

L'ENFANT VENTRILOQUE

Les douleurs abdominales chez l'enfant

Nathalie BOIGE¹, Sylvain MISSONNIER²

« (...) je reviens à l'idée que les symptômes psychosomatiques peuvent être compris comme une forme primitive de communication, un protolangage qui, très tôt dans l'histoire de l'homme, était peut-être destiné à attirer l'attention de l'autre. (...) ce protolangage en vient peu à peu à être utilisé comme un langage symbolique. Dans l'analyse, au cours de telles phases, la distinction entre ce qui est purement « somatique » et ce qui est purement « hystérique » tend à s'effacer. » J. McDougall, *Eros aux mille et un visages*.

Étymologiquement, ventre est issu du latin *venter*, *ventris*, termes généraux pour désigner le ventre comme réceptacle indistinct des entrailles ou du fœtus. C'est dans cette indistinction que l'on peut sans doute comprendre pourquoi le terme de cloaque (*cloaca* en latin signifie égout) figure le ventre. D'ailleurs, par analogie, en anatomie animale, le cloaque, c'est l'orifice commun des cavités intestinales, urinaire et génitale.

Le premier sens connu du mot en français est attesté pour désigner chez la femme l'abdomen en tant que siège de la gestation et des organes génitaux internes, l'utérus. En ancien et moyen français, la « ventrière », c'est la sage-femme. En droit ancien, « le ventre anoblit » correspond à « l'ascendance matérielle » et le curateur au ventre à la personne chargée de surveiller la grossesse d'une veuve enceinte et d'administrer la succession à l'enfant à naître.

Secondairement, le mot correspond à la partie du tronc correspondant à la paroi abdominale et à une partie de la cavité de l'abdomen chez l'homme, la femme, l'animal.

¹ Gastro-pédiatre, Hôpital Privé d'Antony, Hôpital Robert Debré Paris. nboige@club-internet.fr

² Maître de conférences en psychologie clinique à Paris X, Nanterre, laboratoire du LASI, psychologue à la maternité de l'hôpital de Versailles

Par métaphore, le ventre désigne l'intérieur du corps humain. Savoir ce qu'un humain a dans le ventre correspond à savoir ce qu'il a à la fois « dans l'esprit » (métonymie de tête) et « dans le cœur » où siègent les sentiments mais aussi l'énergie du « cœur au ventre ». Faire mal au ventre à quelqu'un, c'est lui être désagréable en le touchant simultanément au corps et à l'âme.

Sémantiquement, le ventre est donc *a priori* saturé de l'empreinte de l'origine où le devenir humain se scelle dans la sexualité, c'est à dire l'immersion dans ce contenant cloacal primitif où règne l'indistinction, puis, secondairement dans la séparation/individuation de ce contenant archaïque (*sexus* vient de *secare*, couper, diviser). L'ombilic trônant tout au long de la vie au milieu du ventre illustre la signature corporelle de notre origine ; la persistance des théories sexuelles infantiles (puis adultes !) en souligne la permanente influence dans notre psyché.

Dans cet espace ventral matriciel et labyrinthique, les pistes cliniques sont infinies. Les douleurs abdominales chez l'enfant qui vont retenir notre attention dans cet article n'en représentent qu'une parmi tant d'autres mais, oh combien, emblématique et diversifiée.

De la mélodie « maman, j'ai mal au ventre » de la petite fille de 5 ans regardant sa mère d'un œil suppliant au *Sturm und Drang* du jeune adolescent plié en deux et livide, incapable de retourner au collège depuis deux mois, les douleurs abdominales occupent de fait un très large champ des plaintes somatiques des enfants. Cette plainte traverse tous les âges de l'enfant, toutes les phases de séparation individuation et du développement psychosexuel.

Aucun symptôme ne justifie mieux un abord psychosomatique au sens large du terme, et il pourrait servir de modèle pour développer les différents degrés sur la balance psychosomatique, du symptôme de cause lésionnelle au symptôme fonctionnel et à l'absence de participation somatique, et sur le plan psychopathologique du symptôme psychosomatique au symptôme hystérique, à l'hypochondrie et à la simulation.

Contrairement à la notion d'une structure psychique qui serait déterminée et plus ou moins figée chez l'adulte, le fait frappant chez l'enfant est son aptitude à avoir pour le même symptôme des niveaux d'expression variables dans le temps (parfois situation frontière entre symptôme psychosomatique ou hystérique, possibles passages dans les deux sens de l'hystérie à la simulation), et sa grande plasticité psychique. Toute émergence de symptôme doit donc être considérée de façon dynamique, au fil du développement de l'enfant et des réaménagements possibles, spontanés ou thérapeutiques. Pour les mêmes raisons, nous verrons qu'il est préférable de parler de conversion somatique que d'hystérie. En effet, ce terme générique qui traduit le passage dans le corps d'une excitation ou d'un conflit psychiques ne préjuge pas du registre, du niveau de symbolisation ou de la structure sous-jacente, et laisse la diversité des situations ouverte à l'exploration psychodynamique.

Quelle que soit la réalité de la douleur physique, les douleurs abdominales sont un moyen d'expression ou de non expression très répandu et mobilisent de façon très efficace l'entourage scolaire, familial et médical. Ce symptôme est un grand pourvoyeur d'absentéisme scolaire et parfois point de départ d'une phobie scolaire.

Le symptôme a un sens différent pour les parents, qui ont leur hypothèse étiologique et leurs craintes diagnostiques, et l'enfant, s'il est assez grand pour lui prêter un sens. Le médecin doit se faire une idée et a une troisième interprétation du symptôme, (substrat organique, sens et fonction).

Ce symptôme étant considéré comme relevant de la pédiatrie, nous croyons utile de faire d'abord le point sur cette vision des douleurs abdominales, et d'évoquer les bases neurophysiologiques qui participent à légitimer un abord psychosomatique. Secondairement, nous étudierons la face psychique du symptôme sous l'angle de la conversion somatique dont il est le signe, entre psychosomatique et hystérie, sur fond de mutations corporelles et psychiques de l'enfant. Nous défendrons une approche holistique de l'enfant et de son symptôme. Dans ce contexte, la

consultation du pédiatre, ouverte à la pluridisciplinarité, sera explorée et, en particulier, les possibilités thérapeutiques de l'empathie du pédiatre. Celle-ci n'existe que grâce à la collaboration avec le psychanalyste qui apportera ici un témoignage clinique et un enrichissement théorique, centré sur la phase féminine selon Mélanie Klein.

1 L'OEIL DU PEDIATRE

La fréquence du symptôme est impressionnante, puisque selon les études épidémiologiques, l'incidence des douleurs abdominales est de 10% à 15 % chez les enfants d'âge scolaire à partir de 5 ans, et atteint 25% des filles vers l'âge de 9 ans (*Apley, 1958*). Le syndrome de "douleurs abdominales récurrentes" a reçu une définition classique de la part de Apley en 1958 : au moins trois épisodes de douleurs durant les trois derniers mois, entravant la vie de l'enfant. On constate en pratique que le symptôme est suffisamment préoccupant pour l'enfant et sa famille pour que la demande d'aide médicale précède les trois mois d'évolution, et ces critères de définition sont probablement appelés à être remis en cause.

Les points importants de l'expérience pédiatrique concernant les douleurs abdominales en consultation sont ;

- la fréquence de ce motif de consultation
- le faible pourcentage de causes organiques lésionnelles, et à l'inverse la fréquence élevée de troubles fonctionnels et de participation psychogène
- le contraste entre la fréquente bénignité somatique et l'importance de l'inquiétude parentale et de l'absentéisme scolaire, ce qui entraîne une demande pressante de prise en charge rapide, personnalisée, et exige une grande disponibilité médicale
- la nécessité de veiller à un recours justifié et mesuré aux examens paracliniques

- l'émergence croissante chez les moyens et grands enfants de symptomatologies fonctionnelles riches *adult-like* (colopathie, dyspepsie etc...), pour des raisons en partie sociologiques et culturelles?

Rappelons que les affections organiques comprennent les affections lésionnelles et fonctionnelles qui se différencient des premières par l'absence de cause morphologique, histologique, infectieuse, inflammatoire, biochimique à l'origine du symptôme (ceci est la définition classique, le terme « biochimique » méritant une discussion, car nombre d'affections fonctionnelles peuvent s'accompagner d'anomalies de taux de certains neurotransmetteurs).

Les douleurs abdominales peuvent être le signe de nombreuses affections lésionnelles, compte tenu du carrefour anatomique et fonctionnel que constitue le « ventre » : digestives, hépatobiliaires, pancréatiques, urologiques, génitales, pariétales. Leur sévérité évolutive est variable, allant jusqu'à l'urgence vitale. Leur diagnostic nécessite une grande précision sémiologique et une grande expérience pédiatrique.

