

Asthme, corps et adolescence

Résumé

Par cette réflexion, nous nous proposons de montrer l'importance de la place du corps en psychosomatique, d'établir les liens affectifs, psychiques et corporels qui participent à l'apparition de la maladie. Nous prenons le cas de l'asthme chez l'adolescent pour illustrer, dans un premier temps, la complexité de l'organisation psychosomatique à travers la diversité des facteurs qui s'y impliquent et, dans un deuxième temps, mettre en place des références théoriques qui permettent une meilleure compréhension de cette dynamique psychosomatique.

Dr. S. MALIM

Département de Psychologie
Université Mentouri
Constantine (Algérie)

ملخص

بهذه المساهمة الفكرية، نقترح تبين أهمية مكانة الجسد في الأمراض النفسو جسدية عبر الروابط العاطفية، النفسية و الجسدية التي تشارك في ظهور المرض. في المرحلة الأولى نأخذ حالة ريو عند مراهقة لتبين تعقيد التنظيم النفسي جسدي من خلال تعدد العوامل المشاركة في ظهوره، ثم في المرحلة الثانية، نضع مراجع نظرية لإعطاء أحسن فهم لديناميكية النفسو جسدية.

L'asthme, cette maladie énigmatique, occupe une place importante dans les recherches portant sur les troubles d'expressions somatiques. En 1984, à la suite de notre travail sur « *l'expression de la douleur chez l'enfant asthmatique* » [1], nous avons porté un intérêt grandissant aux psychothérapies adaptées à ce mal. Au cours d'une initiation aux techniques de relaxation de Schultz et de Caceydo, nous découvrons leurs effets bénéfiques sur l'état d'une fille asthmatique dont le nez est devenu fonctionnel, pour la première fois, à la suite de dix séances d'exercices. Notre motivation ainsi renforcée, nous nous sommes lancés dans une recherche-action ayant pour sujet : « *l'impact de la relaxation sur l'asthme et ses effets sur le travail psychique* » [2], qui a fait l'objet d'une thèse de Doctorat en psychologie clinique et pathologique. Nous exposons ici quelques données théorico-cliniques sur lesquelles se fonde ce travail.

I- LE CORPS: MEMOIRE DE L'HISTOIRE DE LA MALADIE

Nous supposons que "l'agir sur le corps" par l'intermédiaire de la relaxation est susceptible d'établir ou de rétablir des liaisons entre le

pulsionnel et les représentations d'affects qui leur sont afférées. Ces liaisons se trouvent en mal d'élaboration chez les asthmatiques en général. La mise en place de ces éventuels liens pourrait désengager le corps de sa fonction "écran" et ainsi relancer le travail psychique de mentalisation qui se trouve défaillant. Ce défaut de mentalisation reste mal élucidé pour des raisons qui s'avèrent multifactorielles. Quoi qu'il en soit, les processus secondaires participant à l'élaboration symbolique et à l'activité imaginaire se trouvent mise en cause dans l'étiologie de l'asthme.

De nombreux travaux montrent que la structuration de la personnalité dont le schéma corporel constitue un pilier essentiel, s'articule progressivement à travers la dyade mère-enfant et leurs relations de corps à corps. Les traces indélébiles de ces expériences affectivo-corporelles peuvent se trouver réactivées au cours de l'expérience de la relaxation et ainsi que par l'intermédiaire d'autres techniques psycho-corporelles.

L'expérience clinique montre que la force active de la "mémoire" du corps oriente inconsciemment des surinvestissements sur le corps. Ceux-ci donnent lieu à des comportements pathologiques qui prennent en partie de cet échange infantile unique. Les données héréditaires, culturelles et sociales prennent leur source sur ce noyau psycho-affectif pour forger une personnalité "normale" ou bien plus ou moins fragile. Les événements de la vie personnels feront le reste.

Chez l'adolescent, l'asthme, par son caractère non invalidant et imprévisible, devient une maladie curieuse qui alimente l'imaginaire dans les différentes cultures et attire les chercheurs de tout profil. L'aspect énigmatique de l'éclosion de la crise, son irrégularité dans le temps et sa guérison miracle à l'adolescence sont les arguments d'une interrogation permanente dans la sphère du monde scientifique.

L'adolescence met en relief la fonction "écran" du corps dans son rapport d'échange dynamique avec la psyché. Le remaniement libidinal qui intervient à ce stade, les transformations physiologiques et physiques sont autant de facteurs conjugués qui participent de la complexité de ce rapport.

