronick EZ, Cohn JF, Olson KL, *Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy*, Dev Psychol, 1999 Jan; 35: 175-188.

(« still face »), sans répondre aux signaux du nourrisson. Au début des séquences d'interactions avec leurs mères soudains rendues impassibles, les nourrissons commençaient à entrer en relation avec elles, en les regardant et en tendant les bras, en criant, en hurlant. Mais, devant la persistance de l'impassibilité de leurs mères, beaucoup finissaient par détourner le regard, leurs postures s'affaissaient, leurs expressions prenaient un regard fermé. Cette expérience a mis en évidence d'une part la participation active du nourrisson aux séquences d'interaction, et d'autre part l'apport essentiel de la réciprocité des réponses maternelles. Elles donnent à penser que le nourrisson s'attend à certaines réponses de leurs mères. En l'absence des ces réponses (violations des attentes du bébé), ils se désorganisent et se replient sur eux-mêmes. La désorganisation ou le repli du bébé peuvent être interprétés comme le résultat de la contradiction des messages maternels. D'une part, la mère indique par sa présence en face du bébé qu'elle est disponible pour entrer en relation. D'autre part, elle contredit le message par le maintien d'une mimique figée. Ces expériences sont la reproduction expérimentale de la situation d'une mère déprimée face à son bébé. Si la situation perdure, elle peut aboutir à une dépression anaclitique pour le bébé. La dépression anaclitique du nourrisson a été décrite par Spitz<sup>133</sup>, en s'apercevant que les nouveau-nés séparés de leur mère pleurent dans un premier temps, puis renoncent à pleurer, perdent du poids et s'enferment dans une forme d'apathie, refusant le contact.

- ✓ **le développement d'une pathologie psychosomatique.** Selon Marty<sup>134</sup>, le mécanisme de défense propre à la pathologie psychosomatique est la répression, c'est-à-dire la dissociation de la réalité et de l'affect. La répression consiste à désaffectiver, à neutraliser toute représentation, car ce qui est douloureux, c'est l'affect lié à la représentation. La représentation reste consciente, seul l'affect est refoulé. Selon Sami Ali<sup>135</sup>, le mécanisme propre à la maladie psychosomatique est le refoulement de la fonction de l'imaginaire qui aboutit à une pathologie de l'adaptation. Le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire crée une situation de risque maximal qui prédispose à

---

<sup>133</sup> Spitz R, *La première année de la vie de l'enfant*, Paris, PUF, 1958, 152p.

<sup>134</sup> Marty P, *la psychosomatique de l'adulte*, 6<sup>ème</sup> édition, 2004, édition Puf, 117p.

<sup>135</sup> Sami Ali M, *Penser le somatique, imaginaire et pathologie*, Paris, édition Dunod, 1987, p.



la somatisation dénuée de valeur expressive et touchant le corps réel. La somatisation est pour Sami Ali en corrélation négative avec l'imaginaire.

Il semble que le choix de Christelle après le décès de la grand-mère et la dépression maternelle soit une répression de l'affect, mécanisme défensif visant à éviter l'effondrement dépressif. Comme plus personne ne la porte physiquement et psychiquement, elle marche seule. Elle s'autonomise très vite. Quand l'autre est défaillant, la personne peut soit sombrer dans la dépression, soit reprendre à son compte ce que l'autre ne peut plus faire. Christelle a choisi la deuxième solution. Elle fait l'économie de la souffrance liée à la perte d'un être cher, elle ne peut pas se déprimer. Il s'agit de répression, processus qui prédispose à la somatisation.

La répression est un mécanisme de défense mis en évidence par Freud<sup>136</sup>, qui se retrouve selon lui dans les névroses actuelles (par opposition aux névroses de transfert). La répression désigne l'effacement de l'affect, tout en conservant la représentation du traumatisme au niveau du préconscient. Il s'agit d'une dissociation entre la représentation de l'événement douloureux et l'affect éprouvé. Le sujet a accès à la représentation mais pas à l'affect qui l'accompagne. Ce mécanisme défensif prédispose à la somatisation et traduit l'échec du refoulement.

Christelle n'a pas somatisé au moment du décès et de la dépression maternelle. Elle a somatisé à partir du moment où elle a vécu l'autonomie et la séparation dans la réalité, c'est-à-dire au moment des vacances chez sa tante.

Ceci peut renvoyer à la théorie de l'après-coup<sup>137</sup>, qui tente de montrer que le passé influence le présent. Les symptômes somatiques de Christelle semblent arriver lors d'un effet d'après-coup. Elle a perdu sa mère et sa grand-mère au niveau symbolique à 10 mois. Elle développe une maladie au moment où il y a séparation d'avec la mère dans la réalité.

---

<sup>136</sup> Freud S., *L'interprétation des rêves*, Paris, édition Bréal, 2001, 160p.

<sup>137</sup> Golse B, Y a-t-il une psychanalyse possible des bébés ? Réflexions sur les traumatismes hyperprécoces à la lumière de la théorie de l'après-coup, issu de *la psychiatrie de l'enfant*, 2, 2007, p. 327-364.

C'est en partant de cette hypothèse que le suivi psychothérapique de type psychosomatique analytique se met en place.

La problématique de Christelle et de sa famille suggère qu'il y a eu échec du processus de séparation/individuation.

Le processus de séparation/individuation a été étudié par Margaret Mahler<sup>138</sup> à partir d'observations de couples mères-enfants pendant la deuxième année de vie. Il s'agit d'un processus du développement normal de l'enfant vers 2 ans, qui lui permet l'émergence hors de la symbiose normale et le développement du sentiment d'identité. Le processus aboutit à l'obtention d'un sentiment d'individuation stable et à la constance de l'objet. Cette constance de l'objet doit permettre à l'enfant d'acquérir plus d'autonomie et de devenir de plus en plus serein face aux angoisses liées à la séparation.

Il est décidé un suivi psychothérapique individuel avec le Dr François. sous forme de consultations tous les 15 jours.

Les consultations ont lieu avec Christelle seule, avec un temps pour les parents en fin de séance.

Le suivi de Christelle peut être divisé en plusieurs périodes à la fois sur le plan psychiatrique et somatique.

Christelle saigne, ne veut plus prendre son traitement. Son fonctionnement psychique est celui de la répression des affects. Elle n'est pas triste et ne se plaint pas de sa maladie. Ce type de présentation renvoie à l'alexithymie décrite par Sifnéos<sup>139</sup>.

Lors de la première séance avec Christelle, il lui est demandé de dessiner sa famille. Elle s'applique beaucoup et reste assez crispée. En dessinant sa famille, elle commence toujours les personnages par la tête. Elle fait un rond, puis s'arrête et

---

<sup>138</sup> Mahler M., *Psychose infantile, symbiose et individuation*, Paris, 2001, édition Payot, 249p.

<sup>139</sup> Sifneos PE, Psychosomatique, alexithymie et neurosciences, dans la Revue française de psychosomatique, n°7, 1995, Paris, éditions Puf, 9p.

passé à un autre personnage en dessinant un même rond. Elle revient ensuite au premier personnage en lui rajoutant le corps. Fait remarquable, elle dessine les trois enfants de sa famille en les morcelant, en passant de l'un à l'autre comme s'ils n'étaient pas une personne à part entière, montrant sans doute un défaut d'individuation par rapport à ses sœurs. Tous les personnages de sa famille sont habillés de la même façon, seules les coiffures changent (cf. Annexe1 ).

Très vite, Christelle veut dessiner, mais ne sait pas quoi dessiner. Ceci peut indiquer soit un manque d'imaginaire chez cette enfant ce qui, selon Sami Ali<sup>140</sup>, est propre aux patients psychosomatiques, soit un vécu de débordement face à la psychothérapie, situation angoissante qui ne lui est pas familière.

Pour l'aider à surmonter son angoisse et l'étayer, le Dr François. lui propose des squiggles. Le squiggle est un dessin à deux, inventé par Winnicott<sup>141</sup>. Le principe est qu'à tour de rôle, une des personnes dessine un trait ou une figure sur la feuille, charge à l'autre personne de continuer le dessin à partir de ces traits.

Christelle s'investit beaucoup dans les squiggles. Au début de la prise en charge, au travers des squiggles, quelques traits de sa personnalité sont mis en avant. Elle dessine souvent des visages ou des personnages. Ceux-ci sont souvent accrochés, combinés ou liés les uns aux autres (cf. Annexe 2). Il semble impossible pour Christelle de ne pas utiliser toutes les lignes préexistantes. Il faut que chaque ligne serve à quelque chose, elle ne peut accepter d'en laisser de côté. De même, l'enveloppe des têtes est systématiquement doublée, comme s'il lui fallait rajouter une protection, comme s'il y avait une carence en pare-excitation. Elle n'a pas de contenant, pas de pare excitant.

Elle remplit consciencieusement les espaces clos. Rien n'est donc en trop, tout espace vide doit être occupé (cf. Annexe 3). Ce besoin de combler les vides peut être interprété comme une angoisse du vide ou d'un souci de perfectionnisme.

Durant les mois de septembre et octobre, lors des séances de thérapie. Christelle est souriante, enthousiaste face aux squiggles. Elle parle tout d'abord peu de son histoire, que ce soit verbalement ou à travers ses dessins. Elle semble

---

<sup>140</sup> Sami Ali M., *L'espace imaginaire*, Paris, 1982, édition Gallimard, 264p.

<sup>141</sup> Duparc F., *Winnicott en quatre squiggles*, Paris, 2005, édition in Press, 226p.

insensible à sa maladie et aux contraintes qui y sont liées, dont notamment les examens multiples qu'elle doit subir.

Pendant cette période de la prise en charge, les parents relatent que Christelle refuse de manière catégorique le traitement médicamenteux. Les notes à l'école chutent et elle refuse de faire ses devoirs. C'est la première fois que Christelle s'oppose, qu'elle ne s'adapte pas à la situation mais, qu'au contraire, elle y réagit. Cette opposition est jugée positive dans le cadre de son suivi psychothérapique. Elle continue de manière assez intensive le sport. Les parents, de leur côté, s'interrogent et tentent de faire des liens. Ils remarquent que les saignements de Christelle correspondent à des changements de situation, en général des séparations.

En novembre, Christelle commence à développer plus de capacités imaginatives dans ses dessins, ce qui prouve qu'elle commence à se laisser aller à partager ses émotions et son imagination avec le Dr François. En effet, elle dessine un « bonhomme boîte » plaqué sur la feuille de papier. Ce dessin semble représenter la relation analytique. Christelle pourrait être le « bonhomme boîte », l'autre personnage étant à ce moment là la thérapeute hébétée, déprimée, qui porte le visage de sa mère (cf. Annexe 4).

