

PRINCIPES PSYCHOSOMATIQUES

Dr Hora Imene Guediri

Maitre assistante en pédopsychiatrie

Plan du cours

- I. Introduction
- II. Définition
- III. Historique
- IV. Théorie psychosomatique
- V. Clinique

I. INTRODUCTION

Les relations qu'entretiennent l'âme et le corps ou la psyché et le soma questionnent depuis les débuts de la médecine.

Constituent-ils une même unité régie par les mêmes principes ou sont-ils des champs hétérogènes entretenant certains liens ?

Les troubles psychiques protègent-ils d'atteintes somatiques et réciproquement les atteintes somatiques protègent-elles de la folie ?

II. DÉFINITION

Le terme psychosomatique est aujourd'hui d'usage courant bien que sa définition soit tout sauf claire.

Il s'agit de l'influence de l'esprit et du mental sur notre corps, nos cellules, nos tissus et les fonctions biologiques et physiologiques.

Whitlock définit les états psychosomatiques comme ceux « dans lesquels des influences émotionnelles jouent un rôle significatif dans leur genèse, dans leur récurrences ou dans leur potentialisation »

Ceci n'exclut en aucun cas la coexistence possible de nombreux autres facteurs (génétique, physiques, environnementaux.....) pouvant contribuer au développement d'une maladie particulière

III. HISTORIQUE

La psychosomatique est une discipline qui s'est développée depuis les médecines chinoises, égyptienne, grecque, juive et arabe.

Elle propose une approche globale permettant de repérer l'unité humaine psychosomatique.

De cette approche une théorisation est née, il s'agit de la théorisation psychanalytique qui favorise largement les processus psychiques dans l'apparition de processus de somatisation.

En 1818, le psychiatre Heinroth a formalisé ce terme pour décrire certains facteurs « somato-psychiques » ou « psychosomatique ». Il tentait de comprendre dans des cas de Cancer, de tuberculose et d'épilepsie quelle est la place des passions et de la sexualité.

F. Deutsch, disciple de Freud est le premier psychanalyste à envisager un traitement psychanalytique des troubles somatiques. Il introduisit un trait d'union entre psycho et somatique, montrant sa préférence pour une compréhension dualiste des phénomènes envisagés.

Freud ne s'est pas véritablement intéressé à la psychosomatique, cependant ses hypothèses théoriques se sont montrées fructueuses pour le développement de la psychosomatique, comme la pulsion, la conversion, la névrose, le stade libidinal....

La psychosomatique comme discipline

Les fondements de la psychosomatique comme discipline reposent sur des observations cliniques de psychanalystes.

En 1940, aux États-Unis, apparaissent des travaux systématiques en psychosomatique.

H.-F. Dunbars tentera de mettre en correspondance des profils de personnalité et des maladies somatiques. Elle conclura qu'il existe un rapport statistiquement significatif entre certaines maladies bien définies et certains profils de personnalité.

F. Alexander qui dirigera l'*Institut de Psychanalyse de Chicago*, influencé par les travaux de Cannon sur le système sympathique et parasympathique théoriserà une "névrose d'organe" et "une névrose végétative" qu'il différenciera de la névrose hystérique.

En France, G. Parcheminey va publier « *La Problématique du psychosomatisme* » et J.- Paul Valabrega « *Les Théories psychosomatiques* ».

Cet auteur avancera plus tard que le symptôme somatique se comprend à partir d'un phénomène de conversion généralisé dont on peut retrouver la source fantasmatique et par conséquent le sens. C'est ainsi qu'il parlera de "la conversion psychosomatique".

Ce sont L. Chertok et M. Sapir qui ont créé la première « *Revue de Médecine Psychosomatique* » à la fin des années 1950 dont M.-C. Célérier a été rédactrice en chef longtemps, G. Harrus-Révidi lui a succédé.

L'École de Psychosomatique de Paris

Durant ces mêmes années, certains psychanalystes français commencent à se réunir, notamment quatre d'entre eux qui vont constituer un groupe qui donnera naissance à l'*École de Psychosomatique de Paris*.

IV. THÉORIE PSYCHOSOMATIQUE

LES ASSISES FREUDIENNES DE LA PSYCHOSOMATIQUE

En parcourant l'œuvre de Freud, on peut décrire quatre types de symptômes somatiques :

- Les symptômes conversationnels hystériques

Il s'agit, selon la conception freudienne, de symboles mnésiques convertis dans le corps et sous-tendant un ensemble de fantasmes inconscients.

- Les symptômes somatiques de la névrose actuelle

Cliniquement, ces symptômes recouvrent la catégorie des troubles fonctionnels de la médecine classique.

Ils correspondent à un hyper ou un hypofonctionnement de certaines fonctions somatiques.