Cette relation d'échange psyché-soma devient captivante sous l'éclairage des données psychanalytiques, en regard de la variété des éléments intra et inter-psychiques mis à jour par ces études. Nous retenons que les théories psychosomatiques marquent des avancées considérables et leurs retombées psychothérapiques sont incontestables.

II- LES REPERES THEORIQUES AFFECTIVO-RELATIONNELS IMPLIQUES DANS L'ASTHME DE L'ADOLESCENT

II.1- Repères théoriques

Ils nous permettront de distinguer l'essentiel du factuel dans cette approche de la maladie d'expression somatique. Cette mise en place d'un cadre théorique, préalable, donne des caractéristiques à notre sujet. Selon L. KREISLER, « *la personnalité de l'enfant asthmatique est d'une grande diversité. Elle n'obéit pas à un profil spécifique de personnalité; cependant, certains traits structuraux sont très fréquents tels que : la grande fragilité émotionnelle, l'intensité des besoins affectifs sans moyens autonomes pour y pourvoir, l'intolérance vis-à-vis des situations conflictuelles; les mécanismes de défenses sont faibles car aisément débordés par les aléas de la vie* » [3].

La dynamique de la personnalité est évolutive, comme sa fragilité peut se déclarer à certains moments de la vie. La sensibilité émotionnelle intervient dans la psychogenèse du trouble psychopathologique. Les qualités des relations affectives détermineront l'état d'équilibre psychosomatique de l'enfant. L'investigation psychosomatique cible en premier lieu les registres : affectif, psychomoteur et imaginaire. Ces trois composantes sont susceptibles d'apporter des éléments de réponses quant à la genèse des troubles affichés; ce que confirme M. DE BOUCAUD en écrivant que : « *l'affectif et l'énergétique s'associent dans la construction du réel, l'identification structurante, l'image de soi et en fin de compte l'intégration psychosomatique* »[4]. Tout trouble psychosomatique est à cerner dans ces trois registres ou à leurs points de jonction.

On tend actuellement à penser que les troubles psychosomatiques ne sont pas à confondre avec les névroses ou les psychoses, mais constituent une catégorie pathologique à part. Dans le syndrome psychosomatique, l'aspect organique prend le devant de la scène, alors que les causes s'imbriquent dans une problématique à la fois réelle, imaginaire et fantasmatique. La constance de ces traits de comportements nous renvoient directement au corps familial. Cette structure est totalement impliquée dans la maladie. Cette dernière devient un enjeu familial complexe dans le sens où elle contient et alimente l'imaginaire et les fantasmes du corps familial. Le rituel développé au moment de la crise et de la prise de médicaments légitime souvent les soubassements pathologiques préexistants à l'apparition de l'asthme. « *De symbole individuel le symptôme devient métaphore d'une réalité familiale plus large* » [5].

MUNICHIN S. et SELVINI-PALAZZOLI M, décrivent des caractéristiques inhérentes à la structure familiale dans le cadre des troubles psychosomatiques. Elles sont repérables au moyen de tests projectifs fréquemment utilisés pour l'évaluation : Rorschach, test de Famille, T.A.T.... « *L'hyperprotection de la famille vis-à-vis du malade; à l'opposé de la confusion des rôles et des fonctions des membres de la famille, l'harmonie apparente de l'organisation de la famille est rigide. La fuite en avant et les subterfuges devant les situations conflictuelles sont de règle; l'attitude ambivalente marque le comportement, conscient et/ou inconscient, de l'enfant asthmatique. Elle s'observe par les hésitations, les évitements de la prise de décision à risque; le processus régressif flotte en permanence entre la fixation orale et anale* »[6]. Ces éléments rendent compte de l'importance particulière de l'influence de la qualité relationnelle précoce chez l'enfant.

La phase anale est considérée par DUCHARME G. et DRAPEAU P. comme « *moment privilégié de l'éclosion de la maladie. L'étiologie psychogène de l'asthme se situe au moment de la phase anale, quand l'enfant abandonne le rôle passif-dépendant et commence à s'affranchir...* » [7]. Le remaniement pubertaire, en perspective, prépare la mise en place de l'activité sexuelle. Chez les asthmatiques, l'éveil de l'instinct sexuel a du mal à être accepté d'emblée. De ce fait, les phénomènes psychosomatiques sont infiltrés de valeurs sexuelles et érotiques. Cependant, lorsque le contexte culturel n'autorise pas l'étayage de ces valeurs, elles se fixent sur la fonction symbolique de l'organe en souffrance, elles se diluent dans un discours métaphorique tel qu'il pourra être toléré par l'environnement social. Les symptômes deviennent un facteur favorisant l'émergence du sexuel, selon des processus, souvent, primaires.