Puis, progressivement, au cours des séances de pâte à modeler, Christelle réussit à mettre en scène son histoire et sa problématique. Elle fait un arbre et dit : « le tronc est trop petit ». Elle raisonne par rapport à la petite fille que le Dr François vient de finir en pâte à modeler. Le Dr François lui dit : « quand l'arbre sera fini, la petite fille ira se reposer en dessous ». Christelle a compris que l'arbre devait être plus grand que la petite fille. Elle doit s'y reprendre à plusieurs reprises avant d'arriver à faire un arbre de la taille de la petite fille. Elle construit un parapluie à la petite fille qui n'a donc plus besoin de l'arbre pour se protéger. Elle fixe le parapluie à l'arbre et pose la petite fille en dessous du parapluie. Dans le vécu de Christelle, l'arbre et à peine plus grand que la petite fille et c'est la petite fille qui fournit à l'arbre le parapluie pour la protéger.

Dans le même registre, il peut être intéressant de se rappeler que la mère de Christelle a rapporté que celle-ci avait marché à l'âge de 10 mois, juste après le décès de la grand-mère.

Avec ces deux éléments, nous pouvons faire l'hypothèse que Christelle s'est autonomisée au moment du décès de sa grand-mère, en sentant que ses parents étaient très affectés par le deuil. Comme la mère l'a exposé lors de la première consultation : « à la mort de la grand-mère, c'est Christelle qui nous a aidé à supporter cela » .L'épisode de la pâte à modeler peut être interprété comme une métaphore de son histoire : pour que les parents soient protecteurs, ils doivent être vécus comme beaucoup plus grands et beaucoup plus forts que l'enfant. Or, au moment du décès de la grand-mère, la mère de Christelle, n'a pas pu donner à Christelle le sentiment qu'elle la protégeait. Christelle n'a pas pu se sentir protégé et étayée, car elle a dû être aussi « adulte » que les adultes qui l'entouraient. Ceci peut expliquer la répression des affects, la nécessité d'auto-contenance.

Pendant toute la séance axée sur la petite fille au parapluie, elle a le visage fermé et triste. Pendant les séances suivantes, Christelle continue à vouloir faire de la pâte à modeler. Commence alors un rituel où elle étale la pâte à modeler et réalise des animaux aplatis, pendant que le Dr François façonne des volumes.

Les activités de Christelle en pâte à modeler deviennent très régressives. Il semble plus important d'écraser, de lisser les tas de pâte à modeler que de figurer quelque chose. Le Dr François remarque que Christelle adopte un comportement très régressif, comme pourrait le faire le tout petit qui découvre la pâte à modeler. Pendant cette période de la prise en charge, les saignements se sont arrêtés.

Le mois de décembre représente un tournant dans la prise en charge. La mère annonce qu'elle trouve Christelle plus gaie depuis qu'elle est suivie au CMP. Lors d'une consultation, elle se met spontanément à créer un bonhomme en trois dimensions et elle l'associe à ses créations des séances précédentes. Lors de cette séance, elle façonne trois petites filles qui se lancent des boules de neige. Le Dr François émet l'hypothèse que ces trois petites filles sont sœurs. Christelle sourit et plaisante. Elle semble réussir à s'individualiser en représentant trois sœurs distinctes façonnées les unes après les autres.

Début janvier, la mère de Christelle nous apprend que celle-ci a eu des douleurs abdominales à nouvel an, avec des saignements pendant plusieurs jours. La mère n'a pas emmené Christelle immédiatement à l'hôpital. Elle a consulté le Dr C qui préconise une consultation auprès du Dr M à l'hôpital d'enfants du CHU de Brabois. Il n'y a pas eu de coloscopie de contrôle. Depuis cet épisode, elle accepte à nouveau de prendre son traitement.

Ce saignement intrigue fortement le Dr François, qui essaie de comprendre ce qui a pu se produire en décembre pour occasionner une nouvelle poussée. En interrogeant la mère, il apparaît que celle-ci a trouvé un travail au cours du mois. Elle a beaucoup travaillé et c'est le père qui s'est occupé des enfants. C'est la première fois que la mère de Christelle travaille depuis la naissance de ses enfants. Le père de Christelle met en lien le travail de la mère et son absence de la maison avec la poussée de la symptomatologie digestive de Christelle.

Durant le mois de janvier, Christelle est toujours très gaie en consultation. Elle continue à saigner parfois. À la maison, elle est agressive et s'oppose beaucoup. Elle fait toujours beaucoup de sport, semble très fatiguée et se couche tard. Le rendez-vous avec le Dr M est fixé à la fin février 2007, et les parents attendent avec impatience son avis. Au courant du mois de janvier, elle fait pour la première fois un dessin à connotation œdipienne (cf. Annexe 5). C'est un arbre avec un visage et une barbe qui regarde la maison visage. Selon Christelle, l'arbre a l'air amoureux. Entre l'arbre et la maison, il y a une petite fleur. Au-dessus, un papillon, qui pourrait être la grand-mère décédée, s'envole au ciel pour se réincarner dans la petite fleur. Les deux soleils quant à eux représentent le temps qui passe. L'arbre pourrait représenter le père de Christelle et la maison sa mère. La petite fleur pourrait représenter Christelle, qui a incorporé la grand-mère décédée.

Durant cette période, Christelle aborde également la problématique des bébés dans les squiggles (cf. Annexe 6). Elle représente un œuf dans la tête d'une petite fille, comme un enfant qu'elle peut fantasmer avoir plus tard. Christelle se demande si elle aura des bébés plus tard. Il faut garder à l'esprit qu'elle saigne du ventre, l'endroit pour elle où l'on porte les bébés.

Elle verra aussi dans les squiggles un papillon à lunettes avec un bébé dans le ventre.

Début mars, la mère relate la consultation à Nancy avec le Dr M. Le traitement a été changé. Le courrier est le suivant :

**« Christelle est atteinte d'une rectocolite hémorragique, diagnostiquée en 2000. Elle a bénéficié d'un traitement par Mésalazine et Olsalazine (anti-inflammatoires digestifs salicylés). Le traitement a été arrêté en milieu d'année 2006 avec pour conséquence une récurrence sous forme de douleurs abdominales et de rectorragies. Dans ce contexte, elle a repris le traitement par Olsalazine 1,5cp par jour associé à 5 ASA (dérivé de l'acide aminosalicylique) en suppositoires avec une amélioration plus lente que d'habitude.**

**À noter, Christelle est suivie sur le plan psychologique.**

**Actuellement, les douleurs abdominales sont peu fréquentes, il n'y a pas de nausées, pas de vomissement. Le transit est fait d'une ou deux selles par jour de consistance dure. Il n'y a pas de sang au toucher rectal**

**À l'âge de 9 ans et 9 mois, Christelle pèse 24,5kg (10<sup>ème</sup> percentile) pour une taille de 124,5cm (-2DS). L'indice corporel est au 50 percentile. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie, une corde colique est palpée. Christelle se plaint occasionnellement de douleurs à la défécation. Il existe parfois des aphtes et des gonalgies.**

**Sur le plan biologique, l'hémoglobine est normale à 13,8g/dl avec un VGM à 87, les réticulocytes sont à 115000/mm<sup>3</sup>, les GB à 11780/mm<sup>3</sup>, dont 6200PNN, 640 éosinophiles, 120 basophiles.**

**Les plaquettes sont à 550000/mm<sup>3</sup>. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique : VS à 10/22, CRP à 0,7. Il n'y a pas de cytolysé hépatique, l'amylasémie est à 131UI/L, la lipasémie à 24UI/L**

**L'ionogramme, la fonction rénale, la glycémie sont normaux. Les IgG sont normales à 10,3g/l, de même que les IgA à 1,2g/l, les IgM sont à 1,44g/L (N<1,12).**

**Les IgE totales sont à 14,3 UI/ml.**

**L'albuminémie est satisfaisante à 42,4g/l**

**Le récepteur soluble de la transferrine est normal à 1,76mg/L.**

**Nous attendons les pANCA et ASCA et la calprotectine fécale.**

**Sur le plan thérapeutique, Christelle prendra désormais Pentasa® 3x500mg/jour.**

**Le point est à refaire le 6 juillet 2007. Christelle devra ramener un pot de selles**

**Au total : rectocolite hémorragique en rémission. »**

Il programme une coloscopie pour voir d'où viennent les saignements car les marqueurs biologiques sont normaux et ne sont donc pas en faveur d'une poussée de rectocolite.

Au cours du mois de mars, Christelle est de plus en plus joyeuse. Elle fait des squiggles chez elle à la maison. L'imaginaire se développe de plus en plus. Elle commence à rêver de personnages qu'elle crée en pâte à modeler. La remise en route de la fonction du rêve est importante. Elle est très occupée, fait beaucoup de sport, surtout pendant les vacances. Les parents disent ne la voir que pour manger. La mère trouve Christelle moins anxieuse, plus forte et plus gaie. La maman avoue qu'elle doutait du bien-fondé de la prise en charge psychologique mais elle est désormais convaincue que c'est indispensable. Au cours des séances, Christelle et le Dr François alternent la réalisation des squiggles. Lors de dessins de montagne dessinés par Christelle, le Dr François fait un pont pour relier deux hommes seuls sur une montagne. À deux, ils seront plus forts pour résoudre le problème. Ceci symbolise sans doute la relation psychothérapique (cf. Annexe 7).

Christelle livre également que l'ambiance à la maison se dégrade et les parents se disputent souvent. Ils ne se parlent plus depuis un mois. Elle saigne toujours.

Lors des squiggles, Christelle a souvent besoin de retrouver un visage. Mais ce sont toujours des visages monstrueux, morcelés, déformés ou tristes. Il s'agit d'une juxtaposition d'éléments (nez, bouche, yeux) sans harmonie, sans cohésion. C'est comme si elle tentait d'harmoniser de façon anthropomorphique chaque perception. (cf. annexes 8 et 9).

En mai, les parents de Christelle annoncent qu'ils divorcent. Ils veulent mettre en place une garde alternée. Cette annonce arrive de façon très brutale. Ils n'en avaient jamais parlé auparavant. Il semble qu'ils n'ont pas pensé cette séparation. Il s'agit d'un passage à l'acte, tout comme ont pu le faire les parents du père de Christelle. Christelle dit que le divorce ne la soucie pas. Comme toujours, elle s'adapte aisément à toute situation difficile. En s'adaptant, elle fait l'économie de la dépression. Par contre, elle saigne à nouveau depuis que ses parents se disputent.



Selon la mère, elle saigne de façon minime mais tous les jours depuis l'annonce du divorce. Les situations difficiles où Christelle s'adapte et n'a pas accès à des émotions sont des situations à risque de poussées somatiques. C'est ce que l'on voit ici. Il semble important qu'elle puisse ressentir ses affects, les éprouver et en parler.

À travers les squiggles, les jeux et les dessins, nous tentons d'aider Christelle à traverser cette situation. Le Dr François met en scène deux bonshommes sur un bateau, séparés par une montagne qui se demandent comment se rejoindre (cf. Annexe 10). Christelle propose qu'ils escaladent la montagne avec une corde mais le bateau tombe de l'autre côté et leur tombe sur la tête. Ce coup sur la tête fait peut être écho au choc qu'elle a eu à l'annonce du divorce de ses parents.