Ils n'ont en général aucune signification au contraire des troubles conversionnels hystériques, et s'accompagnent habituellement d'angoisses.

- Les symptômes hypocondriaques

Cliniquement, il s'agit de plaintes somatiques à caractère revendicatif, voire paranoïaque, qui ne sont sous-tendues par aucune atteinte lésionnelle organique.

- Les malades organiques

Cliniquement, il s'agit des objets spécifiques de la psychosomatique. Freud a abordé l'étude des maladies organiques d'un point de vue psychanalytique selon deux niveaux différents. Le premier est celui de la régression narcissique survenant après que la maladie se soit installée somatiquement.

Le second niveau considère la maladie organique du point de vue de sa genèse au regard de la théorie des pulsions. Freud s'appuie ici sur sa seconde version de la théorie des pulsions élaborée à partir de 1920 et fondée sur l'opposition des pulsions de vie et des pulsions de mort ou de destruction.

LES COURANTS POST-FREUDIENS DE LA PSYCHOSOMATIQUE

F. Alexander, aux Etats-Unis, au sein de l'Ecole de Chicago

La médecine psychosomatique s'est construite sur deux ensembles théoriques :

- la théorie de la névrose d'organe issue de la conception freudienne de la névrose actuelle postule que les émotions durablement réprimées sur le plan psychique sont véhiculées par des voies nerveuses autonomes jusqu'aux organes qu'ils modifient dans

leur fonctionnement, dans un premier temps pour aboutir à des troubles fonctionnels puis dans un second temps à des maladies organiques.

- La théorie de la spécificité postule qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique.

Ces travaux ont abouti à l'édification de profils de personnalités reliés à un certain nombre de maladies somatiques, dites psychosomatiques.

Si les conceptions du courant de la médecine psychosomatique sont critiquables du point de vue psychanalytique, les observations et travaux au sujet d'un certain nombre d'affections, tels l'asthme bronchique, l'ulcère gastro-duodéal ou l'hypertension artérielle gardent un grand intérêt historique et ont ouvert la voie aux travaux ultérieurs de psychosomaticiens, en particulier en France après la seconde guerre mondiale.

De ses travaux on relève aussi la notion de stress qui devient indissociable de celle de traumatisme, ce dernier jouant le rôle d'agresseur et les maladies du stress sont interprétées de plus en plus comme des états morbides post-traumatiques.

COURANT D'APRÈS GUERRE EN FRANCE

,La diffusion en Europe des travaux des psychosomaticiens nord-américains et la critique de leurs positions théoriques ont abouti à des conceptions psychanalytiques nouvelles vis-à-vis du fait psychosomatique.

La conversion généralisée de J.P. Valabrega (1964) :

La conception de J.P. Valabrega repose sur l'idée de l'existence d'un noyau conversionnel chez tout individu. Le corps est ainsi conçu comme un préconscient chargé d'une mémoire signifiante. Ainsi, tout symptôme somatique contient un sens que le travail de la cure psychanalytique vise à découvrir et à élaborer.

L'école de Paris de Psychosomatique

Ils mettaient l'accent sur l'insuffisance des mécanismes de défense névrotique et attribuaient aux symptômes somatiques une valeur substitutive mais dépourvue de dimension symbolique, comme le symptôme conversionnel-hystérique.

La notion de régression somatique est née au cours de ces années par analogie à la notion de régression psychique libidinale.

De nouvelles notions cliniques apparaissent telles, la dépression sans objet, la pensée opératoire, le mécanisme de reduplication projective, et un nouveau point de vue domine désormais l'investigation psychosomatique de patients atteints d'affections somatiques graves, le point de vue économique.

P. Marty élabore une doctrine évolutionniste de l'économie psychosomatique. Celle-ci repose sur la coexistence et l'alternance de deux types de mouvements individuels. Les premiers, dits de vie, sont des mouvements d'organisation hiérarchisée. Les seconds, dits de mort, sont des mouvements de désorganisation.

M. Fain met l'accent sur l'inachèvement de la structure oedipienne du petit de l'homme et futur somatisant lié à la prééminence de conjonctures traumatiques dans sa relation précoce à sa mère et à son père.

M. de M'Uzan distingue les troubles psycho-fonctionnels des maladies organiques. Les premiers seraient liés à un processus de régression tandis que les secondes résulteraient d'une modalité spécifique de fonctionnement mental.

V. CLINIQUE

Un processus de somatisation est une chaîne d'évènements psychiques qui favorisent le développement d'une affection somatique.

On distingue habituellement deux modalités de processus de somatisation :

- le processus de somatisation par régression et
- le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle.

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

La mentalisation

Il s'agit d'une notion utilisée classiquement par les psychanalystes psychosomaticiens et qui recouvre tout le champ de l'élaboration psychique.

La mentalisation concerne donc principalement l'activité représentative et fantasmatique de l'individu.

Dans la mesure où le travail de liaison des représentations s'opère dans le système préconscient, l'évaluation de la qualité de la mentalisation et celle de la qualité du préconscient sont quasi équivalentes.

Pour P. Marty, la mentalisation s'apprécie selon trois axes, chacun représentant l'une des dimensions de l'activité des représentations : son épaisseur, sa fluidité et sa permanence.

- L'épaisseur concerne le nombre de couches de représentations accumulées et stratifiées au cours de l'histoire individuelle.
- La fluidité concerne la qualité des représentations et leur circulation à travers les différentes époques historiques.
- La permanence concerne la disponibilité à tout moment de l'ensemble des représentations aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.

A ces trois critères, il faut en ajouter un quatrième, celui de la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir-déplaisir ou par l'automatisme de répétition. Ainsi faut-il distinguer une activité de représentation libre, d'une suractivité de représentation liée à une contrainte impérieuse de répétition.

Le processus de somatisation par régression

Il s'agit d'un processus qui conduit habituellement à des crises somatiques bénignes et réversibles.

Ainsi en est-il, par exemple, des crises d'asthme, des crises céphalalgiques ou rachi-algiques, des crises ulcéreuses, colitiques ou des crises hypertensives.

Il s'agit de somatisations qui reviennent souvent sous la même forme chez un même individu.

Ces somatisations surviennent en général chez des sujets dont le fonctionnement psychique est organisé sur un mode névrotico-normal.

Leur *mentalisation* est habituellement satisfaisante ou peu altérée.

Le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle

Il s'agit d'un processus psychique qui aboutit habituellement à des maladies évolutives et graves pouvant conduire à la mort.

Ainsi en est-il en particulier des maladies auto-immunes et des maladies cancéreuses.

Ce processus se développe en général soit chez des sujets présentant une organisation non névrotique du Moi, soit chez des sujets ayant subi des traumatismes psychiques qui ont réactivé des blessures narcissiques profondes et précoces.

Au cours de l'évolution, on voit se développer dans un premier temps des modifications psychopathologiques puis dans un second temps les modifications physiopathologiques énoncées plus haut.

Sur le plan psychique, on observe un certain nombre de symptômes regroupés sous le nom de vie opératoire : une certaine qualité de dépression, *la dépression essentielle*, et une certaine qualité de pensée, *la pensée opératoire*.

La dépression essentielle :

Il s'agit d'une modalité dépressive caractérisée par l'absence d'expressions symptomatiques.

Elle se définit par un abaissement général du tonus de vie sans contrepartie économique. On ne retrouve en effet dans le vécu dépressif essentiel ni sentiment de culpabilité, ni auto-accusation mélancolique.

La dépression essentielle se révèle ainsi par sa négativité symptomatique et par une forte impression contre-transférentielle suscitée chez le psychanalyste.

Du point de vue métapsychologique, elle est le témoin d'une perte libidinale aussi bien narcissique qu'objectale et représente en négatif la trace du courant autodestructeur de la pulsion de mort.

La pensée opératoire :

La pensée opératoire a ainsi, pour le sujet, une fonction auto-calmante.

La vie opératoire peut s'installer dans la chronicité ou prendre la forme d'état critique, momentané et réversible.

Elle représente habituellement une modalité fragile et instable d'équilibre psychosomatique.

Sa description clinique peut être rapprochée de l'alexithymie, dont le concept a été forgé par deux auteurs nord-américains, Sifnéos et Némiah, en 1973.

L'alexithymie désigne « l'absence de mot pour désigner ses émotions ».

Elle comprend quatre caractéristiques principales :

- L'incapacité à exprimer verbalement ses affects
- La réduction de la vie onirique et des fantasmes
- L'hyperactivité ou la tendance à agir dans des comportements.
- La qualité factuelle du discours

Pour ses auteurs, l'alexithymie est associée à un trouble neurobiologique dont la fréquence serait accrue dans certaines circonstances psychosomatiques.

Le Moi idéal

Il repose sur des exigences inépuisables du sujet vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis des autres.

L'intérêt majeur du repérage d'un Moi idéal chez un patient réside dans l'absence de capacités régressives et de passivité psychique qu'il implique et qui constituent un risque d'effondrement tant psychique que somatique.

LES MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

- Ulcère gastrique
- Recto-colite ulcéro-hémorragique
- Asthme
- Dermatite atopique
- Maladies cardio-vasculaires (HTA - Maladie coronarienne)
- Polyarthrite chronique rhumatoïde
- Thyréotoxicose (Basedow)
- Obésité
- Céphalées (de tension, migraine)
- Algies