

Situation d'Impasse Relationnelle et Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin. À Propos d'une Observation de la Maladie de Crohn: L. ou le Bébé en Gestation

J. Gorot*

Resumo

O autor reflecte sobre o modo como o funcionamento psico-afectivo e a vivência relacional do indivíduo podem influenciar o desenvolvimento de determinadas patologias orgânicas.

Salienta ainda a importância que a recordação do conteúdo dos sonhos tem na terapia dos doentes psicossomáticos e faz a análise de um caso de uma doente com doença de Crohn.

Les travaux qui ont essayé de cerner le rôle du psychisme de sujets atteints d'une affection organique se distinguent schématiquement par deux orientations caractérisées par des présupposés théoriques différents.

La première, inspirée par la psychanalyse et essentiellement préoccupée de psychogenèse, vise à établir des corrélations entre des paramètres psychiques et somatiques, entre des traits de caractère ou de comportement et une pathologie organique donnée. Sont ainsi définis: la personnalité de type A et de type B pour la pathologie coronarienne; de type C pour la pathologie cancéreuse; la personnalité alexithymique; la personnalité opératoire.

La seconde orientation ouvre une perspective où puisse se concevoir, par le dépassement du dualisme psyché-soma, l'unité constitutive de l'être humain. Elle considère le corps dans sa double appartenance, simultanée au réel et à l'imaginaire projectif, qui comprend le rêve et l'affect en même temps que les situations conflictuelles dépassables ou non dépassables aux quelles il a été confronté.

Selon les théories psychogénétiques, l'individu de type A se caractérise par une grande compétitivité, une

* Psychiatre et Psychanalyste. Docteur en Psychologie Clinique. Service d'Hépatogastro-Entérologie et de Nutrition CHU Bichat, Paris. Centre International de Psychosomatique.

hyperactivité, la recherche permanente de la réussite sociale et professionnelle, une importante hostilité en grande partie réprimée et l'impression quasi constante de l'urgence du temps. L'équipe de San Francisco ⁽¹⁾ a montré que l'incidence de la maladie coronarienne est multipliée par deux pour les hommes de type A, comparés à ceux du type B, dont le comportement est à l'opposé du type A. Or, les types A et B décrits chez les coronariens, se retrouvent de manière très nette chez des sujets atteints d'un ulcère gastroduodéal ⁽²⁾. L'individu de type C, qui serait en corrélation positive avec les affections cancéreuses, est un être coopératif, non affirmatif, qui supprime tout affect conflictuel et émotionnel et accepte l'autorité extérieure ⁽³⁾. Est-il si différent de la personnalité alexithymique ⁽⁴⁾ qui exerce un contrôle particulièrement grand sur l'expression de sa vie émotionnelle et fantasmatique? Ce discours retenu est désigné par l'école psychosomatique de Paris ^(5,6) comme une pensée carencée en mentalisation. Il s'agit là d'une définition par le négatif et le modèle de référence reste celui de la psychopathologie freudienne. Or, pour Freud, le corps mis en jeu est le corps érotique, le corps libidinal, ie, le corps imaginaire et le symptôme fonctionnel possède un sens symbolique premier. Dans les pathologies organiques à l'opposé, le corps concerné est le corps réel, le corps organique et le sens symbolique ne peut être que surajouté, donné après coup. Et si le discours du malade est littéral,

c'est parce qu'il lui est interdit d'introduire dans la parole reproduite la moindre inflexion subjective. Il s'agit là d'un fonctionnement qui prend appui d'une façon exclusive sur le refoulement réussi de l'imaginaire, un refoulement caractériel qui réussit et l'absence de goût pour les rêves, dont la mémoire ne garde trace, est le signe de la totale réussite du refoulement à éliminer le rêve qui est l'authentique subjectivité. Il est un mode adaptatif, une conformité de perception aux normes sociales, une tentative de prendre à l'égard de soi le plus de distance possible ⁽⁷⁾.