En juin 2007, l'endoscopie montre que les saignements de Christelle ne sont pas dus à la rectocolite mais à une fissure anale. Il n'y a plus de saignements hauts. La maladie est en rémission. La muqueuse digestive est normale. Christelle n'a donc pas fait de poussée de rectocolite depuis sa prise en charge psychothérapique. En effet, nous pouvons supposer que les saignements au mois de janvier étaient aussi dus à la fissure anale. Bien qu'il n'y ait pas eu de preuves endoscopiques réalisées en janvier, les marqueurs biologiques n'étaient pas en faveur d'une inflammation. Par contre, le symptôme « saignement » est toujours présent lors des situations difficiles.

À la maison, la situation se dégrade. La cohabitation est difficile. Le père quitte le domicile sans donner d'explication, il ne s'occupe plus des filles, il n'adresse plus la parole à sa femme. Christelle a du mal à s'endormir, elle ne veut plus dormir seule, alors qu'elle y était arrivée auparavant. Elle mange peu. Pendant que sa mère expose cette situation, Christelle exécute un dessin : un arbre monsieur (le père) et une maison madame (la mère), séparés par un papillon et trois nuages (les trois filles) qui les observent. Le papillon pourrait être considéré comme un médiateur qui fait le lien entre les deux parents et entre les parents et les enfants (cf. Annexe 11). Elle dessine un clown triste et elle semble elle-même triste. Christelle exprime à présent ses émotions à travers le dessin. La séparation de ses parents la rend triste et elle ne se sent plus obligée de faire comme si tout allait bien.

En juillet, les parents de Christelle annoncent qu'ils ne se séparent plus et qu'ils se sont réconciliés. Ceci fait écho avec l'histoire du père et de ses propres parents : une séparation agie et non pensée, suivie d'une réconciliation brutale. Le père décide de débiter une psychothérapie au Centre Médico-Psychologique pour adultes. Christelle, elle, s'investit beaucoup dans le sport. On pourrait voir ceci comme des procédés auto-calmants. Elle a rendez-vous avec le Dr M en juillet. Les parents ont pour projet de déménager à la rentrée de septembre.

En septembre, Christelle est très contente car elle a changé d'école. Elle ne saigne plus. Sur les squiggles, pour la première fois elle ne repasse plus sur le trait. Ceci indique qu'elle a acquis un pare-excitant. Elle crée des nouvelles lignes, et elle ne remplit plus les espaces. Dans la nouvelle maison, chaque fille a son lit, son armoire, sa caisse à jouets, un tableau au mur où elles peuvent accrocher ce qu'elles veulent. La mère a décidé de faire cela instinctivement. Christelle fait un dessin représentant sa nouvelle chambre et le lit ainsi que le placard pour chacune des filles (cf. Annexe 12). Christelle exprime à travers les dessins son désir que ses sœurs arrêtent de venir dormir avec elle. Elle dit que le fantôme est fâché car des gens sont venus dans son royaume sans en demander la permission ; elle souhaiterait avoir « une porte qui ferme à clef ». Ceci montre une évolution vers une individuation par rapport à ses sœurs, alors qu'elles étaient auparavant très fusionnelles.

Le 2 novembre, Christelle saigne à nouveau. Il s'agit toujours de saignements provenant de sa fissure anale. La maladie est toujours en rémission. Il est très positif de voir qu'il ne s'agit pas de poussées de rectocolite.

Christelle saigne à nouveau le jour de la Toussaint, date de la fête des morts. Pour Christelle, c'est l'occasion de parler de la mort de sa grand-mère pour la première fois. Pour elle, « on ne dirait pas que grand-mère est morte » car sa « maman ne pleure jamais ». C'est l'occasion pour le Dr François de lui raconter l'histoire de son enfance. Elle lui narre le décès de la grand-mère, la douleur qu'a ressentie sa mère à ce moment-là, la place et le rôle donnés à Christelle et qu'elle ne

pouvait assumer n'étant qu'une petite fille comme sur le dessin. Christelle est ravie d'entendre toute son histoire racontée ainsi.

Les parents de Christelle sont, quant à eux ravis qu'elle ne fasse plus de poussées de rectocolite ulcérohémorragique.

Avec le Dr François, ils évoquent la possibilité d'un arrêt du suivi. Christelle accepte le traitement, elle est gaie, s'oppose parfois.

La prise en charge de Christelle est arrêtée en décembre 2007. Lors de la dernière consultation, elle réalise un dessin (Annexe 13) qui a été interprété par le Dr François comme récapitulant le suivi psychothérapique. La maison n'a pas de volume, elle n'a ni porte, ni fenêtre. Elle peut symboliser le vécu défensif ou dépressif dans lequel Christelle était au début de sa prise en charge. La partie droite du dessin peut symboliser la deuxième partie du suivi. Le travail en psychothérapie a permis à la petite fille de s'étayer, de grandir et d'exprimer des émotions pour devenir une petite fille souriante qui se met à l'abri sous l'arbre. La prise en charge a permis à Christelle de se renarcissiser.

Le cas de Christelle est exemplaire car il montre que la psychothérapie est une rencontre. Christelle, en rencontrant le Dr François, a senti que celle-ci pouvait l'aider à se développer. La solution pour une bonne santé physique est l'élaboration, la mise en mots, la symbolisation des conflits.

Pour Christelle, il faut constater une évolution favorable grâce à une prise en charge adaptée et précoce. Christelle a bénéficié d'une relation suffisamment sécurisante et contenant pour lui permettre d'exprimer ses émotions, ses angoisses, ses affects. La psychothérapie lui a apporté un étayage, indispensable pour passer de la répression des affects au refoulement.

Ces deux cas cliniques sont des exemples, à partir desquels nous pouvons étayer notre réflexion sur l'intérêt du suivi psychothérapique associé au traitement médical dans la prise en charge de patients atteints de rectocolite. Bien évidemment, la description clinique de ces deux patientes n'a pas de valeur scientifique et il ne s'agit que d'hypothèses. Il pourrait être intéressant de mettre en place une étude à partir d'un nombre plus élevé de patients atteint de cette pathologie, et pris en charge en psychothérapie, afin de valider ces hypothèses.

## VI. CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons tenté de mettre en exergue les liens étroits entre le soma et la psyché. La potentialité psychosomatique est inhérente à chaque individu et apparaît le plus souvent lorsque des circonstances extérieures ou intérieures dépassent les modes psychologiques habituels de résistance.

Cette potentialité psychosomatique n'est pas égale chez tous les individus et des structures de personnalité comme une névrose, une perversion, une psychose assurent une protection contre la somatisation dans la mesure où elles prennent en charge les affects, les fantasmes et les traumatismes dans une scène psychique. La somatisation est, elle, « théâtre du corps »<sup>142</sup>, qui prend la relève dans une pièce où le sujet ne parvient pas à jouer sa représentation psychique.

Pour un sujet atteint d'une pathologie psychosomatique, la prise en charge psychothérapique permet une remise en route de la scène psychique, une sortie possible de l'impasse dans lequel le sujet est souvent pris et qui aboutit à la somatisation.

Le suivi psychothérapique d'enfants consiste à les aider à dépasser leurs fixations lors du développement de leur personnalité

La prise en charge précoce de Christelle, atteinte de rectocolite ulcérohémorragique lui a permis de se revaloriser, d'exprimer ses affects, ses angoisses.

L'exemple de Margot ne nous permet pas de conclure car la prise en charge ne s'est pas mise en place. Au bout de quatre consultations, nous ne pouvons faire que quelques hypothèses : sans prise en charge psychothérapique précoce après le développement de la pathologie, l'évolution s'est organisée en faveur d'une aggravation de la symptomatologie digestive, avec recours à une intervention chirurgicale mutilante. Nous ne pouvons pas conclure de l'issue de la maladie s'il y avait eu une prise en charge dès le début des troubles.

---

<sup>142</sup> Mc Dougall J, Théâtre du corps, Paris, 1989, édition Gallimard, 215p.

L'approche psychosomatique est une approche difficile, liée au fait que les individus atteints de maladies chroniques invalidantes ont souvent des défenses importantes pour se protéger d'un effondrement dépressif ou d'angoisses de mort importantes. Les entretiens psychothérapeutiques mobilisent beaucoup leurs défenses, et il convient d'être très prudent avec ces patients. Néanmoins, ces résultats contrastés sont encourageant pour densifier l'approche psychosomatique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. **ADAMS SG., DAMMERS PM, SAIA TL**, Stress, depression and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus, *J. Behav Med*, 1994, 17, 459-477
2. **ADER R.**, *Psychoneuroimmunology*, New York, Academic Press, 1981
3. **AITOLA P, MIETTINEN A, MATT, MATIKAINEN M, SOPPIE**, Effect of proctocolectomy on serum antineutrophil cytoplasmic antibodies in patients with chronic ulcérative colitis, *J Clin Pathol*, 1995, 48, 646-647.
4. **ALEXANDER F.** : La médecine psychosomatique (n°édition), Paris, petite bibliothèque Payot, 1950, 244p.
5. **ANDREWS H, BARCZAK P, ALLAN RN** : Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease ; *Gut* 1987, 28, 1600-1604.
6. **ANSERMET F.** : modèles psychopathologiques du phénomène psychosomatique chez l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1999, 47, 3, 161-168.
7. **AZOULAY J.** : Etats psychotiques et maladies somatiques. Considération historiques et de psychiatrie clinique, extrait de la revue française de psychosomatique la folie protège-t-elle de la maladie ? n°27. P.17 à 40.
8. **BALIER C.**, *Psychanalyse des comportements violents*, Paris 2002, édition Puf, 287p.
9. **BARTROP RW, LUCKHURST E., LAZARUS L.**, Lymphocyte function after bereavement, *Lancet*, 1977, 1°, 834-836.
10. **BARON S, TURCK D, LEPLAT C, MERLE V, GOWER ROUSSEAU C, MARTI R, YZET T, LEREBOURS E, DUPAS JL, DEBEUGNY S, SALOMEZ JL, CORTOT A ? COLOMBEL JF** : Environmental risk factors in paediatric inflammatory bowel disease : a population based case control study ; *Gut* 2005 ; 54 ; 357-363.
11. **BEAUGERIE L.** : Qu'est ce qu'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ; *La Revue du Praticien* ; 2005 : 55, 943-948.
12. **BION WR.**, *Aux sources de l'expérience*, Paris, 2003, édition Puf, 137p
13. **BOUCHERAT-HUE V.** : Des effets aux causes dans la construction du cas clinique en psychosomatique ; p.99-121.

