

Pierre Loeb

Psychosomatique – intégration ou polarisation?

Conférence en introduction au congrès «Où commence la guérison? – options critiques dans le traitement des troubles somatoformes» du 10 novembre 2007

«Trouble somatoforme» n'est pas une expression courante, pratiquement personne ne l'utilise dans la rue. Ce qui n'est pas du tout le cas de «psychosomatique». Même si très peu de gens en ont une idée claire, le diagnostic «c'est psychosomatique» est posé par des profanes déjà – cela commence à l'école, en famille, au travail ... et naturellement en médecine, lorsque aucune étiologie organique ne peut être trouvée pour expliquer la situation. Et tout comme la dépression ou d'autres maladies psychiques, les troubles psychosomatiques ne sont pas estimés à haute valeur sociale. Ils ont une certaine importance comme signal précoce: pour un stress imminent – «tu t'es surchargé», «cela te tombe sur l'estomac», «tu es grillé», «tes nerfs sont à bout», etc. Ou comme modèle explicatif: «quand la moutarde monte au nez» ou «le cœur se brise» – vous connaissez tous ces exemples. La psychosomatique est ici une manière «globale» de voir les choses.

Pas seulement dans les médias et talkshows – en médecine aussi elle est devenue une science de base: le fait de considérer l'organisme sur le mode dualiste (polaire) comme une machine très complexe avec des maladies comme usures à réparer a été remplacé par une vision bio-psycho-sociale multifactorielle [1, 2]. Cette connaissance intégrative des relations bio-psycho-sociales (selon Engel [3, 4]) est actuellement un véritable bien public. Nos clientes et clients en font eux-mêmes l'expérience, à cause de:

- rationalisation et mesures d'économie,
- profession toujours plus dure dans un marché du travail toujours plus agressif,
- pression permanente – jusqu'au mobbing,
- stress permanent, doubles exigences stressantes (pas seulement pour les femmes!),
- isolement, exclusion,
- migration, violence, terreur, guerre et torture,
- catastrophes environnementales.

Tout cela peut donner surcharges psychiques, burnout, impuissance sexuelle, pornographie sur Internet, alcoolisme et toxicomanie, délabrement des structures familiales et divorces, violence conjugale, violence scolaire ou même maladies psycho- et purement somatiques.

L'élaboration de la douleur et du stress se fait dans les mêmes structures cérébrales.

Ces relations psychosomatiques (déjà presque triviales) sont cependant généralement connues – du moins devrions-nous le penser.

Des découvertes neurobiologiques fascinantes ont été faites ces dernières années, qui nous aident à com-

prendre de manière très différente les patients souffrant de douleurs. Ces nouvelles connaissances sur la mémoire douloureuse et la plasticité du cerveau, le fait de savoir pourquoi l'élaboration de la douleur et du stress se fait dans les mêmes structures cérébrales, ont révolutionné notre compréhension [5–7]. Des lésions physiques activent ce système de stress tout comme les contraintes psychosociales. Les anciennes expériences de stress psychique et biologique (troubles relationnels, «childhood adversities» [8]) ont pour conséquence une fonction limitée du système de management du stress et peuvent donner une dysfonction à vie de son élaboration. Mais le fait de se trouver exclu («social exclusion») provoque une douleur sociale et physique [9]: les enfants souvent battus ou maltraités ont des cicatrices psychobiologiques et «comportementales» pouvant provoquer des perturbations émotionnelles et cognitives, avec:

- stratégies immatures de maîtrise des conflits significativement plus fréquentes,
- estime de soi diminuée,
- compétence sociale limitée,
- comportement à risque pour la santé (et souvent sexuel),
- risque de retraumatisation,
- alcool, drogues et autres automutilations.

Il en résulte:

- troubles dépressifs et anxieux,
- troubles somatoformes et dissociatifs,
- stress post-traumatique et graves troubles de la personnalité.

Nous trouvons aussi une incidence accrue de:

- diabète (type 2),
- accident vasculaire cérébral et cardiopathie ischémique,
- hépatite ou bronchopneumopathie chronique obstructive, etc.

Et encore: nous trouvons des facteurs de protection compensatoires (ce qui nous intéresse dans l'optique de la résilience, à savoir les cas dans lesquels des facteurs de protection suffisants préviennent une maladie malgré des performances supérieures à la moyenne et des expériences stressantes préalables):

- chez un parent empathique et fiable (les mères célibataires par exemple devraient être soulagées),
- dans une bonne relation à long terme avec au moins une personne «mothering»,
- chez les grands-parents,
- en cas d'engagement social (par ex. société de jeunesse, école, club sportif, église, etc.)
- en cas d'intelligence supérieure à la moyenne,
- avec un tempérament robuste et appréciant les contacts,
- en cas de fondation ultérieure d'une famille à vie,

- personne de soutien fiable à l'âge adulte,
- sexe: les filles sont moins vulnérables que les garçons.