Cette formation caractérielle, définie par le désintérêt pour la conscience onirique, instauré par une force de répression interdisant de manière complète ou partielle l'accès au processus onirique et au rêve, est un mode de fonctionnement qui n'est en rien spécifique de la pathologie organique quelle qu'en soit l'atteinte lésionnelle. Elle se rencontre dans beaucoup de pathologies organiques tout comme elle se retrouve chez des êtres humains non malades. Et il n'existe aucun lien entre le mode de fonctionnement psychique et les maladies organiques. Le mode de fonctionnement psychosomatique se définit par rapport à la présence ou non du rêve et des équivalents du rêve, ie, le fantasme, le délire, le jeu, l'hallucination, le transfert, l'affect. C'est pourquoi, une interrogation portant sur le souvenir du rêve et sa place dans le mode de fonctionnement du sujet, à l'occasion d'un entretien clinique tel que nous le

pratiqons à l'hôpital Bichat, constitue une ouverture pour le patient qui lui permet d'établir un lien entre le présent et le passé et d'intégrer la survenue de la pathologie organique dans la texture de toute une vie⁽⁸⁾.

Le mode de fonctionnement est non déterminant et ce constat permet la mise en perspective d'une corrélation entre l'émergence de la symptomatologie organique et l'existence d'une situation d'impasse qui, elle, est spécifique. Cette corrélation n'est pas causale, linéaire, directe, psychogénétique mais circulaire et la situation d'impasse constitue le troisième terme d'une relation dialectique dont les deux autres termes sont le mode de fonctionnement intégrant ou non le rêve et la pathologie organique quelle que soit l'atteinte lésionnelle⁽⁹⁾.

La situation d'impasse crée une situation de risque maximal dans laquelle c'est le corps réel qui est en péril quelle que soit la fonction sur laquelle porte l'atteinte somatique, également non spécifique. La situation d'impasse de nature relationnelle, dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, pose la question de l'identité de soi par rapport à l'autre. C'est ce que va démontrer la clinique recueillie lors d'une seule séance de consultation.

Dernière d'une fratrie de 4 enfants, L., âgée de 23 ans, est une jeune fille d'allure juvénile. Apparue lorsqu'elle avait l'âge de 17 ans, la maladie de Crohn colique présente une forme évolutive à poussées fréquentes. Rappelons, pour mémoire, que la maladie de Crohn et la rectocolite

ulcéro-hémorragique entrent dans le cadre des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (M.I.C.I.). La maladie de Crohn, considérée comme une affection de l'intestin grêle mais qui peut en fait atteindre tout le tube digestif, réalise une atteinte de nature inflammatoire avec des lésions ulcéro-sténosantes de la muqueuse entérocolique. Les formes coliques sont de plus en plus fréquentes et posent des problèmes diagnostiques difficiles avec la rectocolite ulcéro-hémorragique⁽¹⁰⁾. Une poussée inflammatoire intestinale constitue l'épisode pathologique actuel, le motif de l'hospitalisation dans le service, de L.

L'originalité de cette observation tient d'une part à ce qu'une situation d'impasse personnelle de nature relationnelle s'accompagne d'une situation d'impasse médicamenteuse et d'autre part qu'une situation d'impasse relationnelle identique existe chez la mère et son enfant.

L'anamnèse médicale s'origine très tôt dans la vie de la patiente. Dès les premiers mois de vie se manifeste chez L. un asthme bronchique allergique traité sans grande amélioration par deux cures de désensibilisation à l'âge de 4 et 6 ans. L'importance des manifestations allergiques patentes retrouvées chez les malades porteurs de la maladie de Crohn ou de rectocolite ulcéro-hémorragique, outre la simple constatation clinique, atteste que quelque chose de commun existe entre les M.I.C.I. et l'immunité⁽¹¹⁾.