14. **BOUHNİK Y.** : Moyens diagnostiques dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; La Revue du Praticien ; 2005 : 55, 977-982.
15. **BYDŁOWSKI M.** : la dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, 1997, PUF, 196pages.
16. **CASELLAS F, LOPEZ-VIVANCOS J, BADIA X, VILASECA J, MALAGELADA JR** : Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life ; European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2001, 13, 5, 567-572.
17. **CONSOLI M** : Evènements de vie, stress quotidien et maladies auto-immunes. revue ?, chapitre 14
18. **CREED F. , RATCLIFFE J. , LAKSHMI F. , PALMER S. , RIGBY C. , TOMENSON B. , GUTHRIE E. , READ N. , THOMPSON D.** : outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic ans neurasthenic disorders, British journal of psychiatry, 2005, 186, 507-515.
19. **DEBRAY R., DEJOURS C. , FÉRIDA P.** : Psychopathologie de l'expérience du corps, Paris, Dunod, 2005, 164P.
20. **DEBURGE A.** : Psychosomatique et prescription d'un régime, Nervure, 1996, 29, 6, 77-82
21. **DEJOURS C.** : le corps d'abord, Paris : édition Payot , 2003, 193p.
22. **DESCARTES** , *Le traité des passions de l'âme*, Paris, 1998, édition Flammarion, 302p
23. **DU CROTTÉ P, BONA Z B.** : Stress et tube digestif, revue ? , chapitre 17
24. **DUMET N.** : Clinique des troubles psychosomatiques : approches psychanalytiques, Paris : Dunod, 2002, 158p.
25. **DUPARC F.**, *Winnicott en quatre squiggles*, Paris, 2005, édition in Press, 226p.
26. **ENGSTRÖM I, LINDQUIST BL** : Inflammatory bowel disease in children and adolescents : a somatic ans psychiatric investigation ; Acta Pediatr Scand, 1991JUN-JUL ; 80(6-7) ; p. 640-647.
27. **FARAHAT K, SOBHANI I, BONNAUD G, VALLOT T, VISSUZAIN E C et MIGNON M** : Rectocolite ulcérohémorragique : épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, histoire naturelle et stratégie thérapeutique.

- Encyclopédie Médico-chirurgicale, Gastroentérologie, 9-059-A-10,1999, 24p.
28. **FINE A.** : Une muqueuse pleure le sang. Étude sur la rectocolite hémorragique. La revue française de psychosomatique : le ventre, 2004, 26, 17-33.
29. **FREUD S.**, *L'interprétation des rêves*, Paris, édition Bréal, 2001, 160p.
30. **FREUD S.**, *Essai de psychanalyse : Au delà du principe de plaisir*, Paris, 1963, édition Payot Saint Armand, 288p.
31. **FREUD S.**, *Névrose, psychose et perversion*, Paris, 1973, éditions Puf, 320p.
32. **FREUD S.**, *La sexualité dans l'étiologie des névroses*, Paris, 1989, éditions Puf, 235p.
33. **FREUD S.**, *La vie sexuelle*, Paris, 9<sup>ème</sup> édition, 1999, édition Puf, 168p.
34. **FREUD S.**, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris,2005, édition Puf, 88p.
35. **FREUD S.**, *Etude sur l'hystérie*, Paris, 2002, édition Puf, 254p
36. **FUTTERMAN AD., KEMENY ME, SHAPIRO D.**, Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood, Psychosom Med, 1994, 56°, 449-511
37. **GOROT J.** : La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn : un trouble de l'identité de soi. Psychiatries 124, 33-39.
38. **GREEN A.** : Narcissisme de vie, narcissisme de mort, 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Les éditions de minuit, 1983, 314 p.
39. **GRODDECK G.**, *Le livre du ça*, Paris, 1973, Gallimard, 326p
40. **GRUNBERGER B.**, *Le narcissisme*, Paris, 2003, éditeur Payot, 398p
41. **GUENEDEY A., GRASSO F.** : Attachement et psychosomatique de l'enfant. Perspectives Psy, 2003, 42, 2, 115-121.
42. **HALLER CA, MAKOWITZ J.** : IBD in children : lessons for adults. Curr Gastroenterol Rep, 2007 Dec ; 9(6) ; p. 528-532. \_
43. **HALLIDAY JL.**, Psychological aspect of rhumatoid arthritis, Proc Roy Soc Med, 1942, 35, 455-457
44. **HERBERT TB, COHEN S.**, Depression and immunity : a meta-analytic review, Psychobull, 1993, 113°, 472-486.



45. **HOFFER M.**, Hidden regulators : implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J, Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The analytic Press, 1995: 203-232.
46. **HUGOT JP, ZOUALI H, LESAGE S, THOMAS G** : Etiology of the inflammatory bowel diseases ; Int Journal of colorectal disease, 1999 Feb ; 14(1), 2-9.
47. **HYPHANTIS TN, TRIANTAFILLIDIS JK, PAPPAS S., MANTAS C, KALTSOUDA A, CHERAKAKIS P, ALAMANOS Y, MANOUSOS ON, MAVREAS VG** : Defense mechanisms in inflammatory bowel disease ; J. Gastroenterol 2005 Jan, 40(1) : 24-30.
48. **JADOULLE V.** : Des vicissitudes de l'individuation à la survenue du symptôme somatique. Psychothérapie, 2007, 27, 2, 77-83.
49. **JEJCIC M.** : Savoir du poète et maladie psychosomatique : Jean Cocteau l'hiéroglyphe, Evolution psychiatrique ,2007, 72, 259-269.
50. **KAMIENSKY H.** : Histoire de la psychosomatique. Paris : Presse universitaire de France, 1994, 124.
51. **KIECOLT-GLASER JK., SPEICHER C.**, Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students, Psychosomatic Med, 1984, 27°, 13-19.
52. **KING RA.** : pediatric inflammatory bowel disease ; children adolescent psychiatric clinic, 2003 Jul ; 12(3) : 537-550.
53. **KLEIN M.**, *Psychanalyse d'enfant*, Paris, 2005, éditions Payot, 184p.
54. **KREISSLER L.** : Psychosomatique de l'enfant, 5<sup>ème</sup> édition. Paris : Presse universitaire de France, 1976, 115p.
55. **KREISSLER L., SOULÉ M., FAIN M.** : L'enfant et son corps. Paris, Presse universitaire de France, 1974, 512p.
56. **KREISSLER L.** : Le nouvel enfant du désordre psychosomatique, 1987.
57. **KREISSLER L, SZWEC G** : Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance. Généralités cliniques, propositions théoriques. EMC psychiatrie 37-404-A-10.

58. **KREUTZPAINTNER G, DAS PK, STRONKHORST A, STOB AW, STROMEYER G**, effect of intestinal resection on serum antibodies to the mycobacterial resection on serum antibodies to the mycobacterial 45/48 kilodalton double antigen in Crohn's disease, *Gut* 1995; 37: 361-366.
59. **KRAUSS F.**, identité et fonction de l'image dans un cas de pelade chez l'enfant. *Histoire de l'image en psychanalyse, Imaginaire et inconscient*, Edition Esprit du temps, Paris, 2002,
60. **KSENSÉE A**: Réflexions sur l'apparition d'une maladie somatique « après » une cure psychanalytique classique. *Revue française de psychosomatique*, 2000, 17, 123-135.
61. **LAPLANCHE J, PONTALIS JB**: *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris édition PUF, 4<sup>ème</sup> édition 2004, 510p.
62. **LEBOVICI S, DIAKTINE R, SOULE**, *Le nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 4 volumes, Paris, édition Puf, 2004.
63. **LEBOVICI S, STOLERU S**, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris, 1983, Païdos, Le Centurion, 377p
64. **LEREBOURG E, GOWER ROUSSEAU C, MERLE V, BRAZIER F, DEBEUGNY S, MARTI R, SALOMEZ JL, HELLOT MF, DUPAS JL, COLOMBEL JF, CORTOT A, BENICHOU J**: Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: a population based case control study ; *American Journal of gastroenterology*, 2007, 102, 122-131.
65. **LOFTUS E.**: Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences ; *Gastroenterology*, May 2004, volume 126, 1504-1517.
66. **LIU Y, VAN KRUININGEN HJ, WEST AB, CARTUN RW, CORTOT A, COLOMBEL JF**, Immunocytochemical evidence of listeria, Escherischia Coli, and streptococcus antigen in Crohn's disease, *Gastroenterology*, 1995; 108; 1396-1404.
- 67.
68. **MC DOUGALL J.**, *Le théâtre du corps : le psychosoma en psychanalyse*, Paris, 1989, édition Gallimard, 220p.
69. **MACKNER L, CRANDALL W.**: Long-term Psychosocial Outcomes Reported by Children and Adolescents with Inflammatory Bowel Disease ; *American Journal of Gastroenterology*, 2005 , 100 , 1386-1392.

70. **MAES M., BOSMANS E., SUY E.**, Antiphospholipid antinuclear Epstein Barr and cytomegalovirus antibodies and soluble interleukin 2 receptor in depressive patients, *J Affect Dis*, 1991, 21°, 133-140.
71. **MAHLER M.**, *Psychose infantile, symbiose et individuation*, Paris, 2001, édition Payot, 249p.
72. **MARTY P.** : Psychothérapie psychanalytique des troubles psychosomatiques, *Revue française de psychosomatique*, 1999, 16, 195-204.
73. **MARTY P.** : L'ordre psychosomatique, Paris : Édition Payot, 1980, 292P.
74. **MARTY P., DE M'UZAN M, DAVID C.**, *L'investigation psychosomatique*, Paris, 2003, édition Puf, 263p.
75. **MARTY P.** : La psychosomatique de l'adulte, 6<sup>ème</sup> édition. Paris, Presse Universitaire France, 1990, 117p.
76. **MAUNDER R, ROOY E, TONER B, GREENBERG G, STEINHART H, MCLEOD R, COHEN Z** : Health-related concerns of people who receive psychological support for inflammatory bowel disease ; *Can J Gastroenterol* , 1997 , vol11 , N 8 ,681-685.
77. **MAUNDER R, TONER B, DE ROOY E, MOSKOVITZ D** : Influence of sex and disease on illness-related concerns in inflammatory bowel disease ; *Can J Gastroenterol* ,1999 Nov , vol 13, numéro 9 , 728-732.
78. **MAWDSLEY J., MACEY M., FEAKINS R., LANGMEAD L., RAMPTON D.** : The Effect of acute psychologic stress on systemic and rectal mucosal measure of inflammation in ulcerative colitis ; *American journal of gastroenterology*, 2006 131 : 410-419.
79. **MAWDSLEY J., JENKINS D., MACEY M., LANGMEAD L., RAMPTON D.** : The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis, *American Journal of Gastroenterology*, 2008 , 103, : 1-10.
80. **MICHEL H. , BLANC P.** : Stress and the digestive system ; *Encéphale* 1993 Mar ; 19 Spec No 1 : 157-161.

