

Troubles psychosomatiques chez l'enfant et l'adolescent

Rédaction : JP Raynaud

Objectifs :

Diagnostiquer un trouble psychosomatique

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

1. Quelques grands principes :

L'être humain est un tout : le corps (le somatique) et la pensée (la vie affective) sont étroitement liés et influencés l'un par l'autre.

On a tort de les dissocier artificiellement dans l'enseignement et parfois dans la pratique clinique.

Des modifications émotionnelles ou une souffrance psychique peuvent avoir un impact visible, ou parfois plus masqué, sur le corps ; et qu'à l'inverse, une souffrance ou un dysfonctionnement physique peut avoir une incidence immédiate sur le « moral », l'affectivité.

Lorsqu'une émotion ou une problématique n'est pas « digérée psychologiquement », tout peut se passer comme si elle était inconsciemment « redirigée » vers le corps pour se manifester physiquement.

C'est particulièrement vrai pour les enfants : d'une certaine façon, ils n'ont pas, avant un certain âge, les outils pour se « représenter » à eux-mêmes et aux autres, de façon précise, des émotions ou des conflits et pour les exprimer avec des mots. Pourtant, ils peuvent ressentir une forte tension, à laquelle ils ont du mal à donner du sens et se retrouver démunis pour y faire face.

Les manifestations psychosomatiques sont donc fréquentes chez l'enfant (ex : vomissements avant d'aller à l'école).

Il est important de savoir que ces manifestations sont souvent réversibles et accessibles à une prise en charge relationnelle.

2. Définitions :

Selon Léon Kreisler (Ecole française de psychosomatique¹), les maladies psychosomatiques sont des « maladies physiques dans le déterminisme ou l'évolution desquelles interviennent des facteurs psychiques ou conflictuels ».

Nous parlerons ici de « troubles psychosomatiques » au sens large, c'est à dire des manifestations à expression essentiellement somatique, mais dont le déterminisme et l'évolution sont fortement marqués par l'intervention de facteurs psychologiques ou psychopathologiques.

Les classifications diagnostiques internationales (CIM-10, DSM-IV) parlent de « **troubles somatoformes** ».

On peut distinguer schématiquement :

▶ Les troubles fonctionnels (ou psycho-fonctionnels) : sans atteinte organique, lésionnelle.

▶ Les maladies psychosomatiques ou à participation psychosomatique : avec une atteinte lésionnelle, organique et parfois même des marqueurs biologiques.

3. Diagnostic différentiel :

Distinguer d'emblée les troubles psychosomatiques d'autres manifestations qui associent également des phénomènes psychiques et une symptomatologie physique :

- Retentissement psychologique des maladies somatiques (ex : troubles anxio-dépressifs chez un enfant cancéreux).
- Aggravation de maladies somatiques du fait de difficultés psychologiques (ex : problèmes de compliance chez un enfant diabétique devenu adolescent).
- Plaintes d'allure somatique persistantes, souvent reprises par la famille mais qui ne donnent pas lieu à de réelles manifestations somatiques observables.
- Phénomènes traditionnellement qualifiés de « **conversion hystérique** » : rares dans l'enfance et inexistantes chez les nourrissons. Dans les manifestations hystériques (ou histrioniques, ou troubles de conversions, selon les classifications internationales) le symptôme somatique aurait une signification symbolique inconsciente, ce que l'on ne retrouve pas dans les phénomènes psychosomatiques (où l'on a pu dire que le « symptôme est bête »).

¹ Pour en savoir plus : La psychosomatique de l'enfant, Léon Kreisler, PUF, Collection Que sais-Je ?, n°1669, 1996

- Simulation : dans les troubles psychosomatiques, si l'enfant peut parfois « en rajouter un peu », les manifestations somatiques ne sont pas volontairement déclenchées et ne peuvent pas, en général, être mise sur le compte d'une volonté de « faire semblant » ou de « manipuler ».
- Distinguer également le « syndrome du comportement vide » (voir plus bas), qui est une forme particulière et extrême de manifestations psychosomatiques, de certains troubles autistiques ou psychotiques précoces.

4. Quelques exemples de manifestations psychosomatiques ou à participation psychosomatique, fréquentes chez le nourrisson et dans la petite enfance :

- Insomnies du 1^{er} trimestre
- Anorexie mentale du nourrisson
- Vomissements psychogènes
- Mérycisme
- Coliques idiopathiques
- Spasmes du sanglot
- Manifestations asthmatiques précoces
- Eczémas
- Céphalées
- Certaines énurésies et encoprésies
- Nanisme psychogène

5. Psychopathologie des troubles psychosomatiques (quelques pistes) :

Le corps de l'enfant et les manifestations corporelles qui s'y rattachent, sont très liés :

- aux **interactions** avec son entourage
- et avec les manifestations des **troubles psychiques précoces**.

Les conflits psychiques et les difficultés d'interactions du nourrisson et du jeune enfant avec l'environnement² s'expriment souvent par des manifestations somatiques : certains auteurs ont pu dire que « le nourrisson est un être essentiellement psychosomatique ».

Les manifestations psychosomatiques du nourrisson et du jeune enfant sont également très liées au **stade de maturation psychologique** : certaines manifestations psychosomatiques apparaissent préférentiellement à certaines périodes de l'évolution psychologique de l'enfant.

Exemples :

- les coliques idiopathiques du nourrisson apparaissent préférentiellement à la fin du premier trimestre ;
- l'anorexie du nourrisson est plus fréquente au cours du deuxième semestre ;
- le spasme du sanglot survient surtout vers la fin de la première année.