Pathologie relationnelle englobant

le biologique et le génétique, l'asthme questionne chez L. la relation précoce mère-enfant tant dans la mise en place des horloges internes que comme situation conflictuelle irréductible à toute signification symbolique. Une seule et même problématique demeure qui concerne l'identité personnelle et la difficulté de distinguer le soi du non-soi. La question de l'identité se pose moins en termes de sexe et de nom qu'en fonction du visage que l'on se reconnaît⁽¹¹⁾.

L'immunité constitue le modèle d'une pathologie de la relation dans la quelle joue d'une façon déterminante l'attitude maternelle. Dans le discours de L. sa "mère est une mèrepoule qui l'a beaucoup couvée" instaurant une très forte relation de dépendance entre elle et sa fille. La mère éprouve d'autant plus de difficulté à laisser sa fille accéder à l'autonomie qu'existe un même lien de dépendance vis à vis de sa propre mère dont elle s'occupe régulièrement. Celle là, âgée de 94 ans, vit à proximité de sa fille et dans un rapport d'autorité "lui reproche de ne pas la voir tous les jours". La problématique de la mère comme de la fille se ramène à privilégier des relations duelles et à la difficulté de se poser comme différente par rapport à l'autre et inversement. La difficulté pour la mère de L. de favoriser la séparation entre elle et sa fille s'exprime également dans l'énoncé de l'information "ton père a eu du mal à t'accepter comme 4e quand j'étais enceinte de toi". Façon de ne pas reconnaître l'ambivalence

personnelle face à cette ultime grossesse, façon d'occulter la présence du père et de renforcer la relation duelle mère-fille. En parallèle, une relation duelle s'inscrit également entre L. et son père. Avec ce militaire de carrière à la retraite, dont les disputes avec sa femme effrayent l'enfant, L. noue une relation de complémentarité. Il lui "achetait des bonbons Malabar pour qu'elle ne dise pas à sa mère qu'il buvait un pastis Ricard".

Avoir le visage de l'autre qui est la mère et auquel se réduisent tous les autres reste la constante du système relationnel de L. où seule existe la perception de l'identique. Le décès du père survient quand L. a l'âge de 11 ans. La sensibilité immunitaire disparaît brutalement alors et aux épisodes asthmatiques se substitue, avec la perte du lien affectif avec le père, un état dépressif atypique, insidieux, qui ne s'exprime pas, sans la manifestation patente d'une humeur dysphorique, sans le murmure d'une douleur morale. Succèdent, lors des situations de solitude, de nombreuses tentatives de suicide avec les médicaments utilisés par la mère. Elles sont les témoins d'une dépression muette qui essaie néanmoins de faire cesser la souffrance en mettant fin à la situation qui l'engendre. La destruction doit être double, la perte de l'autre doit générer la sienne propre. Un passage à l'acte en classe de gymnastique par "la chute accidentelle d'un trapèze" provoque, lorsque L. a l'âge de 12 ans, une fracture de deux vertèbres dorsales et

impose une immobilisation de plusieurs mois en corset plâtré.

Les tentatives d'issue de la situation d'impasse dépressive ayant échoué, l'immobilisation plâtrée s'accompagne, dans ses suites, de l'émergence d'un ulcus gastrique rebelle à toute thérapeutique. La situation de dépendance forcée s'inscrit dans l'alternative circulaire spécifique à l'ulcus gastro-duodéal décrit par F.Alexander⁽¹³⁾. Elle consiste à réagir à l'activité par la passivité et à la passivité par l'activité selon un circuit en boucle, les deux termes de l'alternative étant également insupportables.

Le refoulement réussi par L. de tout souvenir conscient caractérise cette période "peut-être que je refuse le fait de m'en souvenir. C'est un mauvais souvenir, un cauchemar". Un cauchemar sans images. Un flou descriptif analogue définit la première relation amoureuse de L. à l'âge de 17 ans. Si le mode relationnel de L. s'inscrit initialement dans une relation unique à l'objet unique, la survenue d'un tiers va bousculer le mode de fonctionnement familial. Et la mère de reprocher, maintenant encore, le premier rapport sexuel de la fille, réalisé sans aucune connaissance des moyens de contraception. Le seul qualificatif le concernant est "qu'il s'est mal passé et qu'elle s'est retrouvée toute seule après". Toujours est-il que la mère "qui refuse toute vie de couple avec un ami connu depuis longtemps, perdu de vue et qui a fait des recherches pour la trouver" continue de rappeler à sa fille "qu'est ce

qui t'a donc pris... ça te démangeait autant". Tout se passe dorénavant, au moment où se pose pour L. la question du désir, du sexe et de la filiation, comme si la différence une fois acquise ne pouvait se maintenir. Et c'est dans ce contexte houleux, où l'image maternelle constitue une instance surmoïque corporelle, que s'inscrit la poussée inaugurale de la maladie de Crohn de la fille.

Mariée depuis un an et demi à "un garçon très très doux" qu'elle connaît depuis deux ans, dans les suites de sa première relation amoureuse, l'interrogation actuelle de L. porte sur un désir d'enfant. Et la mère de persister à mettre en garde sa fille contre ce désir de grossesse. "Tu crois que tu peux avec ta maladie. Tu ferais mieux de faire attention". Et la mère de téléphoner tous les jours à sa fille. Dans l'impossibilité de mettre une distance avec elle, de s'opposer à elle, L. branche le téléphone en permanence sur un répondeur automatique.

Durant l'entretien, l'investigateur placé dans une position de surmoi maternel est confronté à l'interrogation obsédante de la jeune femme sur l'absence ou non de contre-indication médicale au bon déroulement d'une grossesse, compliquant elle-même l'utilisation d'une médication immunosuppressive. Bien que rassurée à maintes reprises par toute l'équipe médicale, la crainte exprimée est triple: "peur d'une non implantation de la grossesse, appréhension d'une interruption spontanée de celle-ci, angoisse d'avoir à confier en gar-

de, contre son gré, et comme sa soeur aînée l'a fait, son enfant à sa mère". Les réponses fournies à L. n'arrivent pas à la rassurer, à colmater la blessure narcissique d'être, d'être différente du désir de la mère. Elles ne parviennent pas même à atténuer sa culpabilité d'avoir un enfant, de vouloir devenir une mère. L. ne peut que rester une enfant, la fille de sa mère. La confrontation oedipienne ne peut s'exprimer. Fille et mère restent en deça de tout affrontement. C'est ce que vont révéler également les scénarios oniriques.

L'activité onirique de L. est double, suivant un rythme calqué sur le rythme du mode de vie, un rythme adaptatif. Durant la semaine les seuls rêves dont L. se souvient sont des rêves professionnels, des rêves qui la réveillent en pleurs. Ils évoquent tous l'incapacité à s'affirmer face à une image autoritaire, sa supérieure hiérarchique, double de l'image maternelle surmoïque qui "lui fait le grief de ne pas se donner à fond dans son travail et le reproche de ses absences pour hospitalisation".

Ces rêves traumatiques, qui au lieu de rompre la réalité la continuent, sont la négation du rêve. Le processus onirique se nie par l'acte même qui l'affirme⁽¹⁴⁾.

Durant le weekend la tonalité des rêves semble autre. En fin de semaine, L. rêve "de bébé, de la fille qu'elle va avoir".

Il s'agit de rêves de naissance, non seulement de l'enfant à venir, de l'enfant qui ne peut avoir que le sexe de la mère, mais également de sa

propre naissance, de la fille qu'elle souhaite être, séparée du corps maternel.