81. **MIEHSLER W, WEICHSELBERGER M, OFFERLBAUER-ERNST A, DEJACO CLEMENS** : Which Patients with IBD Need Psychological Interventions ? A Controlled Study. *Inflamm Bowel Disease*, 2008, p.1-8
82. **MOSER G.** : Psychosomatic aspects of bowel diseases ; *Z Psychosom Med Psychother.* 2006 ; 52(2) : 112-126.
83. **MOUREN-SIMEONI MC, ISNARD P, LE HEUZEY MF, SAIAG MC, VILA G, NOLLET C, BOUVARD MP, DANION GRILLAT A , LEDUIGOU N, OPPENHEIM D, PERROT A, VIDAILHET C** : Aspect psychopathologiques liés à certaines affections pédiatriques ; *EMC pédopsychiatrie* ; 37-203-A-10.
84. **NEMIAH J.**, Alexithymia : theoretical considerations, *Psychotherapy psychosomatics*, 1977, 28, 199-206.
85. **NORTH CS, CLOUSE RE, SPITZNAGEL EL, ALPERS DH** : The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors : a review of findings and methods , *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 8, 974-981.
86. **PARAT C.** : A propos de la répression, *La revue française de psychosomatique*, 93-111
87. **PASNAU R.** : Therapy of ulcerative colitis in children : a combined pediatric-psychiatric-surgical Approach, *Psychosomatics*, 1964, 5, 137-143.
88. **PEDINIELLI JL.**, *Psychosomatique de l'alexithymie*, Paris 1992, édition Puf, 128p.
89. **PEYRIN-BIROULET L, BIGARD MA** : Circonstances diagnostiques et évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; *La revue du praticien* ; 2005 ; 55 ; 962-976.
90. **PIRLOT G** : Modèles actuels en psychosomatique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-400-C-10, 2007
91. **PORCELLI P, ZAKA S , TARANTINO S, SISTO G** : Pathology of adaptation according to Sami-Ali and index of conformity to the Rorschach test in ulcerative rectocolitis, *Minerva psichiatr*, 1992, 33, 4, 297-300.

92. **PRESS J.** : Narcissisme de l'analyste et fonction de la théorie dans le champ psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 2004, 25, 155-164.
93. **RODRIGUEZ M.** : Approches psychosomatique des troubles psychomoteurs ; neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence ; 2007 ; 55 ; 108-112.
94. **ROSENMAN RH, FRIEDMAN N,** Behavior Patterns, Blood lipids and coronary heart Disease, *Jama* 184, 934-938, 1963
95. **SAMI ALI M.**: Penser le somatique : imaginaire et pathologie ; Paris, édition Dunod 1987. P. 77, 78, 79, 80, 81, 82, .
96. **SAMI-ALI M**: le rêve et l'affect : une théorie du somatique. Dunod.
97. **SAMI ALI M.**, *Le visuel et le tactile, essai sur la psychose et l'allergie*, Paris, 1984, édition Dunod, 154p.
98. **SAMI ALI M.**, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, 1990, édition Dunod, 157p.
99. **SAMI ALI M.**, *L'espace imaginaire*, Paris, 1982, édition Gallimard, 264p
100. **SAURAT M.** : Après l'analyse, la solution sublimatoire. Travail de deuil et mentalisation dans la cure classique et la psychothérapie psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 2000, 17, 139-147.
101. **SIAT B, MORALI A, VIDAILHET C, TENENBAUM F, RUHLAND J, VIDAILHET M, TRIDON P,** Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique de l'adolescent corrélations psychopathologiques. A propos de l'étude de 14 cas, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40 (8-9), 459-466.
102. **SIFNÉOS P-E.**, Alexithymia : past and present, *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 7, 137-142.
103. **SMADJA C.** : A propos des procédés autocalmants du Moi, *Revue française de psychosomatique*, 1993, 4, 9-25.

104. **SPITZ R.**, *Le oui et le non : génèse de la communication humaine*, Paris, 1962,  diteur Puf, 132p
105. **SPITZ R.**, *De la naissance à la parole*, Paris, 1993,  dition Puf, 306p
106. **STORA J B** : *La neuropsychanalyse*. Paris : Presse universitaire de France, 2006, 121p.
107. **SZWEC G** : les processus autocalmants en psychosomatique et en psychiatrie de l'enfant, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, 52, 410-413.
108. **SZWEC G** : les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires. La revue française de psychosomatique, 27-51
109. **SZWEC G.**, *Les galériens volontaires*, Paris, 1998,  ditions Puf, 176p
110. **SZWEC G** : la fonction maternelle du thérapeute, la mère morte, l'amante, Revue française de psychosomatique, 1999, 16, 6-17.
111. **SZWEC G** : Plutôt fou que malade ? , extrait de la revue française de psychosomatique la folie protège-t-elle de la maladie ? n 27, p.7   16
112. **SZIGETHY E, KENNEY E, CARPENTIER J, HARDY D, BOUSVAROS A** : cognitive behavioral therapy for Adolescents with inflammatory bowel disease ans subsyndromal depression. Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry. Vol46, n 10, octobre 2007, p1290-1298.
113. **TAYLOR GJ, BAGBY R-M.**, Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research, *Psychiatric clin North Am*, 1988, 11, 351-366
114. **TENENBAUM-CASARI F, BON N** : Les Troubles Psychosomatiques à l'adolescence. Revue Bibliographique ; Neuropsychiatrie de l'enfance, 1994, 42(3), 124-134.
115. **THURIN JM** : modèles généraux des relations entre stress et somatisations. Facteurs de risque et de chance, trajectoires. revue ? chapitre 23.

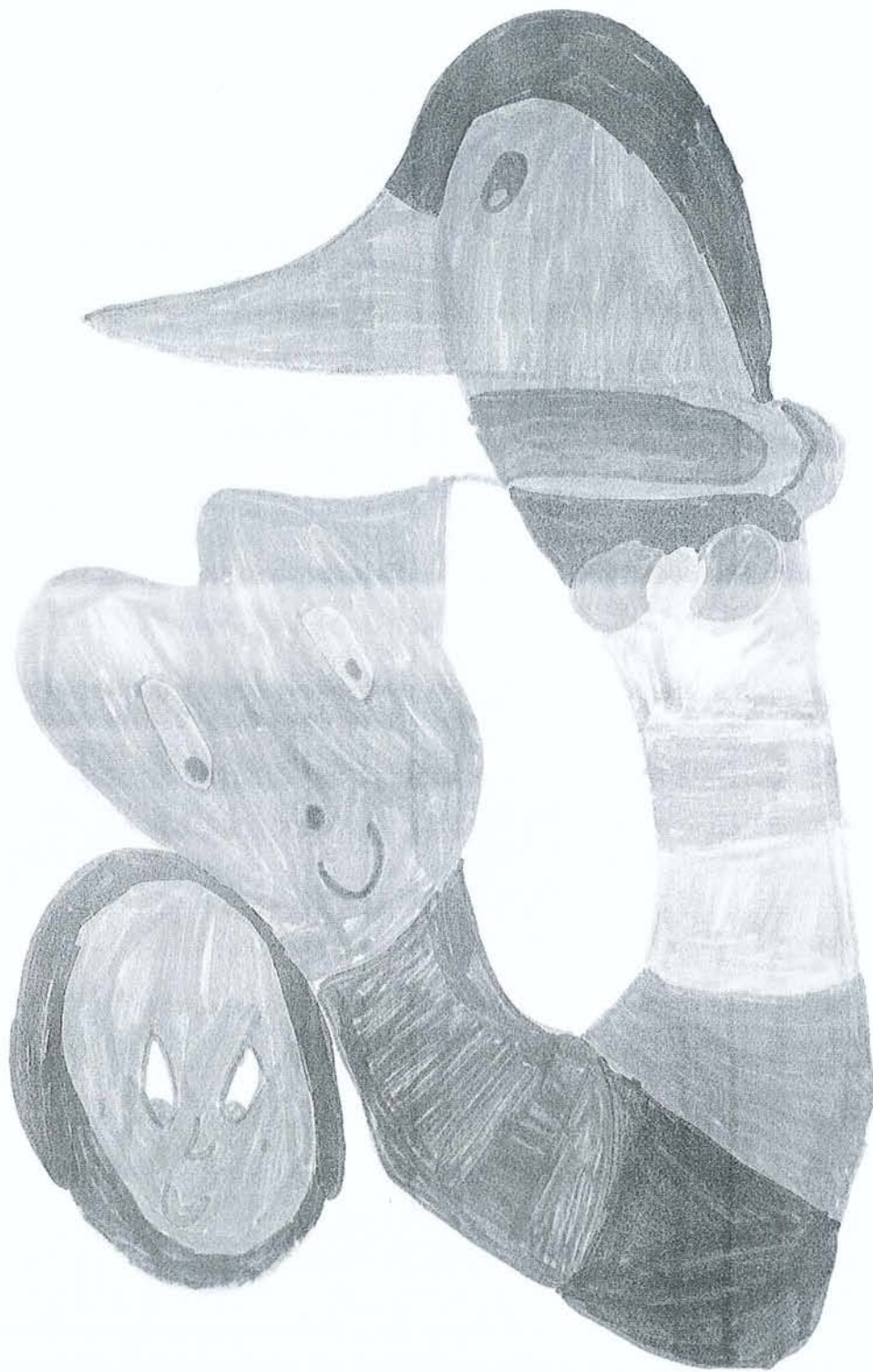
116. **TOYODA H, WANG SJ, YANG HY, REDFORD A, MAGALOND D, TYAN D et al**; Distinct associations of HLA class II genes with inflammatory bowel disease, *Gastroenterology* 1993; 104, 741-748.
117. **VERNIER G, CORTOT A, GOWER-ROUSSEAU, C, SALOMEZ J-L, COLOMBEL J-F** : Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases ; *Revue du praticien*, 2005 May 15 ; 55(9) : 949-961.
118. **VERNIER G, CORTOT A, GOWER-ROUSSEAU, C, SALOMEZ JL, COLOMBEL JF** : Epidémiologie et facteurs de risque des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; *La Revue du Praticien*, 2005 ; tome 55 ; 949-955
119. **VON UEXKÜLL THURE** : la médecine psychosomatique, 1963.
120. **VON WIETESHEIM JÖRN, KESSLER HENRIK** : psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease Patients : A Review. *Inflammatory Bowel Disease*, vol 12, number 12, Dec2006, p. 1175-1183
121. **WALLON ML**, Psychisme et guérison : interview de Jean Benjamin Stora, *Alternative santé-L'impatient*, 2003, n°299
122. **WINNICOTT D.**, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, édition Payot, 1989, 464p.
123. **WINNICOTT D.**, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, 1989, éditeur Payot, 259p
124. **WINNICOTT D.**, *La mère suffisamment bonne*, Paris,2006, éditeur Payot, 122p

ANNEXES :



Annexe 1.