On pourrait distinguer schématiquement **2 grands mécanismes** :

- ▶ Des souffrances par privation (accidentelle ou prolongée) : deuil, séparation, changement de vie, carences affectives précoces, blessures narcissiques (= blessures de l'estime de soi),...
- ▶ Des souffrances par conflit (aigu ou ancien) : conflit entre les besoins et les désirs de l'enfant et ceux de son entourage, mais aussi conflit interne (ex. : un enfant peut être pris à la fois dans des mouvements d'amour et de haine).

Au début, le trouble peut être réactionnel (ex. : installation de manifestations d'anorexie liées à une contrainte ou à des maladroites de l'entourage) ; puis dans un second temps, ce trouble peut s'organiser, se structurer, s'installer et évoluer pour son propre compte, en perdant le sens qu'il avait au début. Il peut même finir par se compliquer d'autres troubles.

Léon KREISLER a décrit des situations d'interactions susceptibles de comporter un **risque d'évolution psychosomatique chez le nourrisson**, qu'il importera d'essayer de repérer (éventuellement avec l'aide des spécialistes) dans toute démarche diagnostique :

L'insuffisance chronique de l'attachement : carence d'apport affectif et de stimulation,

- . Soit par rupture et discontinuité dans la relation mère³-enfant
- . Soit par défaut majeur d'investissement de son bébé par la mère

² Lorsqu'il existe, pour une raison ou une autre, un dysfonctionnement dans les interactions entre l'enfant et son environnement, le propos n'est pas d'accuser ou culpabiliser les parents, mais d'essayer de les aider à repérer ce qui se joue (dans la plupart des cas inconsciemment) et comment en sortir.

³ Lorsque nous employons le terme « mère », il s'agit, de façon plus large de l'« environnement maternel », ce qui inclut dans la plupart des cas les 2 parents, ou peut aussi concerner un substitut maternel.

La surcharge d'excitation :

- . Soit par surstimulation du bébé par la mère
- . Soit par défaut de la fonction pare-excitation (sorte de filtre émotionnel) de la mère
- . Soit par le développement d'une relation intensément symbiotique (fusionnelle) entre la mère et le bébé, avec exclusion du père

Le syndrome du comportement vide : état à haut risque psychosomatique, souvent associé à des manifestations somatiques variées (insomnies graves, retard de croissance, infections à répétition). La pauvreté des manifestations affectives est marquée dans les cas extrêmes par une inexpressivité affective quasi-totale, une indifférenciation dans le domaine relationnel, l'absence d'activité auto-érotique et transitionnelle. Ce vide relationnel et affectif doit être distingué des états autistiques ou psychotiques précoces. Il est réversible si on aménage les conditions de vie relationnelle. En l'absence d'intervention thérapeutique adéquate, ces enfants sont menacés par des évolutions psychosomatiques souvent graves.

Le fonctionnement opératoire : il se caractérise par un mode de fonctionnement, un mode de pensée, que l'on qualifie de « pensée opératoire » ou encore d' « alexithymie » (a- privatif, lexi- les mots, -thymie les émotions). C'est la difficulté à percevoir et reconnaître ses émotions et les exprimer avec des mots.

6. Conduite à tenir devant des manifestations psychosomatiques de l'enfant :

- ✓ Reconnaître la symptomatologie physique et éliminer d'éventuelles causes organiques. Rappelons qu'un symptôme psychosomatique peut être « surdéterminé » : des facteurs psychologiques peuvent agir dans le déterminisme des affections psychosomatiques en même temps que d'autres facteurs.
- ✓ Effectuer toujours un examen approfondi, tant somatique que psychique : rechercher une lésion, évaluer la participation émotionnelle et la problématique sous-jacente. Mais essayer d'effectuer les examens physiques et complémentaires nécessaires, sans tomber dans l'escalade (ce qui risque de renforcer ou de fixer certains symptômes ou certains mécanismes).
- ✓ Evaluer les caractéristiques psychologiques de l'enfant : notamment ses modalités relationnelles, son niveau de développement, ses capacités à élaborer ou à se représenter psychologiquement une situation.
- ✓ Evaluer personnalité des parents, leur façon d'aborder le trouble de leur enfant, leur relation de couple.
- ✓ Evaluer les interactions mère-enfant (ou parents-enfant) : resituer le trouble psychosomatique et dans le cadre des interactions. Rappelons que des manifestations psychosomatiques chez l'enfant peuvent agir sur le psychisme de la mère (ou des parents) et induire des mouvements affectifs ou des comportements particuliers, qui sont à prendre en compte.
- ✓ Repérer les éléments de l'histoire de l'enfant et de sa famille, les antécédents, les événements et les facteurs déclenchants et évaluer leur impact dans la dynamique des interactions parents-enfant.
- ✓ Repérer et traiter les principales situations à risque d'évolution psychosomatique (décrites au §5).
- ✓ Soutenir les capacités d'expression des émotions de l'enfant, accompagner la famille. Cela va de la simple intervention à visée de « remédiation » aux psychothérapies, en passant par un accompagnement actif en consultations thérapeutiques.
- ✓ Ne pas se priver des moyens thérapeutiques à visée symptomatique (somatique), mais ne pas s'en contenter.
- ✓ Etre attentif à la façon dont on aborde ces troubles : il est fréquent que les enfants (mais aussi les parents), lorsqu'on pose un diagnostic de manifestation psychosomatique aient le sentiment que le médecin ne les prend pas au sérieux, estime « qu'ils n'ont rien », ou qu'ils « font exprès ». Ici, comme dans n'importe quelle maladie, le médecin devra écouter, expliquer et reconnaître la souffrance de l'enfant, tant auprès de lui-même que de ses parents.
- ✓ Etre attentif à la souffrance et à l'inquiétude des parents, à leur sentiment de désarroi ou d'incompréhension, voire de culpabilité.