La psychanalyse et la psychosomatique ont depuis longtemps déjà postulé de telles relations. Mais maintenant, avec l'imagerie diagnostique et de nouvelles grandes études, il est possible de prouver scientifiquement que les traumatismes précoces et l'exclusion peuvent provoquer des troubles somatoformes et des maladies psychiques et somatiques, qui ne deviendront manifestes qu'après plusieurs dizaines d'années.

«Où commence la guérison?» – Cette question fut le thème de notre congrès. Réponse: la guérison commence par la prévention. Dans notre activité de médecin psychosomatique, la problématique est différente: viennent nous consulter des patients ou clients avec leurs troubles psychosomatiques du moment, qui nous présentent n'importe quels symptômes: douleurs vagues telles que céphalées, troubles gastro-intestinaux, dorsalgies, rhumatisme articulaire, fatigue, troubles anxieux ... Maladies non suspectes en soi, difficiles à différencier et ne pouvant jamais être exclues simplement. Ce n'est qu'en prenant tout l'environnement, l'évolution atypique, les histoires annexes (le narratif) que le caractère psychosomatique prend forme. Et là les solutions et options thérapeutiques simples ne marchent généralement pas; les traumatismes sont trop anciens et cherchent précisément à s'exprimer.

Nous voyons dans la psychoéducation de nouvelles possibilités de traitement: nous expliquons à nos patients nos nouveaux concepts et nouvelles connaissances en neurobiologie. La douleur est une mauvaise élaboration dans le cerveau et pas à la périphérie, là où le patient localise ses symptômes. Avec la relaxation et d'autres

techniques, nous tentons de recentrer le patient – tout en nous efforçant de le soutenir, de l'«empowerer» et de l'activer, au lieu de le ménager et de l'immobiliser, comme nous l'avons beaucoup trop longtemps fait par le passé. Comment l'expliquer à mon patient, qui doit retourner travailler le lendemain en pleine forme, sans quoi l'argent viendra à manquer pour la famille? Ou à celui qui ne parle pratiquement pas ma langue, qui a ses dou-

leurs et en a peut-être même besoin, qui s'y accroche et pour lequel ses symptômes physiques ont peut-être une valeur culturelle dont nous n'avons aucune idée?

Comme si souvent la médecine devient le bassin de décantation de carences multifactorielles, politiques, sociales ou économiques, et les conséquences de ces traumatismes se gravent dans l'organisme (psychique et/ou somatique) de l'individu. Un patient vient chercher de l'aide chez nous. Il a parfois besoin d'un certificat (un témoin de son mauvais sort), mais il attend une réparation, une libération de ses douleurs et autres symptômes. Ce n'est toutefois souvent qu'un long processus qui permet d'atteindre un certain coping, un ajustement, un autre contournement, et il est rare d'obte-

nir une disparition définitive de toute la symptomatologie.

Ce que l'on attend de nous, c'est:

- aller à la rencontre de la personne, l'accompagner et la comprendre,
- être prêts à connaître la personne dans son originalité et son unicité,
- la respecter, manifester intérêt et curiosité,
- oser établir une relation avec elle,
- connaître ses souhaits de changement,
- respecter sa souffrance et son potentiel, «caring» et pas «curing», surtout si la guérison ad integrum n'est plus possible.

C'est là que nous exploitons nos compétences en fonction de notre formation et de notre expérience:

- connaissances physiopathologiques, internistes et psychosociales,
- expériences (de la vie) et sens de l'humour,
- nos inspirations – ce qu'Enid Balint appelait si justement «flashes» [10],
- nous nous mettons à disposition comme interlocuteur et agissons comme corps de résonance,
- nous gardons toujours un doute critique et contrôlons notre attitude dans notre relation (médecin-patient) dans des inter- et supervisions.

Et bien que nous devrions penser que tout cela est suffisamment connu, il y a un hic:

- personne ne doit «l'»'avoir, car malheur à celui qui devient «psycho»...
- personne ne veut payer pour ces pseudo-invalides et exploités du système ...
- personne n'a le temps de les traiter... car ces patients sont difficiles, chers et très souvent peu reconnaissants – parce que déconcertants.

Il semble presque que la psychosomatique – qui aimerait véritablement vaincre la dualité, la dichotomie entre Psyche et Soma – fasse soudain la distinction entre malade et en bonne santé, entre patients qui réussissent et ceux qui restent dépendants, demandeurs et coûtent cher à la communauté.

Ce qui semble également valable pour les thérapeutes: ceux qui managent les maladies et ceux qui accompagnent les cas chroniques difficiles.

Il s'agit donc d'un traitement adéquat. Santéuisse a une idée très personnelle à ce propos: elle considère que la psychothérapie est comme une opération. Il y a des examens préliminaires et ensuite la psychothérapie, qui doit être terminée après un temps donné. Mais justement notre clientèle psychosomatique ne respecte pas ces conditions. Tout comme pour d'autres maladies chroniques somatiques, nous devons voir de telles patientes et de tels patients régulièrement, les conduire et les accompagner pendant longtemps.

Etant un médecin généraliste intéressé par la psychosomatique, je reçois chaque année une menace de remboursement de santéuisse, car mes factures trimestrielles par patient sont plus élevées que celles de mes collègues ayant une activité conventionnelle. Je

Ce n'est toutefois souvent qu'un long processus qui permet d'atteindre un certain coping

peux certes expliquer la particularité de mon activité et de ma clientèle, mais la menace reste car mon travail est suspect, ni efficace, ni adéquat, ni économique.

En tant que psychosomaticien, je suis parfois jugé présomptueux par mes collègues, car parler avec le patient est le devoir de tout médecin. Et j'ai souvent l'impression de lire entre les lignes d'un collègue un quasi-triomphe, lorsque je ne suis pas parvenu à éviter à son patient un nouvel examen ou une opération, ni à le garder dans le processus thérapeutique, ce qui peut donner un «doctor shopping» onéreux.

La psychosomatique se promène dans ce «no man's land». Vivement souhaitée par tous et faisant en même temps sourire. Aveuglée par les brillantes possibilités techniques interventionnelles de la microchirurgie, de l'orthopédie ou de la pharmacologie, et par les succès de ces dernières décennies, la médecine académique a trop longtemps négligé ce no man's land. L'être humain étant un être subtil, difficile, complexe, il réagit également à des niveaux que nous ne pouvons pas (encore) atteindre par notre «biotechnologie» (je veux dire par là que nos connaissances révolutionnaires ne sont pas encore applicables en thérapie au même point que d'autres technologies – et ne le seront peut-être même jamais, car l'évolution psychique est toute différente). Nous devons ici nous engager personnellement et agir dans un processus très complexe. Nous devons non seulement toucher (traiter) nous-mêmes, mais être nous-mêmes touchés, concernés – atteints – dans nos propres limites et notre propre vulnérabilité.

Ce ne sont pas les personnes souffrant de troubles somatoformes qui demandent toujours plus d'interventions somatiques; les études ont montré une autre situation: l'intensité des examens somatiques est d'autant plus élevée que les patients se plaignent de leurs problèmes et que le médecin refuse ou limite la discussion sur les problèmes psychosociaux [11]. Nous sommes donc consultés comme médecins ayant une manière sociopsychologique de voir les choses.

Références

- 1 Von Uexküll T, Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke O, Wesiack W (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 6. Auflage, München: Urban & Fischer 2003.
- 2 Von Uexküll T. Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3., völlig überarbeitete Auflage. München: Urban & Schwarzenberg 1998.
- 3 Engel GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535–44.
- 4 Brown T. George Engel and Rochester's biopsychosocial tradition: historical and developmental perspectives. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (Edts.). *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. Rochester NY: University of Rochester Press 2003:199–218.
- 5 Francis DD, Champagne FA, Liu D, Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the development of individual differences in stress reactivity. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896:66–84.
- 6 Hofer MA. On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med*. 1996;58:570–81.
- 7 Meaney MJ. Nature, nurture, and the disunity of knowledge. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;935:50–61.
- 8 Felitti VJ, Fink PJ, Fishkin RE, Anda RF. Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. *Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte*. *Trauma & Gewalt* 2007;2: 18–32.
- 9 Eisenberger N, Lieberman MD, Kipling DW. Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science* 10. 2003;302: 290–92.
- 10 Balint E.. Die Flash-Technik. In: Balint E, Norell JS (Hrsg). *Fünf Minuten pro Patient: eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1975:58–66.
- 11 Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med*. 2007;69(6):571–77

Cet article est une reproduction du livre «Wo beginnt Heilung?» avec l'aimable autorisation des éditions.

Dr Pierre Loeb
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Winkelriedplatz 4
 4008 Basel
 loeb@hin.ch