S<sub>1</sub>

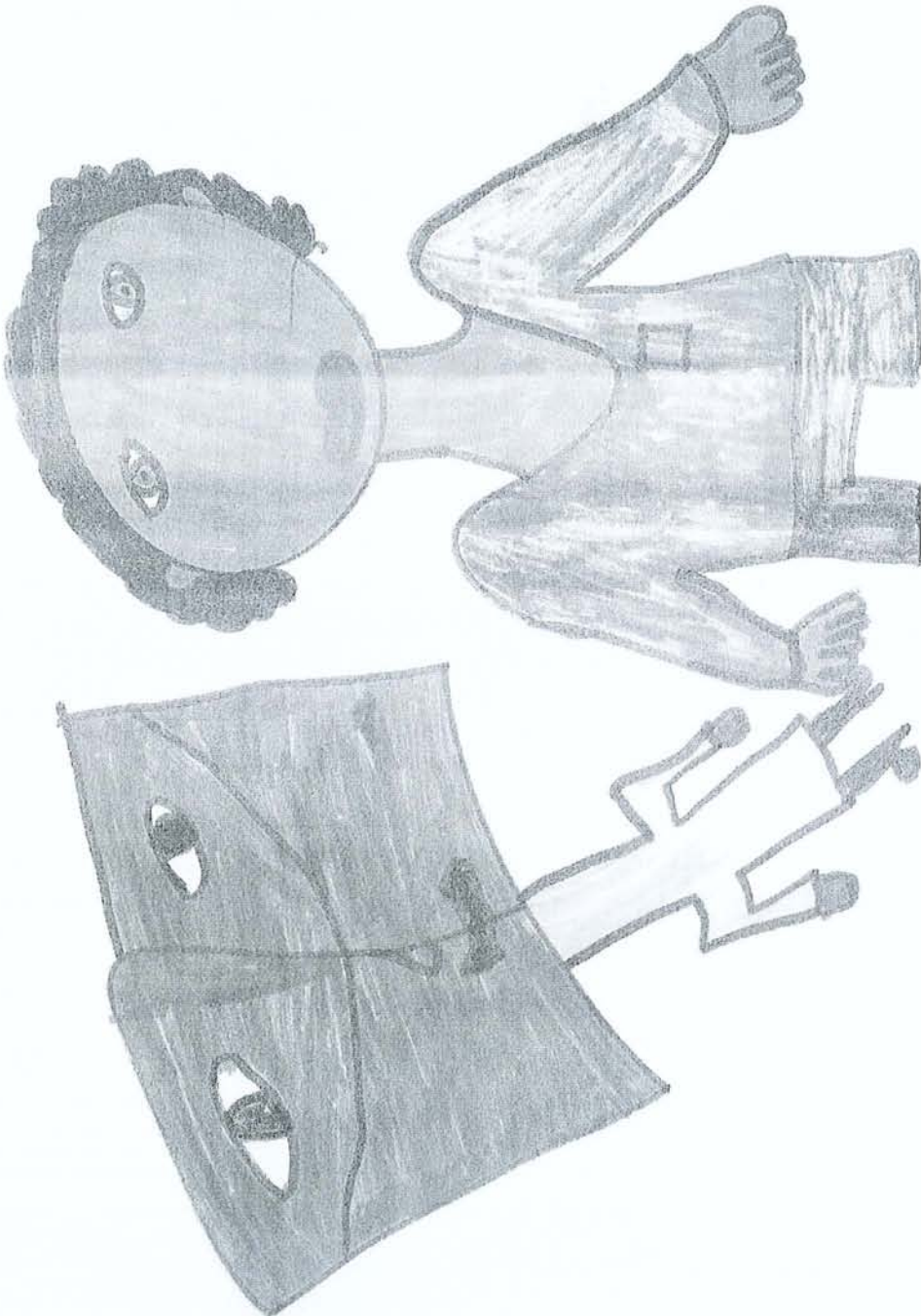
9/10/06

Annexe 3

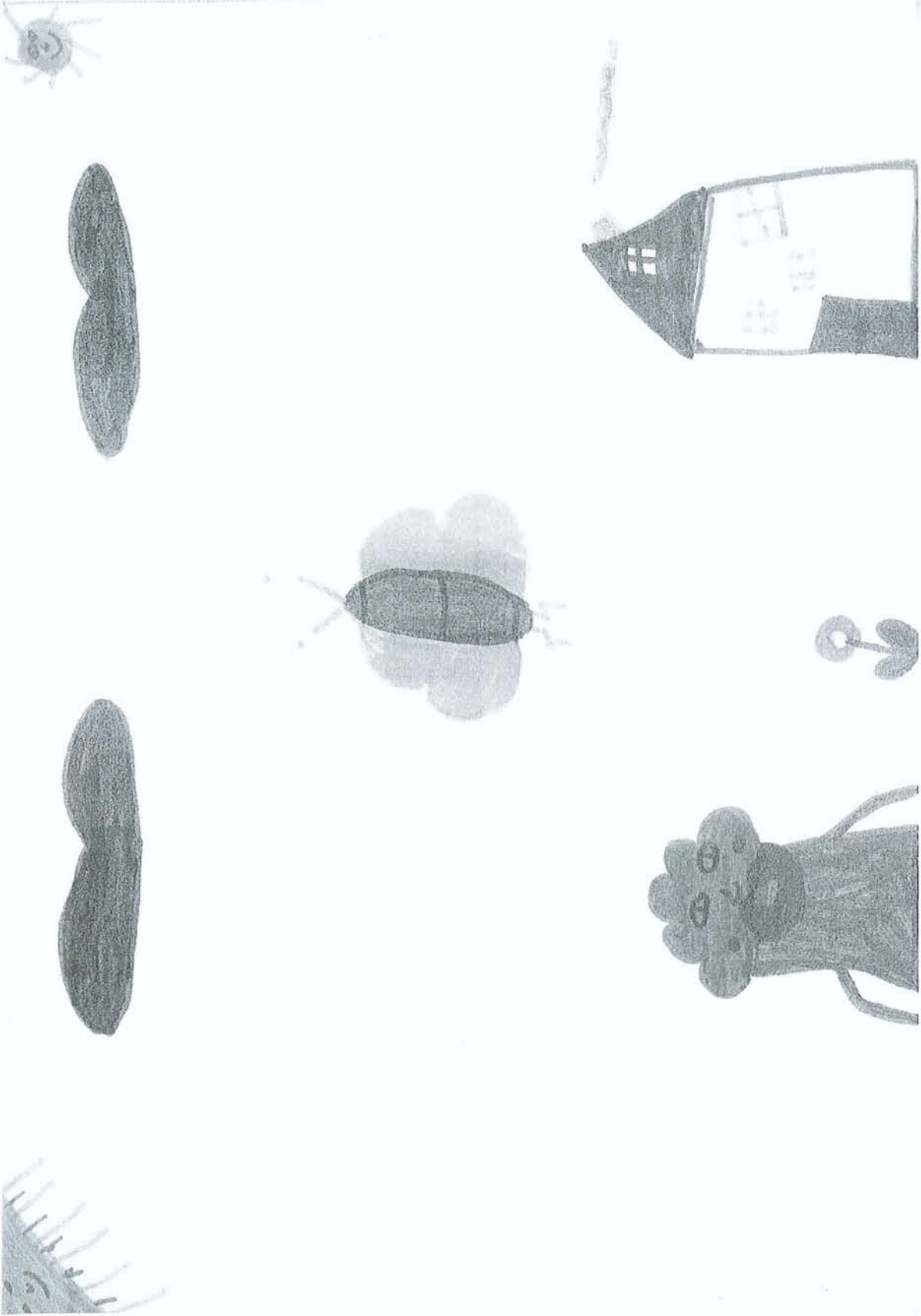


6/11/06

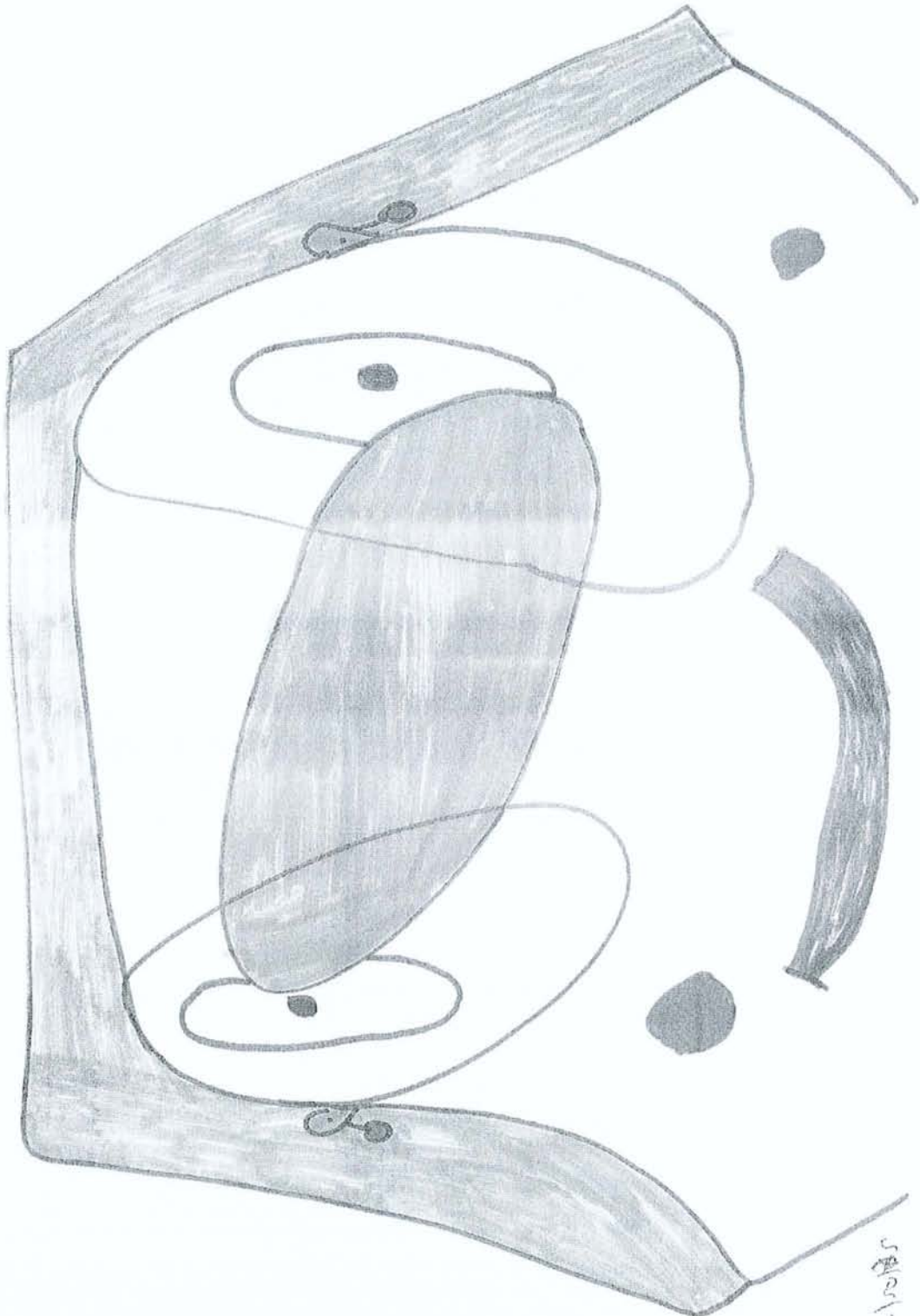
13/06/06