Ces rêves de naissance, où l'autonomie initiale concerne la fonction respiratoire ne sont pas sans rappeler la problématique immunitaire asthmatique de L. où l'acte même de respirer a posé problème. Ces rêves renvoient à une situation traumatique qui semble n'avoir jamais pu être dépassée et que spécifie la thématique du visage dans laquelle se noue les liens de la naissance, de la différence et de l'identité⁽¹⁵⁾.

C'est la rencontre de deux subjectivités qui a rendu fécond le déroulement de l'unique entretien avec L. Le mode de relation instauré par le thérapeute avec son interlocutrice englobe sans distinction le psychique et le somatique tant dans le recueil des données biographiques destinées à mettre en perspective les situations conflictuelles pouvant aboutir à une situation d'impasse, que dans l'intérêt porté pour le fonctionnement de l'imaginaire dans la relation en cours.

Dans cette optique, la recherche des données anamnestiques se propose de compléter l'étude ponctuelle des "événements de vie" par leur inscription affective en tant que véritables catalyseurs d'une situation de détresse relationnelle, figée tôt dans l'enfance et persévérant toute une vie, et le fonctionnement se définit par référence à la vie onirique, le rêve constituant l'articulation essentielle du psychique et du somatique.

Enraciné dans le biologique, porté par un rythme propre, le rêve, au delà de toutes les significations, est une projection corporelle singulière de nature relationnelle. La dimension relationnelle restituée au rêve, dans une communication inter-personnelle spontanée, sa valeur permanente d'authenticité.

Cette communication humaine spécifique s'impose à tout travail thérapeutique. Déterminer la place que le rêve occupe dans la relation et qui en détermine le sens toujours relationnel, le mettre en rapport avec la pathologie organique, joue un rôle fondamental dans le processus thérapeutique.

Inscrire le rêve dans la relation thérapeutique attentive à la corrélation négative entre imaginaire et somatisation permet une transformation de la pathologie qui migre du corps réel au corps imaginaire.

Abstract

The author reflects about the influence of an individual's psycho-affective environment, including his relationships, in the development of specific organic pathology.

Also he stresses the role of dream recollection in the therapy of psychosomatic patients, and analyses the case of a patient with Crohn's disease.

BIBLIOGRAPHIE

1. Friedman M, Rosenman RM. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959; 169: 1286-1296.
2. Bonfils S, Hachette J-C, Danne O. *L'abord psychosomatique en gastro-entérologie*. 1982, Masson. Paris.
3. Temoshok L, Kneier AW. Repressive coping reaction in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *J Psychosomatic Research* 1984; 28: 2, 145-155.
4. Sifneos P. The prevalence of "alexithymic" characteristics psychosomatic patients. in *Topics of Psychosomatic Research*, 1972; S. Karger, Bâle 255-262.
5. Marty P. *L'ordre psychosomatique*. 1980, Payot. Paris.
6. Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*. 1976, Payot. Paris.
7. Sami-Ali M. *Le banal*. 1980, Gallimard. Paris.
8. Derzelle M., Gorot J. L'investigation psychosomatique en Gastro-entérologie: Technique et intérêt. In *Gastro-entérologie*. Coordinateur M. Mignon. 1992, Ellipses. Paris.
9. Sami-Ali M. *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. 1987, Dunod. Paris.
10. *Les Maladies inflammatoires de l'intestin; Progrès en Hépto-gastro-entérologie*. Coordination R. Modigliani. 1990, Doin. Paris.
11. Gorot J. La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn: un trouble de l'identité de soi. *Psychiatries* 1998; 124-125: 33-41.
12. Sami-Ali M. *Corps réel, corps imaginaire*. 1984, Dunod. Paris. réed. 1998 Dunod, Paris.
13. Alexander F. *La médecine psychosomatique*. 1967, Payot. Paris.
14. Sami-Ali M. *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique*. 1997, Dunod. Paris.
15. Gorot J. Espace corporel et suivi thérapeutique de patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. *Nervure* 1997; 10, 7: 51-56.