Cependant, dans au moins 95% des cas de douleurs abdominales de l'enfant, il n'y a pas de cause organique lésionnelle.

Dans les articles traitant de ce symptôme plurimorphe, les auteurs n'utilisent pas tous les mêmes définitions : lésionnel et organique sont souvent confondus, ainsi que fonctionnel et absence de participation somatique ou "sans organicité". Il existe fréquemment dans l'esprit du public un amalgame entre hystérie et simulation, entre symptôme psychosomatique et psychologique pur, dénué d'organicité. Or, il y a une différence clinique évidente entre un enfant qui arrive à la consultation plié de douleur, se plaint d'avoir très mal au ventre, et est capable quelques minutes plus tard de sauter sur la table d'examen ou de se contorsionner pour renouer ses lacets (versant hystérique?), et un enfant "colopathe" ayant des douleurs spasmodiques déclenchées par les repas, un cadre colique spasme et douloureux à la palpation, des troubles du transit (plus sur le versant psychosomatique, avec une franche participation organique fonctionnelle), ou à l'autre extrémité une

pathologie lésionnelle à composante psychosomatique telle qu'un ulcère, gastrique ou une maladie inflammatoire du tube digestif (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). Une des différences est que le deuxième cas peut bénéficier d'un traitement "somatique" et ne doit pas être abordé dans un registre purement psychologique. Dans le troisième cas il sera bien difficile, en raison de la sévérité somatique, d'évoquer d'emblée une participation psychosomatique, souvent très culpabilisante et irrecevable pour les familles.

La première crainte légitime du pédiatre est d'ignorer une pathologie lésionnelle à risque de complications, ce qui met en jeu sa compétence et sa responsabilité médicales. Les pièges existent, et chaque pédiatre a vécu au moins une erreur dans sa pratique ; en premier lieu, il n'existe pas forcément de parallélisme entre l'intensité de la douleur et son caractère lésionnel ou fonctionnel. Des pathologies fonctionnelles telles qu'une colopathie, une migraine abdominale, des vomissements cycliques peuvent s'accompagner de symptômes intenses et impressionnants et d'une réaction pariétale avec un ventre très tendu à l'examen. Une appendicite ectopique peut donner des douleurs sourdes de localisation inhabituelle, et n'être diagnostiquée qu'au stade de péritonite. De plus, un enfant peut conjuguer une situation psychopathologique et une authentique affection aiguë lésionnelle. Il faut donc rester modeste et ouvert et savoir se remettre en cause en permanence devant chaque nouvelle situation, en évitant les a priori et les contre-attitudes.

Parmi les tentatives des pédiatres pour faciliter et baliser leur approche diagnostique et thérapeutique, on relève dans la littérature que les essais de mise au point de grilles diagnostiques visant à différencier lésionnel et fonctionnel ont échoué. Une autre démarche consiste à partir à la recherche de l'examen miracle à visée étiologique tel que test au lactose (test respiratoire³), examens de selles, radiographie,

³ Le test respiratoire au lactose consiste à rechercher une intolérance au lactose par la mesure de l'hydrogène expiré après ingestion de lactose. Il a été montré chez les patients ayant une intolérance au lactose et des douleurs abdominales récurrentes que les épisodes douloureux n'étaient pas statistiquement liés à l'ingestion de lactose.

endoscopie et recherche d'*Helicobacter Pylori*⁴, qui vont du moins au plus invasif. Chaque examen peut avoir un intérêt dans une situation donnée, a souvent une période de gloire lorsqu'il est mis au point, mais les études à postériori montrent que l'anomalie qui a pu être détectée n'est pas toujours responsable de la douleur abdominale (ex intolérance au lactose, présence d'*Helicobacter Pylori* sur des biopsies systématiques parmi les plus récents). On a parfois recherché à établir une liste « minimale » d'examens à réaliser de principe devant des douleurs abdominales de l'enfant, ou des examens « nécessaires » avant de proposer un abord psychologique à la famille, *comme si seule la « normalité » biologique autorisait un abord psychodynamique, et qu'inversement une pathologie somatique l'interdisait.*

De l'avis des pédiatres qui réfléchissent sur les implications de leur pratique, et s'intéressent aux considérations éthiques, les examens invasifs doivent être limités au maximum en fonction de leur utilité, et non de l'angoisse médicale ou parentale, et doivent être justifiés et expliqués à l'enfant et aux parents. La multiplication des investigations paracliniques de précaution risque de conforter la famille dans le modèle médical somatique lésionnel. (*Séguret*)

Une description sémiologique plus précise des troubles fonctionnels a été proposée, dans le but de faciliter le diagnostic et de diminuer le risque d'erreur médicale et le recours injustifié à des investigations pénibles.

Boyle a défini en 1996 ce qu'il entend par douleurs abdominales fonctionnelles. Cet auteur insiste sur le fait qu'il s'agit d'un diagnostic positif et non d'exclusion après un lourd bilan, qui est posé devant des signes pertinents dans l'anamnèse, l'examen clinique et un minimum d'examens complémentaires (je traduis là au plus près les termes de T. Boyle) :

⁴ L'*Helicobacter Pylori* est une bactérie responsable de certaines gastrites et ulcères ; le fait d'être porteur d'*Helicobacter Pylori*, sans anomalie muqueuse gastrique importante, n'explique pas forcément les douleurs abdominales.

- douleurs paroxystiques, variables en intensité
- suite d'épisodes douloureux durant plusieurs semaines ou mois
- début progressif
- douleurs périombilicales ou épigastriques
- impossibilité de décrire le type de douleur (lancinante, sourde brûlure, ..)
- incapacité à trouver à la douleur une relation avec les repas, l'exercice, le stress ; la douleur survient souvent à la même heure du jour.

Elle interrompt l'activité normale.

- Les stimuli « stressants » sont physiques, maladie physique récente, intolérance au lactose ou à un autre hydrate de carbone aérophagie prise récente de médicaments ou constipation simple
- ou « stress psycho-social » : décès d'un membre de la famille, séparation de la famille (divorce, départ d'un aîné), maladie physique ou handicap chronique chez un parent ou dans la fratrie (y compris ulcère ou colopathie fonctionnelle), difficultés scolaires, mauvaises relations avec les pairs, difficultés financières de la famille, déménagement récent
- Les signes de renforcement positifs de l'entourage sont : une attention spécifique au moment de la douleur, l'octroi d'une période de repos durant la douleur, une médication donnée pendant la douleur, une absence de l'école durant les périodes douloureuses, avec dès la mise au repos à la maison la reprise spontanée d'une activité normale.

En 1999, le groupe international de consensus sur les troubles fonctionnels intestinaux a considéré que le cadre nosologique défini par Apley était trop général et a individualisé des entités symptomatiques constituant des syndromes fonctionnels distincts (*Rasquin-Weber*) : dyspepsie fonctionnelle, syndrome de l'intestin irritable, migraine abdominale, aérophagie. Ces cadres symptomatiques, qui sont pour certains similaires aux troubles observés chez les adultes, relèvent de traitements différents sur le plan somatique, adaptés à l'aspect du trouble fonctionnel.

Enfin, dans les études rapportées dans les réunions gastro-pédiatriques (*Boey*), sont abordées les notions de stress, facilement

quantifiable et compréhensible pour les cliniciens, d'évènements de vie marquants ce qui est une ouverture vers la pathologie fonctionnelle réactionnelle ; les auteurs ont recherché chez les enfants ayant des douleurs abdominales récurrentes l'existence d'une personnalité type, de performances scolaires différentes des autres enfants, d'une explication à l'absentéisme scolaire, d'une réaction parentale anormale au symptôme à l'origine de la demande médicale et de la montée en puissance des répercussions du symptôme. Il y a donc dans ces travaux pédiatriques peu d'intérêt pour les affects et le développement psychosexuel des enfants.

Pour le somaticien, les consultations d'enfants pour douleurs abdominales, comme tout symptôme souvent fonctionnel, sont difficiles car il est confronté à son mal-être et son ignorance hors du cadre de la médecine somatique rationnelle *evidence-based*. Le somaticien s'arrête trop souvent au verdict « c'est fonctionnel, ou c'est psy ! », clivant ainsi définitivement corps et psyché et interrompant là ses efforts thérapeutiques.