Annexe 5

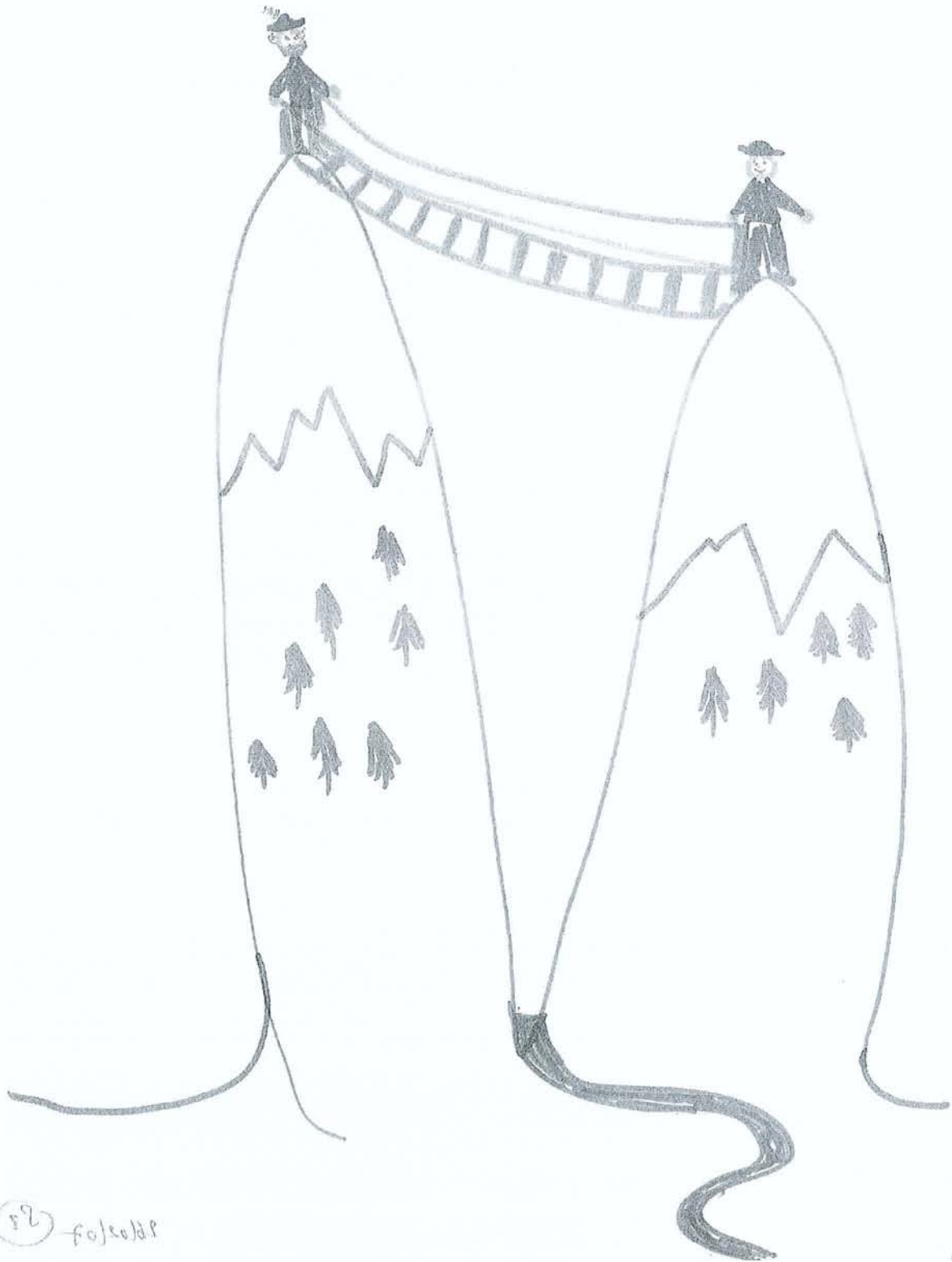


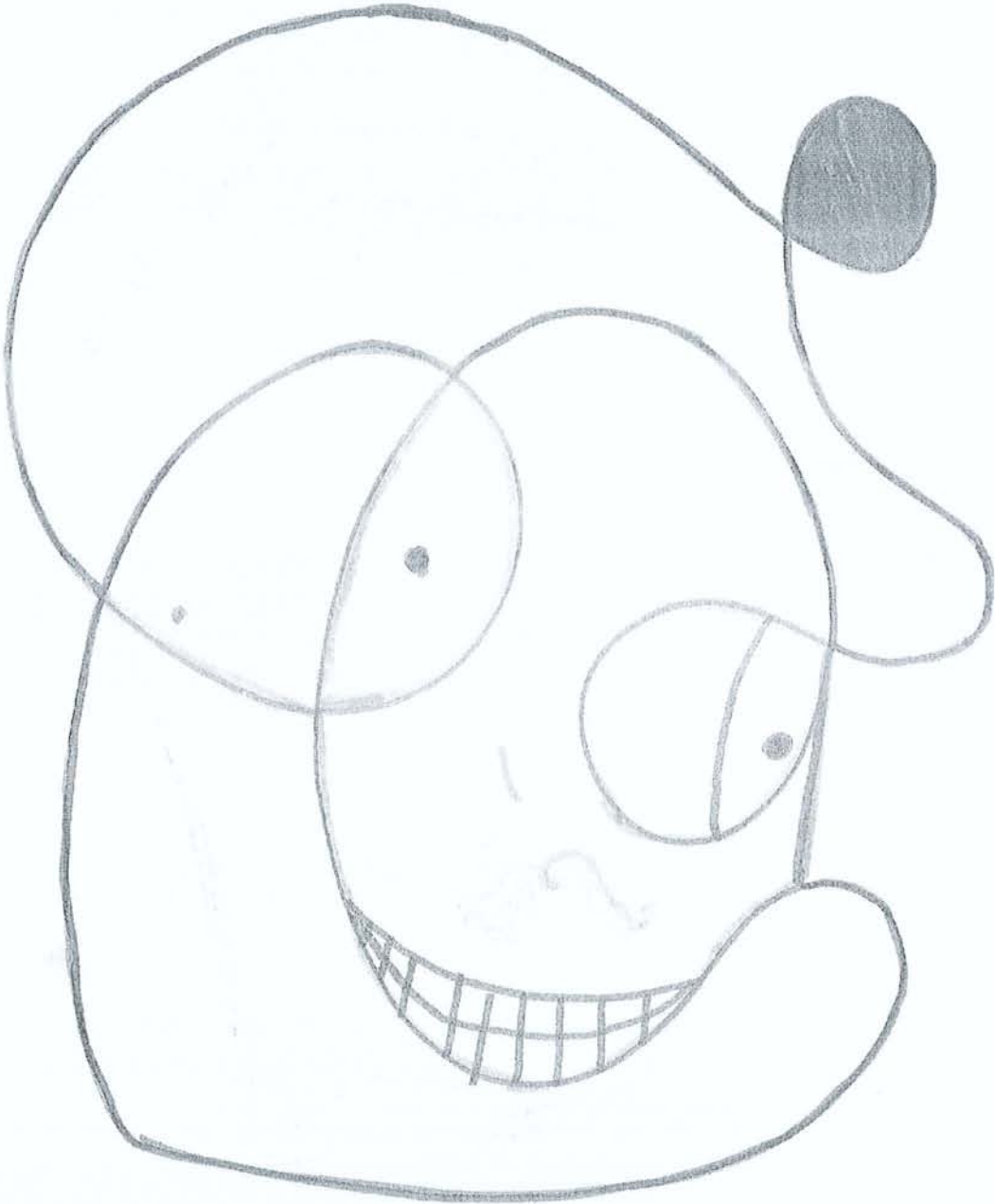
Annexe 6



23  
fcl/5/25

Annexe 7

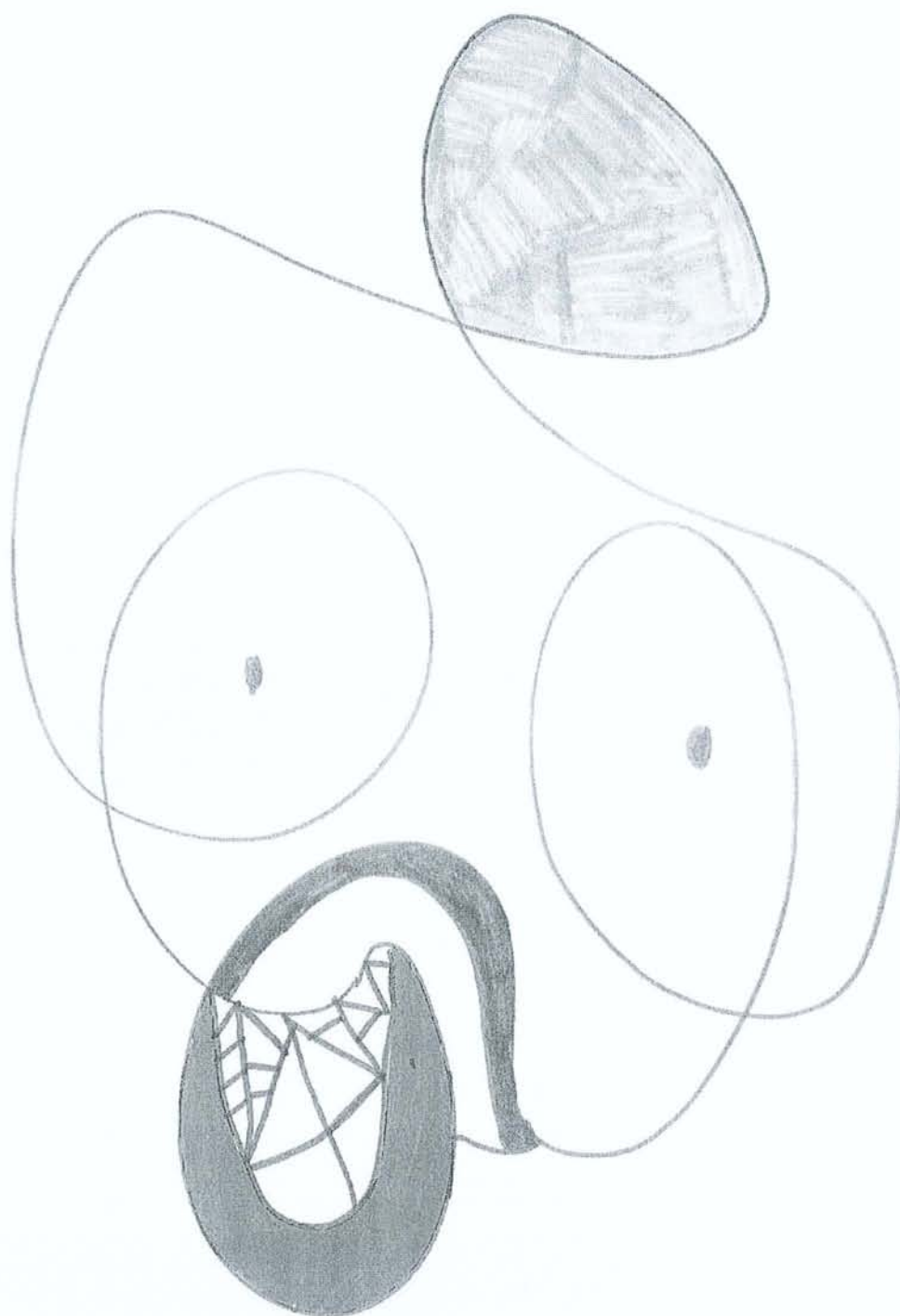




(7)