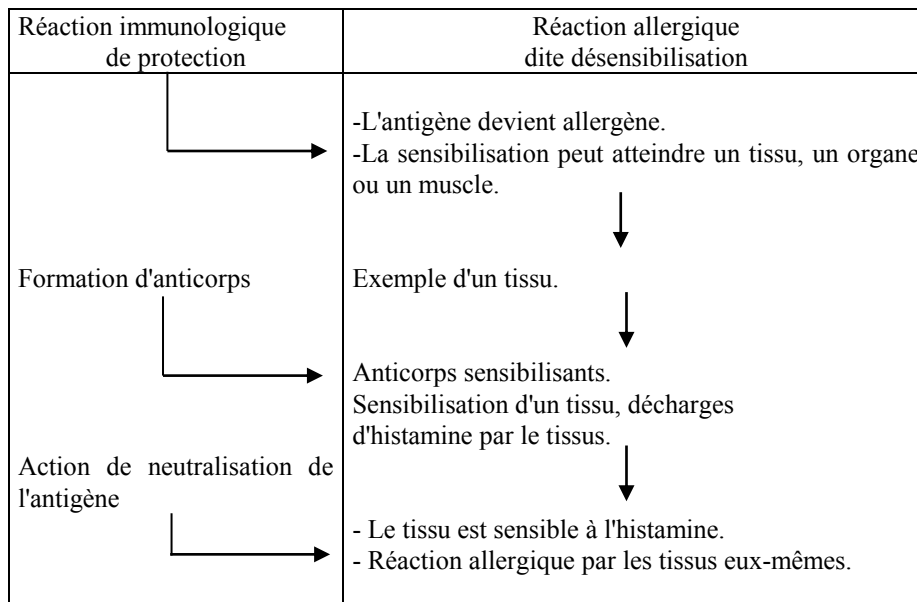
Nous rejoignons AIMARD P. pour lequel « *certaines organes sont investis d'une signification magique (le cœur, la tête, le cerveau...)* ». Ceci pour dire que « *le corps est aussi le lieu d'inscription de traces mémorielles et des schémas associatifs, perceptivo-moteurs, linguistiques et relationnels à partir desquels l'enfant structure toutes ses acquisitions, notamment l'idée qu'il a de son corps.* » [8]

Dans notre recherche concernant des adolescents algériens asthmatiques apparaît cette culture du magico-religieux, que décrit CHEBEL M., « *la maladie relève globalement de deux ordres distincts : l'ordre magico-religieux, à visée infra-religieuse et parfois animiste, qui accorde au monde de l'invisible la prédominance étiologique et détermine la thérapeutique à envisager, et l'ordre exclusivement organique qui s'installe sur une réalité catégorique, du type de l'empoisonnement, de l'événement traumatique (rupture, choc...) et la transmission microbienne.* »[9]

II.2- Du point de vue médical

Nous reprenons ce schéma présenté par D. Guth [10] pour résumer la réaction allergique et immunologique du processus de somatisation. Cette réaction présente deux aspects qui semblent opposés et accentuent la complexité de la compréhension du processus immunologique : protection et sensibilisation.

Un antigène dans le corps.



L'intrusion de l'élément allergène déclenche simultanément un processus défensif et une expression de la souffrance. Comme nous le constatons, le terme d'immunologie englobe un double aspect de la réaction allergique et de la réaction de protection.
« *C'est à cette ambiguïté que le pédiatre viennois Clément VON PIRQUET proposa en*

1906 de réserver le terme "allergie" à l'ensemble des phénomènes d'hypersensibilité. »[11]

Le tableau ci-dessus montre que pour qu'il y ait allergie, il faut que certains anticorps sensibilisants aient des prédispositions de tissus ou d'organes à certains antigènes ou allergènes. Tous les tissus sont susceptibles d'une réaction allergique. Quand l'allergène pénètre l'organe ou le tissu hyper sensibilisé, ce dernier se défend par des décharges d'histamine. Dans le cas de tissus parés contre ce type de réaction, tels les muscles striés, l'histamine prolifère dans le sang et produit une sensibilisation, à distance, d'autres organes. Par contre, nous connaissons la réaction violente des muscles lisses à l'histamine. Ce qui explique la prépondérance de l'allergie respiratoire, sachant que le muscle bronchique est lisse. Cette description physiologique ou biochimique ne résout pas le problème du choix de l'organe. La question du choix de l'organe a suscité de multiples recherches dans divers domaines médicaux et psychologiques qui n'ont fait que confirmer l'aspect multifactoriel de l'étiologie des maladies allergiques.

II.3- La place du corps dans la psychopathologie

L'importance du corps tient à l'échange entre le corps libidinal (érogène) et imaginaire, qui met en jeu l'économie psychique, et le corps biologique où se fixent les symptômes.

Au regard des données théoriques actuelles, ces symptômes gardent une partie de l'histoire secrète du malade. Histoire qui commence avec la vie et se complique avec l'enchevêtrement des interactions de la constellation familiale au monde extérieur élargi. Beaucoup de questions alimentent encore les débats. Parmi les plus préoccupantes : comment s'opère le passage du psychique au somatique ? Le symptôme est-il porteur de sens ?

B. ANDRIEU, mettant en évidence l'importance du corps, souligne que: « *s'il devient nécessaire de mêler le corps aux conditions mêmes de notre appréhension du monde, c'est qu'il y a nécessité à appeler corps non plus seulement la somme des appareils respiratoires, digestifs, locomoteurs, mais l'origine de la communication entre le moi et le monde, entre le physique et le psychique, entre l'incorporation et la socialisation. Le corps est à concevoir selon le modèle d'une communication individuelle.* » [12]

L'objectivation de la maladie semble effacer la subjectivité que véhicule le discours de la souffrance psychique et l'effet iatrogène de la maladie. Le corps fait souvent l'objet de représentations traumatisantes telles que : « *poumons rétrécis, bronches bouchées et desséchées.* » A cela s'ajoute la localisation de la maladie avec un diagnostic dont l'origine est toujours " *une bronchite mal soignée* ", qui est en décalage avec la réalité psychique et en adéquation avec le contexte culturel. L'utilisation de figures de styles, de métaphores transmises par le corps médical au patient et à son entourage, est courante au Maghreb. Ce discours imagé a l'avantage de banaliser la maladie, ce qui peut estomper l'angoisse relative à l'incertitude de son origine et de son devenir, comme il peut présenter des effets traumatiques susceptibles d'accentuer et de renforcer la maladie. Il s'avère que dans la pathologie psychosomatique, et asthmatique en particulier, l'appropriation du discours imagé par le patient est érigée en barrière contre l'émergence d'expressions pulsionnelles

indésirables. Ainsi, « *la maladie organique devient l'expression somatique d'une "histoire sans parole" où l'énergie instinctuelle non symbolisable, chargée de toute la violence contenue dans le ça, court-circuite le psychisme et affecte le corps* » comme le résume C. DEJOURS [13].

De ce court-circuit s'opère la rupture entre le corps libidinal, érogène, objet d'investissement fantasmatique et imaginaire, et le corps biologique réel, objet de l'emprise médicale et familiale. La rupture entre les deux corps, l'opposition entre l'approche médicale, supposée rigoureuse et rationnelle, et l'élan affectif familial qui accompagne le malade se rejoignent dans la confirmation de son statut de malade et renforcent la fonction du symptôme par une pseudo-cohésion entre les attitudes familiales et le discours scientifique établi.

« *Tout ce qui arrive, arrive par le corps* ». Cette citation de M. C. CELERIER met en relief et résume l'importance du corps dans la psychopathologie. Elle poursuit : « *Chez certains, le corps érogène semble mal construit. Nulle trace de plaisir à retrouver. Pire, parfois nulle trace de souffrance [...] insensible à ce qui l'entoure, plongé dans un éternel présent, rien ne peut l'atteindre. Et pourtant, ce corps irreprésentable, désaffecté, est, plus que tout autre, vulnérable aux blessures morales, aux agressions et séparations. C'est le corps de ceux que l'on dit malades psychosomatiques* » [14]. Le point de jonction de ces différents auteurs tient au fait que tout ce qui nous arrive, en termes d'inscriptions psychiques éprouvés et ressentis, passe par le corps.

CONCLUSION

Le recours aux techniques corporelles, parmi l'éventail psychothérapique, prend toute sa valeur et se justifie par l'objectif qu'elles se fixent : la reconstitution des capacités de verbalisation pour remettre en fonction le processus de symbolisation en carence chez l'asthmatique, enkysté dans le symptôme et que le retour au corps peut rendre possible par les techniques de relaxation. Ces dernières développent une attitude d'autonomie chez le patient qui favorise la liaison de l'éprouvé, de l'affect avec sa représentation en mots. La relaxation offre une possibilité de redécouverte de la parole profonde du corps par la réappropriation de sa densité et de ses limites du dedans et du dehors. Le " marquage " du corps par des repères sensitifs et émotionnels, auparavant vide de charge affective, va remplir le discours du patient de contenus symboliques lisibles par la psyché. De la reviviscence du " ressentir " de l'éprouvé corporel, un remaniement de l'organisation du travail psychique peut avoir lieu. C'est à cette condition seulement que la guérison peut être espérée.

L'adolescence est cette étape du développement psycho-sexuel qui se caractérise par une mue de toute la personnalité, dont le soubassement est la réorganisation et la réorientation du destin pulsionnel vers des objets identifiés conformément aux idéaux du moi. La phase de latence est la période à risque, du fait qu'elle représente une moindre activité psychique destinée aux investissements. Le travail de transformation intra-psychique en cours mobilise toutes les capacités énergétiques de l'appareil psychiques et ainsi affaiblit les défenses. Cette période « vide » d'intérêt pulsionnel va appauvrir la pensée compte tenu du manque d'investissement et de l'insuffisance énergétique mobilisable. La vulnérabilité présumée de l'adolescent offre une

alternative : soit l'installation dans la chronicité, et ainsi l'espace corporel sera occupé, à défaut d'expression psychique symbolisable et déchiffrable. Ce cas de figure est, souvent, sous-tendu par un vécu de violence familiale ou bien la structure familiale est manifestement pathogène. Soit que la maladie disparaisse grâce une transformation maturative de la personnalité générée par des facteurs extérieurs structurants. L'adolescence chez l'asthmatique est floue; dans sa mouvance il recherche la proximité jusqu'à l'envahissement. Cette perte de contrôle de ses propres repères entraîne souvent la crise. A cette situation, s'ajoute un moment de mise à distance des objets menaçants ou considérés comme tels. Cette tentative exutoire par sa répétition reste aléatoire et sa fragilité demeure entière.

Bibliographie

1. Malim, S., 1984, "L'expression de la douleur chez l'enfant asthmatique", thèse de Magister en psychopathologie infanto-juvénile, sous la direction de Mme le professeur Tabouret-Keller, A, Université de Constantine, Algérie, p.227.
2. Malim, S., 1999, "L'impact de la relaxation sur l'asthme et étude projective de ses effets sur le travail psychique à travers le Rorschach et le test de Corman", Thèse de doctorat en psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Mme le Professeur Lanouzière, J., Université Paris 13, p.358.
3. Kreisler, L., 1992, "Le nouvel enfant du désordre psychosomatique", Toulouse, éd. Privat, p.149-276.
4. De Boucaud, M., 1985, "Psychosomatique de l'enfant asthmatique", Bruxelles, éd. Mardaga, p.27.
5. Onnis, L., 1989, "Corps et contexte, thérapie familiale et troubles psychosomatiques", éd ESF, p.13.
6. Munichini, L. et Selvini-Palazzoli, M., 1989, "Corps et contexte, thérapie familiale et troubles psychosomatiques", éd. ESF, p.70.
7. Ducharme, G. et Drapeau, P., 1980, "Asthme, allergie et développement psychologique de l'enfant", *Revue de Psychologie Médicale*, 12, 5, p.42.
8. Aimard, P., 1980, "Psychologie de l'enfant, Bruxelles", éd. SIMEP, p.182.
9. Chebel, M., 1984, "Le corps dans la tradition Maghrébine", Paris, PUF, p.115.
10. Guth, D., 1974, "L'asthme infantile, étude économique et sociale", Thèse de Doctorat de III cycle en économie de la santé, Université Paris X.
11. Boucherat, V., 1995, "Les défenses allergiques et les solutions psychotiques : de la projection à la régression; études psychopathologiques comparatives des fonctionnements allergique et psychotique", Thèse de Doctorat en Psychologie, sous la direction de Mme le professeur Debray, R., Université Paris V, P.352.
12. Andrieu, B., 1990, "A propos de psychosomatique", *Revue de Médecine Psychosomatique*, éd. La Pensée Sauvage, n°21 et 22, mars - juin, p.165.
13. Dejours, C., 1993, "Recherche psychanalytique sur le corps : répression et subversion en psychosomatique", Paris, Payot, p.179.
14. Célérier, M. C; 1989, "Corps et fantasme, pathologie du psychosomatique", Paris, Dunod, p.43. □