Or, ce symptôme, que l'on veuille ou non l'ignorer, a une face cachée par le somatique, commune à diverses étiologies et structures psychopathologiques. C'est un message codé plus ou moins intentionnel, il a une fonction de médiation, d'expression plus ou moins symbolisée de la souffrance psychique de l'enfant. Même s'il n'est pas délibérément dirigé vers les parents, il acquiert immédiatement une portée relationnelle car il entraîne de leur part une réaction rapide, devient le support de projections ou d'interprétations parentales. Il est donc réducteur, voire traître vis à vis de l'enfant de vouloir prendre en charge ce symptôme sans en évoquer les dimensions psychosomatique, économique, psychodynamique, relationnelle.

A la multiplicité des diagnostics somatiques possibles ou pourrait comparer la diversité des situations psychopathologiques et des registres structuraux sous-jacents.

2 ABORD HOLISTIQUE : le *BRAIN-GUT AXIS*

Un abord global psychosomatique est particulièrement justifié pour les symptômes digestifs, si l'on se réfère à la configuration et au fonctionnement de notre système nerveux, qui pourrait achever de convaincre certains praticiens et certaines familles. On sait en effet que le tube digestif est équipé tout du long d'un système nerveux intrinsèque (SNI), constitué de neurones logés dans des plexus ganglionnaires intraparietaux (le terme de cerveau accessoire est utilisé en vulgarisation). Il existe un véritable axe biochimique neuropeptidique reliant le système nerveux central (SNC) au SNI qui se constitue comme une liaison neuronale vers une série de satellites. Les recherches en neuroendocrinologie digestives, très actives et directement apparentées aux neurosciences, ont montré l'existence d'une parenté ou d'une identité de structure frappantes entre les neurotransmetteurs du SNC et les neuropeptides du SNI, ainsi qu'avec les hormones digestives circulantes. Il existe des interférences permanentes dans les deux sens selon ce *brain-gut axis*, le SNC influençant la libération locale de neurotransmetteurs, la motricité et la sensibilité viscérales, et les informations locales étant transmises inversement au SNC par neurotransmission. Les études concernant les neuropeptides digestifs ont permis de comprendre de nombreux mécanismes physiologiques et pathologiques autrefois globalement attribués au système nerveux végétatif et ont permis en thérapeutique l'usage d'agonistes ou d'antagonistes de ces substances dont on sait qu'ils peuvent avoir une action uniquement périphérique ou centrale et périphérique (ex : antiémétiques, prokinétiques également appelés « modificateurs du comportement »). Les recherches sont orientées actuellement sur le rôle joué par cet axe et par la libération locale de neurotransmetteurs sur l'inflammation, la motricité digestive et l'hypersensibilité viscérale (*Dupont*).

3 ENTRE PSYCHOSOMATIQUE ET HYSTERIE : LA CONVERSION SOMATIQUE

Il est classique de différencier pour ces épisodes douloureux abdominaux les expressions physiques fonctionnelles « directes » de l'angoisse, les symptômes psychosomatiques et hystériques (*Mille*).

Le terme de conversion somatique nous paraît être un point de départ de réflexion préférable, dans la mesure où les situations sont loin d'être toujours clairement identifiables. Rendant compte du passage de l'énergie psychique dans le corporel, ce terme global ne préjuge pas du degré de symbolisation ou d'une structure sous-jacente. Elle inclut tous les processus de symbolisation au niveau du corps, jusqu'à la somatisation de registre psychosomatique *stricto sensu*, et il existe probablement un continuum entre l'absence de mentalisation, une symbolisation absente mais virtuelle et une symbolisation hystérique. La conversion n'est pas l'apanage de la névrose, et pour Cramer, elle est observée chez l'enfant plus souvent sur un fond structural de type *borderline* ou une constellation dépressive que sur une structure hystérique (*Cramer*).

En dehors de certains cas où les maladies somatiques s'enchaînent depuis la plus petite enfance de façon inéluctable et « incompréhensible », témoignant d'un fonctionnement psychosomatique de l'enfant ou de la dyade, et de rares situations de préado- ou adolescents chez qui une véritable névrose hystérique semble se développer et s'installer, les épisodes de conversion sont le plus souvent fluctuants, variables, en fonction du contexte développemental et relationnel, pouvant s'inscrire dans des niveaux structuraux variés et variables.

Ces conversions nous montrent des traits communs. Le contexte de départ est celui d'une angoisse, d'une tension, de conflits dans des registres différents. La conversion s'inscrit dans un contexte familial privilégiant souvent de façon consensuelle la préoccupation somatique, inapte à la mentalisation ou l'expression verbale des affects et conflits, ou déniait leur existence. La conversion constitue, par une régression au langage du corps, une symbolisation qui peut être fruste, corporelle du

niveau du signe ou de l'indice, ou un appel à une symbolisation verbale et une élaboration. Elle peut correspondre à un achoppement transitoire dans le développement de la personnalité, à une régression, peut avoir un rôle défensif pour la cohésion du sujet ou annoncer l'installation progressive d'une névrose hystérique.

Un autre point commun est le choix du ventre pour le symptôme fonctionnel. Il peut être élu par ordre de fréquence, en raison du risque élevé de dysfonctionnement viscéral siégeant dans l'abdomen, et également pour des raisons culturelles, les troubles fonctionnels digestifs et l'angoisse d'une pathologie digestive aiguë étant très répandus dans notre société hypermédicalisée aux rythmes de vie très rapides. Il semble plus spécifique à l'enfant de rappeler, si besoin est, que le ventre est le lieu de rencontre des problématiques orale, anale et génitale. Il est dans la petite enfance un lieu de rapport privilégié avec (le ventre de-) la mère. Certaines petites filles semblent avoir avec leur mère une relation fusionnelle adhésive, de ventre à ventre, avec une sorte d'accusation de « défaut de fabrication », et la jeune fille préadolescente peut paraître lancer un appel du ventre à sa mère concernant sa féminité. Le petit garçon n'est pas en reste, inquiet de ce qui se passe dans le ventre de sa mère et de la différence des sexes. (*Lorsqu'on lui demande de montrer où il a mal, l'enfant montre le plus souvent l'ombilic du doigt, en regardant sa mère, dans un message que j'imagine signifier « j'ai mal à mes origines », ou « j'ai mal au ventre de ma mère »*). Chez les adolescents, le ventre est le lieu de projection de pulsionnalité, d'angoisses, de conflits d'ordre sexuel. Il me semble qu'il existe, dans une certaine mesure, un choix de l'organe, même chez les « psychosomatiques », en fonction du stade développemental de l'enfant, physiologique et libidinal, d'une susceptibilité biologique plus ou moins familiale, d'interférences transgénérationnelles et de l'inconscient maternel ou parental.

La dimension relationnelle existe dans tous les cas, plus ou moins manifeste, primaire ou secondaire. Le rôle joué par la réaction des parents face au symptôme est déterminant dans son évolution, de même que

celui, plus souvent inconscient, qu'ils peuvent avoir joué dans son apparition : face à un enfant qui a une douleur abdominale intense due à une manifestation directe de l'angoisse, le parent peut «somatiser» le problème immédiatement en cherchant de l'aide médicale et en s'inquiétant du diagnostic, ou rechercher avec son enfant une association interprétative. Il en est de même pour une conversion hystérique où le parent peut prendre du champ et réfléchir au symptôme ou provoquer une médicalisation abusive. La mobilisation de la préoccupation parentale, surtout maternelle est un bénéfice secondaire quasi systématique dans les douleurs abdominales.

Lors d'une première consultation, il peut être difficile d'évaluer si le symptôme se présente plutôt sur le versant psychosomatique que hystérique, ou de la simulation. On peut cependant tenter d'appréhender la situation. Il y a peu de différence à la description clinique, et il s'agit souvent d'un travail de géologue, au piolet, de recherche du niveau, du registre du symptôme, et de la pulsion sous-jacente.

Le symptôme psychosomatique est plus souvent lésionnel que fonctionnel ; la perturbation fonctionnelle est objective et « palpable », plus évidente dans le registre psychosomatique que hystérique. Classiquement, il n'y a pas de symbolisation, pas de volonté de compréhension, un déni du psychisme et du sens. Le symptôme psychosomatique est un arrêt sur image ou une régression qui peut être une plongée ou un effondrement.

Il évoque une baisse du tonus de vie, la dépression essentielle, mais ces conditions concernent souvent la mère avant l'enfant. Il utilise ou réutilise le protolangage du corps du bébé comme l'évoque J. McDougall. Il témoigne des avatars précoces de la relation mère-enfant, lorsqu'il fallait donner du sens au fonctionnement somatique, lier psyché et soma selon l'intégration de Winnicott, le libidinaliser. A la place, l'angoisse de mort et le déni du psychique ont prévalu. Le corps de l'enfant peut être l'instrument d'expression de ce que ses parents mentalisent mal.

Ce mode d'expression peut s'installer en un dysfonctionnement systématique et le symptôme psychosomatique s'inscrit alors dans un enchaînement de situations psychosomatiques avec atteintes successives de divers organes et fonctions, aboutissant souvent à un acharnement médical. Nous rencontrons tous ces enfants dont la vie a commencé avec un reflux gastro-oesophagien, puis des infections ORL à répétition, qui développent plus tard un syndrome douloureux abdominal avec colopathie, ou des migraines, voire une pathologie allergique. Il semble parfois que leurs parents ne racontent leur vie qu'en fonction de leurs maladies qui occupent le premier plan ou monopolisent leur préoccupation et les interactions.

A l'inverse, le défaut de mentalisation de conflits ou affects et leur expression somatique peuvent n'être qu'un passage, frayage ou « îlot psychosomatique » (*Goise*), et le symptôme a alors un sens dans le choix de l'organe et dans la cause de la régression au langage corporel ou encore un sens développemental. On pourrait imaginer dans les premières situations que les douleurs abdominales n'ont pas de signification particulière dans la loterie du choix d'organe, alors que dans le deuxième type de situations, il est perceptible qu'elles sont le mode d'expression privilégié des angoisses archaïques.

La situation conflictuelle ou désorganisante précédant le symptôme psychosomatique n'est pas passée par la mentalisation, et la pensée n'a pas droit de cité, ce qui rend le travail d'exploration beaucoup plus long à initier et plus ardu. Ces situations sont les plus difficiles à mobiliser car le corps est atteint et on se trouve face à un déni du psychisme. Dans d'autres cas, on assiste à une préforme de symbolisation, l'envoi inconscient d'un signe ou d'un indice.

Tom, 5 ans et demi, cambodgien par son père et de mère française, décrit comme très précoce à l'école, timide, a tous les 3 mois des crises douloureuses abdominales qui vont croissantes sur 2 à 3 jours, très impressionnantes avec des vomissements bilieux. Il a vu plusieurs médecins et a eu un bilan tout à fait exhaustif (radiologique, endoscopique) lorsqu'il m'est amené par sa mère. Le tableau clinique peu typique évoque à la fois des spasmes coliques sur constipation et une migraine abdominale, d'autant que le seul médicament

légèrement efficace est l'Advil. La maman pleure de ne savoir soulager la douleur de son enfant par un médicament (elle est pharmacienne) et voudrait un diagnostic précis. J'apprends, à la fin de la première consultation, qu'elle est soignée pour un cancer du sein, dont l'issue est encore actuellement incertaine. Durant les épisodes douloureux, Tom est plutôt calme et prostré. Je constate lors d'une consultation, au début d'un épisode douloureux, que la mère guette littéralement la survenue de la douleur (tous les quarts d'heure), et que le ventre est tout à fait souple à l'examen. Tom se présente d'une façon générale avec un discours très rationnel et intellectualisant, sans affect, et qui n'est pas en rapport avec son âge. Malgré mes questions et hypothèses, Tom est incapable d'exprimer un affect ou une association concernant son mal au ventre. « La seule chose qui l'inquiète, c'est qu'il a mal au ventre ». J'évoque progressivement avec la maman les angoisses que peut ressentir Tom en rapport avec sa maladie. Elle est étonnée, mais veut bien entendre cette hypothèse. Il n'y a, en revanche aucune résonance chez Tom, comme si le mal au ventre prenait la place de la pensée. (Ici, l'angoisse sous-jacente est probablement une angoisse de mort, très archaïque, l'affect est dénié et la mentalisation refusée ; y a-t-il ou non un appel, même inconscient, à la symbolisation de la part de Tom ?)*

Sur le versant hystérique, il y a du sexuel, de la pulsion, du désir, de l'agressivité dans le sens du symptôme. Le message est plus accessible à la mise en sens, plus dynamique dans sa fonction de symbolisation et d'appel à communication.

L'aspect somatique peut être fonctionnel (sur une réelle sensibilité ou réactivité biologique) ou inexistant.

En principe plus tardif, le symptôme hystérique est généralement réservé au préadolescent ou à l'adolescent, mais ce dernier peut tout à fait revenir à un fonctionnement psychosomatique, et il existe incontestablement des enfants jeunes dont le fonctionnement ressemble déjà à une ébauche de conversion hystérique. Il ne s'agit pas le plus souvent d'une structure hystérique mais d'un symptôme hystérique.

L'apparition du symptôme a un rapport avec l'émergence de la sexualité génitale ou sa virtualité. Le sexuel à fleur de peau est perceptible dans les réactions de l'enfant à l'examen clinique, ses réponses aux questions et l'observation de l'enfant et des parents durant l'entretien. Ce peut être la mère, parfois le père, ou l'enfant qui nous donne des indices,

Une petite fille de dix ans a mal au ventre. C'est toute la journée, sans horaire, sans rapport avec les repas. Il est quasi impossible d'examiner son ventre, parce que dès que je pose les mains dessus, elle se contracte car « elle est très sensible aux chatouilles » me dit la maman, qui ajoute, avec un clin d'œil de connivence à mon encontre : « à cet âge, on sait ce que sait ! ». Elle me parle ensuite dans les détails de ses propres problèmes « ovariens », et de ses douleurs menstruelles.

Petite Lolita

C'est une véritable petite Lolita que je suis depuis quelques années. Magali a très mal au ventre de façon régulière, a des épisodes de constipation de plusieurs jours, les deux phénomènes étant liés à une rétention stercorale dont elle est de plus en plus consciente. Elle est petite pour son âge (11ans), mince, prépubère, a un regard vif et charmeur, sauf lorsque j'essaie avec elle de comprendre ses symptômes, où elle se renfrogne et devient mutique. Elle a même des accidents encoprétiques à l'acmé de la crise, situation qui n'est pas sans dénoter avec l'aspect physique de petite danseuse, en justaucorps, légèrement maquillée, qu'elle a lorsqu'elle vient me voir le mercredi après son cours de danse. L'histoire est ancienne. Elle a deux sœurs aînées, la première est décrite comme anorexique et opposante, la deuxième sans problème. La maman est un peu brutale et intrusive, peu féminine, travaille comme infirmière de nuit dans un centre de pédiatrie, et a exercé durant la petite enfance de M. des manoeuvres répétées d'évacuation fécale (suppositoires, lavements etc...). M. a mis en échec au moins un psychothérapeute, et d'autres médecins. La situation n'évoluant pas, j'arrive à voir également le père en consultation. Il cajole sa fille durant toute la consultation, comme un bébé, et M. passe la consultation à se balancer à califourchon sur un genou de son père. Il élude mes questions concernant le fait qu'il est prêt ou non à voir cette petite dernière grandir, et lorsque je pousse un peu M. dans ses retranchements, il m'explique que pour tout le reste elle est « quand-même » très mignonne, très agréable à vivre et très performante scolairement...

Le pédiatre est confronté à l'accueil que réservent les parents à la sexualité de l'enfant et à ses propres réactions, et les contre-attitudes risquent d'être à la mesure du sexuel sous-jacent.

Il existe souvent une discordance entre une mise en mot pauvre ou rationalisante et la richesse d'expression du corps. Elle donne des indications sur ce qu'a été la libidinisation précoce et progressive du corps de l'enfant par la mère (absente, réprimée, tempérée et positive ou inappropriée, précocément génitalisée, envahissante par identification projective), et la reprise à son compte de ce corps érotique par l'enfant. Déjà chez le nourrisson, et le très jeune enfant, il nous arrive de voir en consultation des soins maternels envahissants qui sont un jeu de

séduction avec une hyperstimulation sexuelle, cette emprise de la séduction étant également fréquente chez le préadolescent et l'adolescent. Vincent et Lébovici suggèrent de « rechercher ce qui, dans la relation de la mère et de l'enfant fait privilégier l'érotisation du corps plutôt que la mentalisation ».

Pour Cramer il existe une spécificité entre conversion et problématique pubertaire qui correspond aux « vicissitudes de l'investissement du corps à l'adolescence », à la possibilité pour le préadolescent de vivre avec les modifications corporelles et les pulsions sexuelles. C'est chez le préadolescent et l'adolescent que la conversion somatique a la plus forte connotation défensive, lorsque les modes habituels de refoulement ne suffisent plus à contenir l'émergence pulsionnelle. La somatisation l'emporte sur la mentalisation et le corps est utilisé comme instrument de symbolisation pour la lutte antipulsionnelle.

Il existe des situations où certains jeunes adolescents exercent un clivage forcené, et très coûteux en énergie psychique, entre l'esprit et le corps trop chargé de projections de fantasmes et de conflits. Ils « intellectualisent » en boucle, et décrivent de l'extérieur leur corps souffrant, dans un déni total de leurs affects et de leur réalité sexuée.

On remarque que ces inadéquations de la libidinalisation du corps s'observent en clinique dans les deux sens, en creux et en bosse. Elles semblent parfois résulter d'un dysfonctionnement venu de la mère, parfois être plus ancrées dans l'évolution de l'enfant lui-même. On observe les extrêmes de l'érotisation omniprésente et très extravertie à des situations où tout investissement libidinal du corps a été banni. Le symptôme vient exprimer une pulsionnalité débordante, ou la souffrance d'une répression ancienne et tenace. Il nous paraît aussi « sexuel » dans le deuxième cas que dans le premier, mais en creux, et soulève des hypothèses psychopathogéniques chez certains enfants ayant des retards de puberté

Retard pubertaire chez une fille

Sophie, 13 ans et demi, arrive en consultation renfrognée, la cage thoracique rentrée dans les omoplates. Elle est de taille moyenne, très mince, n'a aucun signe de puberté. Elle a mal au ventre, se plaint de brûlures, de troubles du transit, supporte mal les journées de classe. Elle n'aime pas manger et doit se forcer. Elle ne s'entend pas du tout avec sa mère et exige de sortir de la pièce lorsque je parle avec celle-ci. A mes questions concernant sa puberté, et comment elle vit ce retard, elle me signifie que tout cela n'a aucun intérêt et que le plus tard sera le mieux. Je cherche avec la maman (difficilement, car elle est très culpabilisée) des pistes pour expliquer ce non-investissement de son corps par Sophie. La maman me parle de Sophie qui est la deuxième de trois filles sur un ton un peu décalé, regrettant son incompétence. Les seuls faits qui émergent sont que Sophie est née « au mauvais moment », à une période où le père était absent pour des raisons professionnelles, où le couple n'allait pas bien, où la mère était isolée et débordée dans une ville de province et probablement déprimée. A l'entendre, on ressent plus que de l'ambivalence. Il semble qu'elle n'a pas pu montrer de plaisir et de désir avec cette petite fille, et qu'elle n'aime pas son corps. Sophie réprime tout investissement érotique de son corps.

.... Chez un garçon

Benjamin souffre de douleurs abdominales fonctionnelles multiples et impressionnantes, qui inquiètent beaucoup ses parents. Il est l'aîné de quatre enfants, a 14 ans, rentre en troisième. Il est rond et poupin, avec une adiposité un peu gynoïde, et n'a aucun début de puberté. Les parents élèvent leurs quatre enfants en bloc, sans distinction d'âge et se relaient au travail et en vacances pour mieux s'en occuper. Lorsque j'évoque doucement le retard pubertaire de B., le père, seul présent avec lui à la consultation, me répond, comme surpris : « ça ne nous a jamais inquiétés, d'autant que c'est l'aîné ». B., lui, semble satisfait d'avoir quelques explications rassurantes et encourageantes de ma part et accepte volontiers ma proposition de rendez-vous avec un endocrinologue.

Un couple uni dans la souffrance

Ils viennent toujours ensemble à la consultation : la mère grande belle femme habillée de couleurs chatoyantes, et le fils Fabien, 14 ans, grand et fort (1m82, 68 Kg), à la puberté franchement établie. Il a des douleurs abdominales paroxystiques épigastriques et périombilicales, manque le collège (classe de 3^{ème}) depuis 4 semaines, et m'est adressé pour une fibroscopie par un gastroentérologue d'adultes. L'examen est normal, je le revois au décours, et la douleur me semble plutôt colique, avec une stase stercorale. Fabien est souriant, un peu frimeur, nie toute anxiété, ne donne pas d'argument pour une phobie scolaire, bien qu'il n'arrive pas à retourner en classe. La situation s'aggrave au fil des jours, la mère me téléphonant tous les trois jours pour m'interroger en me donnant des détails sur le transit intestinal de son fils et sur la dose de forlax qu'elle lui donne. F. a maintenant une alternance de diarrhée et de périodes de constipations, et s'alimente mal (perd 2 Kg). Il a également une période de brûlures mictionnelles pour lesquelles il a consulté entre temps un urologue et eu des examens d'urines. « Il n'a vraiment pas de chance d'avoir tout ça », me dit la mère sans faire de lien entre tous ces troubles fonctionnels. J'apprends lors d'une consultation que le jeune frère de la mère est décédé à 23 ans d'un cancer colique (« Il est mort quand je suis né », dit F.). Lorsque je soulève l'hypothèse d'un examen à faire pour vérifier l'absence de pathologie digestive basse chez F.

devant les antécédents familiaux, il réagit très violemment par une forte angoisse, et me dit qu'il ira mieux quand il aura passé son BEPC. Durant toutes ces consultations, la mère regarde son fils comme si elle souffrait pour lui, en le plaignant, dans une grande proximité des affects et des sensations. Elle me parle de son mari, suivi pour dépression depuis l'âge de 25 ans environ, qui, après avoir eu de hautes responsabilités et avoir beaucoup voyagé a « tout plaqué », et ne travaille plus. Il vit à la maison et va beaucoup mieux. Elle-même ne travaille pas. Elle m'explique qu'ils « tournent autour » de F., redoutant qu'il ne débute une pathologie dépressive. Il y avait dans cette histoire une négation initiale de toute cause psychogène chez Fabien, une fixation de la mère sur le transit intestinal puis les symptômes mictionnels, avec probablement une angoisse de mort sous-jacente. Je me suis surprise à imaginer que Fabien et sa mère vivaient probablement dans une relation oedipienne « brûlante », et que peut-être était-il un peu jaloux de savoir que ses deux parents menaient une vie agréable a la maison pendant que lui devait aller au collège ? La situation s'est complètement améliorée sur le plan symptomatique avant même qu'ils consultent le psychothérapeute que je leur avais indiqué, à leur demande. La reprise du collège sera très difficile et l'absentéisme aura duré presque cinq mois, émaillé de reprises de quelques jours...

Il y a sur ce versant hystérique de la conversion, par rapport au versant psychosomatique, une différence dans la dynamique du symptôme : il va de l'avant, lance un appel à la symbolisation, même si elle est non initiée ou fruste, un message. L'aspect psychologique est moins dénié. Ces situations sont plus facile à mobiliser, à mettre en mots et en hypothèses, de meilleur pronostic, sauf si une névrose hystérique est installée ou, si malgré des efforts, il persiste une incompatibilité entre les parents et enfant et une impossibilité de mettre du lien, de la conciliation, de trouver un terrain d'entente et de compréhension et un langage commun concernant le corps sexué de l'adolescent et ses difficultés.

Il existe des dyades mère-enfant (plus souvent fille) où la projection et l'identification de l'hystérie maternelle sont inéluctables et sans appel.

Les formes intermédiaires ou mixtes de conversion sont très fréquentes, en particulier durant la phase de latence : on peut observer par exemple des situations de « colopathie fonctionnelle » invalidante avec des troubles de la motricité intestinale, du transit et des phénomènes douloureux où les manifestations corporelles ne sont pas des expressions directes fonctionnelles de l'angoisse, mais sont : plus atteintes que dans la

conversion hystérique ; plus symboliques que dans la situation psychosomatique ; moins lésionnelles qu'en psychosomatique ; et justifient un traitement médicamenteux somatique qui les améliorent.

Dans la configuration « hystérique », la frontière entre « refoulement et « répression » peut-être ténue et donner l'illusion d'un défaut de mentalisation.

Les passages existent : à côté des formes où le fil rouge sexuel existe, dans certaines conversions le conflit sous-jacent est plus archaïque, existentiel, ce qui n'empêche que le sens du symptôme affleure à la surface du conscient, proches de ce que J. McDougall nomme l'hystérie archaïque qui résonne, comme nous le verrons bientôt, avec l'Œdipe archaïque Kleinien.

Un accroc développemental psychosomatique peut acquérir secondairement une valeur symbolique et être repris dans une configuration hystérique (hystérie virtuelle, symbolisation virtuelle ?), l'enfant réutilisant le frayage somatique pour un autre sens. L'enfant peut être psychosomatique dans un domaine, et « accéder » à l'hystérie dans un autre.

On observe également des passages plus ou moins conscients de l'hystérie à la simulation et inversement.

Enfin, le symptôme peut avoir une valence différente pour l'enfant et les parents. L'important est de prendre la mesure de la souffrance psychique sous-jacente en évitant les contre-attitudes ou en les analysant, et en se gardant de dénonciation vis-à-vis des parents. Il faut profiter de la richesse du symptôme hystérique dans ce qu'il incite à rechercher.

4 LE ROLE DU PEDIATRE : Un sas entre le symptôme et sa mise en sens

Pour le pédiatre, il est difficile de différencier les formes floues, mixtes, frontières, variables, surtout lors d'une première consultation et

dans le cadre dont il dispose. Cela conditionne, pourtant, une partie de son intervention thérapeutique.

M'inscrivant dans la tradition de l'enseignement de Léon Kreisler, je suggère que le rôle du pédiatre ne se limite pas à l'évaluation somatique, mais consiste à pointer la conversion et à évaluer, dans un préabord psychodynamique, la psychopathologie sous-jacente, les composantes réactionnelle, défensive, interactive, le niveau de symbolisation ou d'appel à symbolisation, la dimension de simple défaillance ou d'effondrement somatique, la dépressivité.

Pour l'enfant, il doit œuvrer à la recherche du sens du message.

Les outils dont il dispose sont :

- son écoute, son attention, son intérêt pour l'enfant
- Une empathie particulière
- L'expérience acquise, son intuition, sa sensibilité
- Sa culture en psychologie développementale et psychanalyse, les échanges et la collaboration avec le psychanalyste
- enfin, une forme de créativité, d'imagination, qui constitue sa « capacité de rêverie ».

4.1 L'empathie du pédiatre

Dans mon expérience, l'empathie du pédiatre est double, corporelle et psychique, entre empathie et sympathie, avec une attention simultanée au corps et à la psyché.

L'empathie corporelle concerne les signes physiques et ce que décrit l'enfant avec ses paroles et ses attitudes. Est-il « malade » ou non, douloureux ou non, montre-t-il une tension physique, des bouffées de décharge émotionnelle ou des crises d'angoisse ? Elle permet de se représenter physiquement en la « ressentant » la pathologie somatique de l'enfant par une identification corporelle.

A force d'expérience et d'attention, et avec la description des enfants, on reconnaît physiquement des douleurs de colopathie fonctionnelle, des douleurs de colite vraie inflammatoire ou infectieuse, des spasmes

d'angoisse, et ce ressenti corporel participe à l'intuition et à l'orientation des hypothèses étiologiques.

Qu'en est-il pour cet enfant, de son investissement du corps, de son érotisation ? Y a-t-il du pulsionnel, du sexuel sous-jacent, de la répression ou du déni, du refoulement ou de l'exacerbation ? Ressent-on de l'agressivité, de la dépressivité ? S'agit-il plutôt d'angoisses archaïques ? On se sert de sa capacité de résonance physique et émotionnelle.

Cette empathie physique et psychique (Identification hystérique ? contre-transfert corporel ?) a un intérêt diagnostique et thérapeutique (Le corps souffre, ou le corps parle...), va orienter les questions et être la base de l'élaboration d'hypothèses étiologiques

Parallèlement à l'anamnèse psychosomatique, à l'examen clinique, l'observation des interactions et réactions de l'enfant et des parents informe sur la façon dont les parents accueillent le symptôme, les étapes actuelles du développement psychosexuel de leur enfant, les difficultés de l'adolescence, sur l'aide offerte ou la répression opposée, les projections pathogènes, l'ambivalence mal élaborée. Certains adolescents, malgré eux, rappellent à un parent son adolescence épouvantable et risquent d'en payer les frais. Dans d'autres cas, on sait comme les sentiments incestuels peuvent flamber de part et d'autre à l'adolescence.

Durant cette première consultation on offre une contenance, une « porosité » aux informations et projections, on se laisse pénétrer par les affects. C'est un co-senti physique et psychique des affects et des conflits que l'on peut tenter d'évoquer après-coup pour en élaborer la symbolisation. On tente d'apprécier le registre du symptôme pour l'enfant et les parents, et on demande à l'un et aux autres s'ils ont des hypothèses étiologiques ou des craintes devant ces douleurs abdominales. Ceci est souvent la source de surprises intéressantes devant les discordances entre leurs théories explicatives, s'ils en ont.

4.2 Conflits, tension, message ? Fonction de médiation du symptôme.

Cela inaugure un travail souvent difficile de recherche de sens, de décryptage lorsqu'il est possible.

Concernant les douleurs abdominales, je retiendrai la place centrale de l'angoisse et des conflits, la face parfois cachée de la dépression, à la croisée des chemins des phases du développement psychosexuel. Sans être systématique ni exhaustif, ce qui est fastidieux et à risque d'échec, il faut pouvoir jongler avec plusieurs grilles de lecture et se laisser guider par son intuition. Les situations pathologiques dans lesquelles s'inscrivent les douleurs abdominales sont très nombreuses⁵, concernent toutes les phases de la séparation-individuation, de la différenciation sexuelle et les étapes de la sexualité infantile. Le symptôme est parfois un lien, un moyen de communication ou une sorte d'objet transitionnel entre la mère et l'enfant.

On peut partager une interrogation, exprimer des hypothèses, créer des ouvertures à l'aide de sondes interprétatives adaptées au niveau pressenti.

4.3 Interprétation « somatique », rêverie du pédiatre et hypothèses psychodynamiques

Mettons à part les situations où il existe une pathologie lésionnelle que l'on traitera. Dans les autres cas, le pédiatre se sert de son « intuition somatique » : dans les situations psychosomatiques on ressent l'envie de traiter, car cela peut être efficace et utile en raison de l'existence d'une composante somatique fonctionnelle. A l'inverse, « l'hystérique » mettra tout en échec sur le plan somatique, ce qui peut

⁵ On peut s'orienter vers les angoisses archaïques ; les angoisses de séparations de tous ordres ; les conflits oedipiens, internes ou externes ; les conflits internes d'ordre sexuel, les troubles de la détermination sexuelle ; les situations familiales pathogènes, les difficultés sociales ; les sévices ; les situations incestuelles ou incestueuses ; les difficultés scolaires ; les troubles relationnels avec les pairs ; les phobies scolaires, dont les douleurs abdominales sont souvent un signe annonciateur, car elles viennent justifier un absentéisme souvent impressionnant qui masque la phobie. On sait cependant que ces phobies sont à interpréter dans le cadre de difficultés de séparation d'avec la mère ; la dépression sous tous ses aspects plus ou moins masqués.

être constaté lors d'une seconde consultation et repris dans les arguments pour rechercher une étiologie d'ordre psychogène avec l'enfant et les parents.

Concernant l'aspect psychodynamique, chaque situation est une énigme. Le pédiatre peut se forger des hypothèses, selon son ressenti, ses associations, et sa propre grille de lecture interne en laissant aller sa « capacité de rêverie ». Il ne s'agit pas d'une co-pensée mais plutôt d'une métaphorisation qui est un travail d'intuition, de créativité, d'imagination. Comme toute improvisation, elle se construit à partir d'un cadre qui est constitué des échanges préalables et du ressenti, et selon le fil guide de l'expérience et de la théorie. Les hypothèses interprétatives ne peuvent souvent pas être partagées avec la famille. On les garde souvent « par devers soi », mais elles constituent une sorte de halo de psychisation autour de ce symptôme qui nous était présenté comme brut. La réflexion est à disposition de l'enfant et de sa famille.

Il est fréquent que cette réflexion n'ait lieu qu'après la consultation. Il s'agit alors d'une sorte de pari que l'on pourra réévaluer lors de la deuxième consultation.

(Il m'arrive d'imaginer un véritable roman devant une situation qui m'est présentée dans une ambiance plutôt mutique ; peu importe le caractère totalement fictif de cette construction si elle me sert à mieux comprendre et à aider cet enfant)

4.4 Prise en charge thérapeutique globale : somatique et psychique

Il y a un travail pédagogique en direction des familles, parents et grands enfants capables de le comprendre, des autres médecins somaticiens et parfois des psychothérapeutes à expliquer l'intrication du

somatique et du psychique (Certains se servent d'un schéma du « brain-gut axis »).

On explique et on rassure sur le plan somatique sans banaliser la douleur. En cas de douleur fonctionnelle avec signes physiques objectifs, il me semble important de proposer un traitement médical ou diététique adapté, en expliquant son but et sa justification, et en précisant toujours le caractère plurifactoriel de la douleur.

Il est souvent bénéfique de faire progresser l'enfant dans son schéma corporel : poser des questions, donner des explications concernant la puberté, en particulier rassurer les filles en phase prépubertaire sur les fonctions et possibilités de leur « ventre », inviter les mamans à donner des explications à leurs filles avec des livres, essayer de détoxiquer des projections excessivement libidinalisées de la mère.

Dans le domaine psychopathologique, il faut trouver le bon niveau d'échanges, ni trop ni trop peu, appréhender la position de la famille et de l'enfant. Une erreur serait de plaquer des interprétations hâtives trop « belles », car il serait trop simple pour l'enfant et sa famille de les réfuter en bloc. Il faut éviter de projeter du symbolique, verbal, là où il n'existe pas encore.

On part des hypothèses étiologiques de l'enfant et de la famille. Il s'agit souvent de familles où l'expression des conflits et affects est difficile et où l'éventualité d'une sexualité infantile ou génitale émergente est ignorée ou scotomisée... On crée des ouvertures, on tend à psychiser le problème, à établir des liens entre psyché et soma et entre les affects des différents protagonistes.

Si la famille n'est pas prête à la recherche d'une cause psychogène au symptôme, on reste dans la contenance et la détente qui permettent peut-être de libérer un peu la répression. A l'inverse, il ne faut pas rester dans le mécanique et le déni du psychique.

Même si elles ne sont pas énoncées, il me semble capital que le pédiatre puisse en lui-même se construire des hypothèses interprétatives car seule la richesse de ses représentations et associations, de sa capacité

de penser, et les liaisons qu'il tentera d'établir entre affects, conflits et symptôme donneront un pouvoir thérapeutique à sa contenance.

Ces hypothèses peuvent être échangées et élaborées dans un travail collaboratif avec le psychanalyste, et/ou être réévaluées et « utilisées » lors d'une deuxième consultation.

Cette consultation est donc un sas vers la compréhension du symptôme.

L'intervention du pédiatre est une alchimie originale thérapeutique psyché-soma, dont la partie psychique repose sur l'attention, la contenance, l'élargissement du champ de pensée, l'intérêt montré pour l'existence psychique de l'enfant, l'affect, le sexuel, une certaine déculpabilisation et une ouverture à l'échange

4.5 Collaboration

La prise en charge globale de l'enfant et de son symptôme repose sur une collaboration entre pédiatre et psychanalyste, et ces situations en montrent tout le relief et la richesse diagnostique et thérapeutique.

La collaboration est le plus souvent indirecte. Le psychanalyste apporte l'aide de la théorie, de ses propres développements et hypothèses. Il est pourvoyeur de sens et de métaphores. Cette collaboration est pour le somaticien un ballon d'oxygène, un espace d'expansion et de développement des fantasmes, conflits et tensions issus de la situation.

Dans certains cas la collaboration est aussi directe pour une évaluation et une prise en charge de l'enfant et/ou de la famille. Les situations relevant d'une prise en charge complémentaire sont rapidement repérées au fil des consultations⁶ mais pas toujours faciles à adresser en raison des réticences de la famille. Ce sont probablement les situations les plus « psychosomatiques », peu accessibles à la mise en sens (et peu

⁶ Il peut s'agir d'une névrose hystérique ou d'un fonctionnement psychosomatique installés, d'une dépression de l'enfant ou de troubles du développement, de situations familiales pathogènes.

demandeuses !), qui nécessiteraient un travail en profondeur, qui sont les plus difficiles à mobiliser, et finalement de pronostic plus réservé.

5 LA PHASE FÉMININE

5.1 Vairéa chez le psychanalyste

Je reçois Vairéa D, sept ans en compagnie de sa mère à mon cabinet en libéral. Elle m'est adressée par un pédiatre qui a diagnostiqué une « colite spasmodique ». Raconté par la mère, le médecin aurait dit : « il n'y a rien d'organique, c'est dans la tête ! ». Ce « mal de ventre » dure depuis « quatre/cinq ans », le soir surtout avant d'aller au lit. Madame dit avec une tendresse qui n'est pas sans évoquer une certaine connivence : V n'aime pas les contraintes ni en famille, ni à l'école.

Depuis la rentrée (environ trois mois), la fréquence des « crises » a augmenté et elles sont sanctionnées par des pleurs. La mère évoque la présence à l'école de deux maîtresses, l'une étant beaucoup plus sévère que l'autre et que les précédentes. V acquiesce les propos de sa mère en hochant la tête.

L'anamnèse de la première consultation met en exergue les éléments suivants :

- De la fin du congés maternité jusqu'à l'âge de 4 ans, V est gardée par sa grand-mère paternelle réputée dit Mme D par son anxiété et sa « passion pour les enfants ». Cet attachement se serait décuplé à la mort du grand-père paternel. Ce deuil aurait beaucoup affecté sa femme et l'ensemble de sa famille.

- À trois ans, V perd son statut de fille unique « adulée » par ses parents et sa grand-mère dit Mme D. Ses premiers départs difficiles à l'école datent de cette époque où elle ne supporte pas de laisser son frère avec sa grand-mère et de partir pour l'école.

- La famille déménage pour un logement plus spacieux. V, quatre ans vit mal cet éloignement. Mme D arrête de travailler à contre cœur pour garder les enfants.

- Enceinte de trois mois de son troisième enfant, une fille née il y a deux ans, la mère et le père ont un accident de la circulation en moto. Le père est indemne mais la mère se fracture la hanche et a six mois d'immobilisation et de rééducation jusqu'à la fin de la grossesse. Les maux de ventre apparaissent à cette époque. de V font désormais partie de la vie familiale.

- Mme D insiste sur un point : ce qu'il l'a décidé à suivre les conseils du pédiatre l'invitant à me consulter c'est la prise de parole impromptue de V alors qu'elles étaient toutes les deux dans la voiture : « Maman, je ne veux pas que tu meures ». Elle décrit alors de nombreuses répétitions de ce même scénario accompagnée de « collages » et d'agrippement à la mère. Mme D se tourne vers sa fille et lui pose la question : Tu as toujours peur que je meure ? Oh oui répond V en se blottissant contre elle.

- Mme D a « depuis toujours » des maux de ventre quand « elle est énervée.

Dés ce premier RV, V accepte de discuter en présence de sa mère avec moi. Elle affirme un statut de petite fille timide mais dit clairement d'emblée combien tout ce qu'a raconté sa mère « tourne souvent dans sa tête » et elle revendique sans ambages son intérêt pour une rencontre seule avec moi lors d'une prochaine rencontre.

Lors de la rencontre suivante, les deux parents sont là à ma demande et je passe d'abord une demie heure avec V. Elle dessine très méticuleusement une petite fille au bord d'une rivière où apparemment tout est calme. Alors que je la questionne sur l'évolution de l'histoire, rapidement la rivière se transforme en rapide et le risque de noyade survient pour une dame et un monsieur qui pêchent. L'inondation s'apaise car la petite fille connaît les poissons de la rivière et leur demande de dire à la rivière de se calmer, ce qu'ils font efficacement.

Le père, peu prolix, se montrera initialement en difficulté pour mettre en mots sa douleur suite au décès de son père. Très défendu, il banalise ensuite totalement l'impact psychologique de l'accident de moto tout en reconnaissant « l'année difficile » passé par sa femme enceinte.

Lors du troisième RV, les maux de ventre ont disparu. V raconte que sa mère, qui garde tous ses dessins, a regardé avec elle et son père ceux de l'époque de la période après l'accident. Le père beaucoup moins défendu que la dernière fois, défend lui même l'idée que « toute la famille a passé un mauvais quart d'heure » ! Mme D en profite pour dire « oui nous ne parlons pas assez à la maison quand on a un soucis ». La consultation se termine autour d'une évocation du dessin du jour de V et sur l'intérêt « d'échanger sur ce qui se passe dans le ventre à mesure que le temps passe » !. Un RV trois mois plus tard est décidé.

5.2 Phase féminine chez M.Klein (1928, 1931,1945)

Dans le cadre de ses successives descriptions de l'Œdipe archaïque très précoce de l'enfant, M. Klein a défendu pour les deux sexes une phase féminine qui précède l'orientation vers le père. Dans la clinique des douleurs abdominales de l'enfant, elle trouve ici toute son acuité. L'originalité –et la modernité !- de Klein tient au fait qu'elle met en parallèle l'envie féminine du pénis (complexe de masculinité) avec l'envie masculine de la maternité (complexe de féminité).

« À cause des tendances destructrices qu'elle entretenait contre le corps de sa mère (ou contre certains organes de ce corps) et contre les enfants qui se trouvaient dans le ventre maternel, la fille s'attend à être punie par la destruction de ses propres aptitudes à la maternité, de ses propres organes génitaux et de ses propres enfants » (1928).

La petite fille désire détruire sa mère, la couper en morceaux, la dévorer mais surtout s'approprier le contenu du ventre maternel : les fèces, le pénis du père et les enfants réels ou imaginaires. Par conséquent, elle introjecte une mère blessée dont elle redoute les attaques vengeresses et dont elle se défend par des contre-attaques

fantasmatiques de plus en plus sadiques sous l'influence d'un surmoi tyrannique oral et anal qui la menace en retour.

Comme la fille, le garçon passe par une première phase féminine de rivalité sadique orale et anale avec la mère. Contrairement à la fille cette position étant conforme à son orientation génitale, elle sera maintenue lors de l'Œdipe classique. « Les tendances à voler et à détruire concernent les organes de la conception, de la grossesse et de la parturition, dont le garçon soupçonne l'existence chez sa mère, ainsi que le vagin et les seins, fontaines de lait, qui sont convoités en tant qu'organes de réceptivité et de générosité depuis le temps où la position libidinale était purement orale (1928). (...) une identification très précoce avec la mère au cours de laquelle le garçon désire porter un enfant dans son sein. Dans cette position féminine, le garçon subit une frustration irrémédiable de son désir féminin de maternité, frustration qui est à l'origine du « complexe de féminité » des hommes. »

Chez la petite fille et le petit garçon, le passage de l'envie des fèces de la mère (premier stade sadique anal) à l'envie des fèces « représentant maintenant un équivalent de l'enfant », constitue un des points de passage vers la phase de féminité. Le deuxième est l'envie du pénis paternel : « La phase de féminité se caractérise donc par une angoisse liée au ventre maternel et au pénis du père ».

5.3 Vairéa et la phase féminine

En s'étayant sur des événements factuels objectivement influents et ayant recours à la théorie kleinienne comme à une poésie théorique nourrissant la rêverie du thérapeute, il est possible d'envisager chez Vairéa l'hypothèse d'attaques envieuses sadiques-anales sur le contenu du corps maternel. L'accident de moto a donné une concrétude démesurée à ces identifications projectives et, surtout, à la terrible culpabilité surmoïque. La communication fantasmatique mère/fille par ventre interposé peut se comprendre comme la confrontation d'une mère

enceinte mais handicapée marchant avec des béquilles et d'une fille envieuse et détentrice d'attributs maternels, mais douloureuse.

L'intensité « chronique » des angoisses de séparation mère/fille, grand-mère/petite fille est sans doute la toile de fond dans laquelle vient se déployer ce scénario oedipien.

C'est en tout cas une poésie théorique qui accompagne la rêverie et la présence du psychanalyste accueillant Vairéa, déesse des eaux mettant en scène un débordement de la rivière mais trouvant aussi un compromis avec les poissons (dans le ventre de la rivière ?!).

6 CONCLUSION

Les douleurs abdominales, plaintes issues du ventre de l'Œdipe archaïque, sont à l'étroit dans le carcan d'un registre pédiatrique purement somaticien ! Nous avons défendu ici pour les accueillir, un cadre psychosomatique bi-disciplinaire.

Le symptôme, ainsi abordé sous l'angle de *la conversion somatique*, traduit une diversité des registres psychopathologiques sous-jacents et respecte le caractère évolutif de la situation : il survient chez un enfant en développement, en pleine mutations corporelles et psychosexuelles sur fond de plasticité psychique.

À l'issue de cette exploration « cinématographique » des douleurs abdominales, une hypothèse s'impose : il existe ici un *continuum* entre symptôme psychosomatique et hystérique, et entre une symbolisation faisant totalement défaut, une symbolisation absente mais virtuelle et une symbolisation explicitement présente.

In fine, ce périple clinique avec les douleurs abdominales est donc aussi une invitation à dépasser nos actuels paradigmes théoriques psychopathologiques « photographiques ». Ceux-ci risquent de scotomiser la mouvance du symptôme et de donner au thérapeute une vision statique inopportune pour appréhender avec empathie le rythme évolutif de la partition musicale de l'Œdipe archaïque de l'enfant ventriloque.

Boige, S., Missonnier, S. (2004). Les douleurs abdominales chez l'enfant. *Revue Française de Psychosomatique*, N°26, 119-146.

BIBLIOGRAPHIE

Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain : a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33 : 165-70

Boey CC, Omar A, Arul Phillips J.(2003), Correlation among academic performance, recurrent abdominal pain and other factors in Year-6 urban primary-school children in Malaysia. *J Paediatr Child Health*. 39(5):352-7.

Boey CC, Goh KL. (2002), Psychosocial factors and childhood recurrent abdominal pain. *J Gastroenterol Hepatol*. 17(12):1250-3. Review

Boey CC, Goh KL. (2001) The significance of life-events as contributing factors in childhood recurrent abdominal pain in an urban community in Malaysia. *J Psychosom Res*. 2001 Oct;51(4):559-62.

Boige N., Missonnier S., Bellaïche M., Foucaud P. (1999). Abord psychosomatique de l'encoprésie. *Archives de Pédiatrie*, vol. 6, n°12, 1331-1337.

Boyle T. (1996), Chronic abdominal pain. In : *Pediatric Gastrointestinal Diseases*. Walker, Durie, Hamilton, Walker-Smith, Watkind, 2nd Ed. Mosby, St Louis, 1996, pp. 211-26

Cramer B. (1977) Vicissitudes de l'investissement du corps : symptômes de conversion en période pubertaire. *Psychiatr Infant*, XX; 1 : 11-127.

Dupont C., Boige N. (2000), Peptides régulateurs digestifs. In : *Gastro-entérologie Pédiatrique*. J. Navarro, J. Schmitz, Flammarion Médecine-Sciences. Pp116-127

Golse B. (1996), Les troubles psychosomatiques – Le point de vue du psychiatre d'enfants. *Le Carnet-Psy*, 22 : 18-22

Klein M. (1928), Les stades précoces du conflit oedipien. In : *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1987

Klein M. (1931), Contribution à la théorie de l'inhibition intellectuelle. In : *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1987

Klein M. (1945), Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces. In : *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1987

Kreisler L. (1992) Contexte anxio-phobique – Douleurs abdominales récurrentes dans la grande enfance. In : *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Dunod, Paris, pp 95-99

Boige, S., Missonnier, S. (2004). Les douleurs abdominales chez l'enfant. *Revue Française de Psychosomatique*, N°26, 119-146.

Lebovici S. (1974), A propos de l'hystérie chez l'enfant. *Psychiatrie Enfant*, 1974, XVII; 1: 5-52

Lebovici S. (1998), L'arbre de Vie. In : Lebovici S. *Éléments de psychopathologie du bébé*, Toulouse, Eres, 326 p.

Lebovici S. (2002), Le Bébé, Le Psychanalyste et la Métaphore. Editions Odile Jacob.

McDougall J. (1989), *Théâtres du corps*. nrf Gallimard.

Mille C., Delobel S., Lombard M. (1990), Les douleurs abdominales chez l'enfant : approche psychodynamique. *Psychol Med* ; 22 : 1123-6

Missonnier S., Boige N. (1998), L'encoprésie de l'enfant, une réévaluation du concept et du traitement. *Psychiatrie de l'enfant*, XLI, 1, 87-161.

Missonnier S., Boige N. (1999), Je reflue donc je suis, Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson. *Devenir*, vol.11, n°3, 51-84.

Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ, Staiano A. (1999), Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 45 (Suppl II) : 1160-68

Séguret, S. (dir.), (2004), *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*, Toulouse, Érès.

Sirol F. (1985) Les douleurs abdominales récurrentes de la grande enfance et de l'adolescence. In : *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF, pp:1799-1810

Vincent M., Lebovici S. (1985), L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. In : *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF, pp: 1091-1103

Résumé

Les auteurs proposent une réflexion bidisciplinaire sur les douleurs abdominales de l'enfant. Après une revue pédiatrique et psychosomatique, le symptôme est envisagé sous l'angle de la conversion somatique, qui traduit la diversité des registres psychopathologiques sous-jacents et respecte le caractère évolutif de la situation : le symptôme survient chez

Boige, S., Missonnier, S. (2004). Les douleurs abdominales chez l'enfant. *Revue Française de Psychosomatique*, N°26, 119-146.

un enfant en développement, sur fond de mutations corporelles et psychosexuelles et de plasticité psychique. *In fine*, une hypothèse s'impose : il existe un *continuum* entre symptôme psychosomatique et hystérique, et entre une symbolisation faisant totalement défaut, une symbolisation absente mais virtuelle et une symbolisation explicitement présente. Quel que soit le degré d'émergence symbolique du symptôme, il mérite d'être envisagé chez la fille et le garçon à la lumière de la théorie kleinienne de la phase féminine.

Mots clés : douleurs abdominales, enfant, symptôme psychosomatique, symptôme hystérique, conversion somatique, empathie, collaboration pédiatre-psychanalyste, phase féminine.