folmejs

Annexe 9

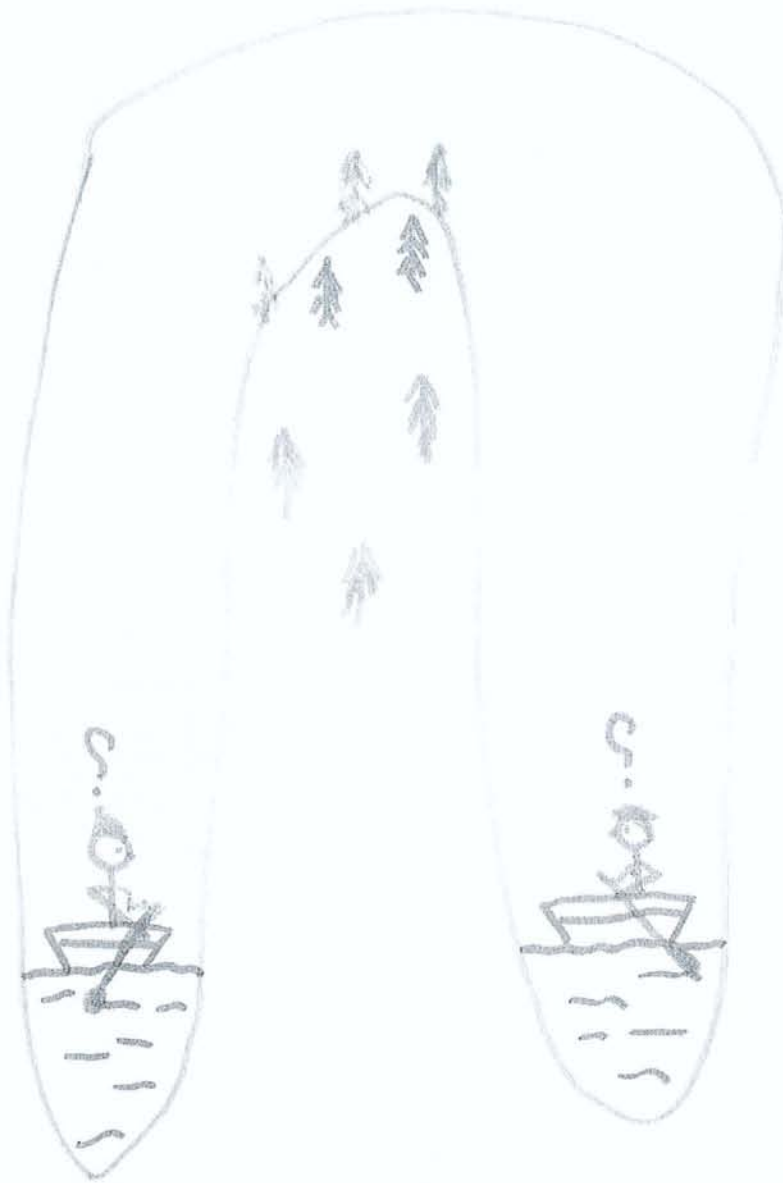


(2)

fc/20/20

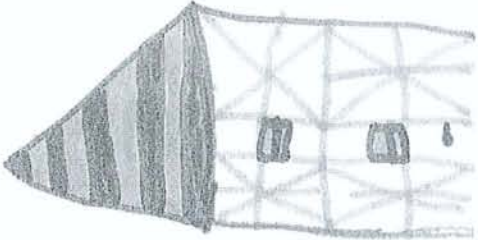
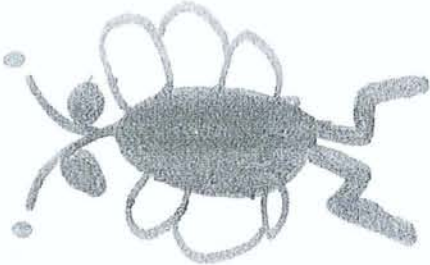


Annexe 10



foldre

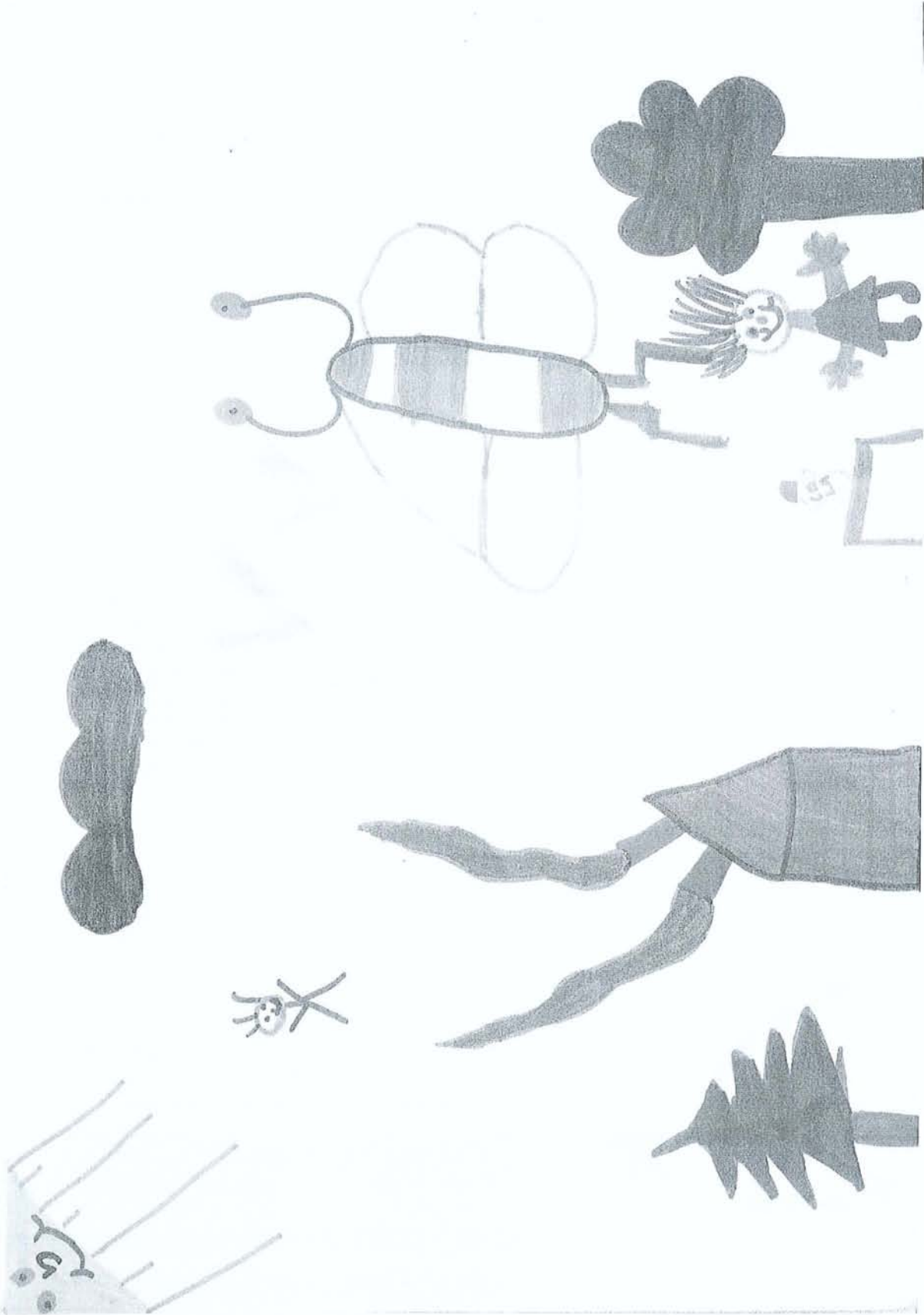
Annexe 11



Annexe 12



Annexe 13



TAS-20				
Désaccord		Ni accord/ni désaccord	Accord	
Complet 1	relatif 2	3	relatif 4	complet 5
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.			1 2 3 4 5
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.			1 2 3 4 5
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.			1 2 3 4 5
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.			1 2 3 4 5
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.			1 2 3 4 5
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.			1 2 3 4 5
7.	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.			1 2 3 4 5
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.			1 2 3 4 5
9.	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.			1 2 3 4 5
10.	Être conscient(e) de ses émotions est essentiel.			1 2 3 4 5
11.	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.			1 2 3 4 5
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.			1 2 3 4 5
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.			1 2 3 4 5
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.			1 2 3 4 5
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.			1 2 3 4 5
16.	Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.			1 2 3 4 5
17.	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.			1 2 3 4 5
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un pendant les moments de silence.			1 2 3 4 5
19.	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.			1 2 3 4 5
20.	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.			1 2 3 4 5

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (Bagby et al., 1992)

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Version française : M.-P. Marchand et G. Loas

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion.

Instructions de cotation :

- 1) les items suivants sont recodés en soustrayant leur valeur de 6 : 4, 5, 10, 18, 19 ;
- 2) le score total de la TAS-20 est obtenu par la somme de tous les items.

VU

NANCY, le 26 février 2009

Le Président de Thèse

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

NANCY, le 4 mars 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 9 mars 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

---

## **RESUME DE LA THESE**

Sensibilisée par le cas de deux jeunes filles suivies en psychothérapie avec un inégal succès, l'auteur a choisi d'aborder l'approche psychosomatique de la rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant. C'est une pathologie rare à cet âge mais reconnue comme grave, invalidante et potentiellement mortelle. Les facteurs étiopathogéniques sont multiples avec des interactions entre eux mal définis : infectieux, génétiques, environnementaux, et avec une participation psychique généralement admise comme facteur déclenchant, d'entretien et/ou d'aggravation. Nombreux sont les travaux s'inscrivant dans l'hypothèse psychosomatique à avoir montré l'intérêt potentiel d'une prise en charge psychothérapique. Dans sa thèse, l'auteur a ainsi recensé et analysé leurs travaux en s'efforçant de comparer l'intérêt des différentes approches.

Ce travail a été aussi l'occasion pour l'auteur de faire le point sur la question importante par ses enjeux actuels au niveau de la pratique et de l'éthique médicale, des liens entre le corps (soma) et l'esprit (psyché), autrement dit sur l'approche psychosomatique en médecine. On sait que cette question interroge depuis l'Antiquité les philosophes et médecins. Les avancées des connaissances en neurophysiologie et dans le domaine des neurosciences, les apports de la psychanalyse en ont en effet renouvelé les données en ouvrant des pistes pour adjoindre aux traitements médicaux et chirurgicaux des traitements psychothérapeutiques.

En effet, la somatisation est une voie possible de résolution des conflits quand ceux-ci ne peuvent pas être pris en charge par la voie de l'élaboration psychique. Cette impossibilité de prise en charge par la voie de l'élaboration psychique intervient quand les conflits sont trop importants et débordent les capacités psychiques d'un individu ou parce que celui-ci ne possède pas de structure névrotique suffisamment solide pour le protéger de la somatisation. Enfin, l'auteur illustrera son propos à partir de la rectocolite ulcérohémorragique.

---

TITRE EN ANGLAIS : Ulcerative colitis: pleading for a psychosomatic approach

---

THESE DE PSYCHIATRIE- ANNEE 2009

---

**MOTS CLEFS** : psychosomatique - rectocolite ulcérohémorragique - suivi psychothérapique

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R :

**Faculté de Médecine de Nancy :**

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex