

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°134M

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

BOCQUIER Véronique
née le 27/08/1974 à La Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2003

**EXPRESSION ET CONVERSION SOMATIQUE
CHEZ L'ENFANT AUTOUR DE LA PUBERTE**

Président : Monsieur le Professeur AMAR
Membres du jury : Monsieur le Professeur BESANÇON
Monsieur le Professeur MOUZARD
Monsieur le Docteur HALIMI
Monsieur le Docteur PICHEROT

A Monsieur le Professeur AMAR,

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'accepter de juger mon travail.

Alors que j'étais externe, vous m'avez fait découvrir la pédopsychiatrie.

Votre expérience, votre érudition m'ont permis d'enrichir mes connaissances tant cliniques que théoriques et votre aide m'a été précieuse pour la rédaction de ce travail.

Veillez trouver ici la marque de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur BESANÇON,

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'accepter de juger mon travail.

Je vous suis très reconnaissante de m'avoir permis de passer quelques mois en tant qu'externe dans votre service, me confortant ainsi dans mon souhait de poursuivre cette voie.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur MOUZARD, Doyen de notre Faculté,

Vous me faites le grand honneur d'accepter de juger mon travail.

C'est toujours avec plaisir que j'ai assisté à vos cours.

C'est dans votre service que j'ai été sensibilisée à la psychologie médicale chez l'enfant.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur HALIMI,

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'accepter de juger mon travail.

Par vos qualités pédagogiques, vous avez su me transmettre une partie de votre sens clinique et de votre savoir.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur PICHEROT,

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'accepter de juger mon travail.

J'ai beaucoup apprécié le travail en collaboration avec vous.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Sincères remerciements à Mesdames les Docteurs
Laurence DUFILHOL - DRENO
et Annick HALIMI - DARS.

Un grand merci à Marie - Emmanuelle et à David pour leurs précieux conseils.

A Xavier,

A ma Mère, mon Père,

A Sandrine, Mathias,

A Virginie, à tous mes amis,

A ma belle - famille,

Merci à Laurence et Loulou,

Pensée spéciale pour Andrée...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
I. GENERALITES	17
<u>I.1. HISTORIQUE</u>	18
<u>I.2. DEFINITION</u>	25
<u>I.2.1. De la naissance de la psychanalyse...</u>	25
<u>I.2.2. ...aux classifications diagnostiques</u>	30
II. CONVERSIONS SOMATIQUES DURABLES	36
<u>II.1. EPIDEMIOLOGIE</u>	37
<u>II.2. DIAGNOSTIC POSITIF</u>	40
<u>II.2.1. Facteurs prédisposants et circonstances déclenchantes</u>	40
<u>II.2.2. Principales manifestations symptomatiques</u>	41
<u>II.2.3. Manifestations associées</u>	47
<u>II.3. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE</u>	50
<u>II.3.1. Modèle de l'hystérie</u>	51
<u>II.3.1.1. Refoulement et déplacement</u>	51
<u>II.3.1.2. Symbolisation corporelle</u>	52
<u>II.3.1.3. Identification pathologique</u>	55
<u>II.3.2. Conversion et traumatisme pubertaire</u>	56
<u>II.3.2.1. Conversions bénignes</u>	57
<u>II.3.2.2. Conversions durables</u>	58
<u>II.4. DIAGNOSTICS ETIOLOGIQUES</u>	65
<u>II.4.1. Conversion somatique et conflit de développement</u>	65
<u>II.4.2. Conversion et organisation névrotique</u>	66
<u>II.4.3. Conversion et pathologie limite</u>	68
<u>II.5. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS</u>	71

<u>II.5.1. Maladie organique</u>	71
<u>II.5.2. Autres troubles somatoformes</u>	72
<u>II.5.3. Maladies psychosomatiques</u>	75
<u>II.5.4. Simulation et trouble factice</u>	76
<u>II.5.5. Anorexie mentale</u>	79
<u>II.6. EVOLUTION ET PRONOSTIC</u>	83
<u>II.7. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE</u>	86
<u>II.7.1. Règles générales</u>	86
<u>II.7.2. L'hospitalisation</u>	88
<u>II.7.3. A propos de la pédopsychiatrie de liaison</u>	88
<u>II.7.4. Approche psychothérapique</u>	91
<u>II.7.5. Traitement pharmacologique</u>	93
III. CONVERSIONS SOMATIQUES PAROXYSTIQUES	94
<u>III.1. DIAGNOSTIC POSITIF</u>	95
<u>III.2.REMARQUES SUR LA TERMINOLOGIE</u>	102
<u>III.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LES CRISES D'EPILEPSIE</u>	104
<u>III.4. A PROPOS DE L' « HYSTERO - EPILEPSIE » ...</u>	110
<u>III.5. EVOLUTION ET PRONOSTIC</u>	130
<u>III.6. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE</u>	132
CONCLUSION	136
ANNEXES	141
BIBLIOGRAPHIE	149

INTRODUCTION

De tous temps, les médecins se sont intéressés aux rapports entre corps et pensée.

Dans ce travail, notre attention se porte sur le corps et ses capacités d'expression d'une souffrance psychologique, en particulier chez l'enfant.

En effet, le corps occupe, dès la naissance, une place privilégiée dans le vaste champ des interactions avec l'entourage, en étant un lieu de soins et d'échanges entre la mère et l'enfant et du fait de sa double appartenance (le corps de l'enfant appartient à l'enfant, mais aussi à sa mère).

Les diverses fonctions physiologiques servent de base pour la communication avec l'entourage. Le malaise psychologique du nourrisson s'exprimera dès lors dans la sphère somatique (coliques idiopathiques, vomissements, eczéma...). D'ailleurs, d'après MARCELLI (76), « il n'y a rien de plus « psychosomatique » qu'un nourrisson ».

Puis, l'accès au langage, témoin de l'élaboration de la pensée, va modifier la place du corps de l'enfant en tant que moyen de communication et d'expression de sa souffrance psychique, en tant que médiateur entre l'enfant et ses parents.

Pourtant, alors même que la maîtrise du langage apparaît satisfaisante, l'enfant ne va que très rarement exprimer verbalement son malaise psychologique ; il va parfois avoir encore recours à son corps pour manifester, via le dysfonctionnement de celui-ci, une souffrance qui ne trouve ni à se dire, ni à se conceptualiser. Les manifestations somatiques ainsi présentées par l'enfant peuvent relever de diverses psychopathologies.

Cependant, dans la majorité des cas, le corps de l'enfant a été silencieux (notamment pendant la période de latence) jusqu'à ce que, brutalement, à l'adolescence, il se mette à faire du « bruit » que le jeune nous donne à entendre sous la forme de plaintes et / ou symptômes somatiques divers.

Le corps joue là encore un rôle central, tant dans le registre des interactions avec l'entourage, que dans celui de l'activité fantasmatique.

Le corps est en effet au centre de la plupart des conflits de l'adolescence ; les transformations morphologiques/pubertaires, l'irruption de la maturité sexuelle

remettent en cause l'image du corps que l'enfant s'était construite progressivement.

Parmi les « troubles psychiques à expression somatique », les conversions somatiques sont plus fréquentes à cette période de la vie et nous verrons en quoi elles comportent une certaine spécificité au moment des transformations pubertaires.

Historiquement, les conversions somatiques ont toujours eu un lien très fort avec l'hystérie.

Avec « l'invention » de la psychanalyse, FREUD a permis la reconnaissance de l'origine psychologique de l'hystérie.

Il entendait par la notion de conversion « hystérique » le déplacement sur le plan somatique d'un conflit intra-psychique ; où les fantasmes inconscients refoulés seraient symbolisés dans le langage du corps.

Les classifications internationales contemporaines se focalisent plus sur l'aspect symptomatique que sur l'aspect dynamique du trouble de conversion et le définissent comme un symptôme propre à évoquer un trouble organique, en particulier neurologique.

Nous parlerons tout d'abord des manifestations durables (touchant préférentiellement l'appareil locomoteur et les « fonctions de relation ») pour nous centrer ensuite sur les conversions paroxystiques.

Les conversions somatiques sont encore souvent appelées « conversions hystériques » par les nosographes et psychiatres français, reprenant ainsi la tradition historique de cette entité, et la terminologie adulte.

Cependant les mécanismes en jeu dans ces réactions sont-ils toujours de l'ordre du refoulement et du déplacement, comme cela a été décrit par Freud ?

L'approche psychodynamique nous permettra ainsi de mettre en évidence une certaine spécificité de ces phénomènes.

En outre, la conversion est-elle toujours « hystérique » chez l'enfant autour de la puberté ? Ou peut-elle se rencontrer dans d'autres contextes psychopathologiques ?

Les conversions seront ensuite différenciées des autres troubles psychiques à expression somatique.

Les manifestations paroxystiques, à type de crises pseudo-épileptiques, le plus souvent, peuvent poser des difficultés de diagnostic différentiel avec les crises épileptiques, d'autant plus que ces deux types de crises peuvent être intriqués. Que peut donc apporter au sujet « hystérique » une telle association ? Et au sujet épileptique ?

Ces conversions, par la modification de conscience qu'elles impliquent, semblent mettre en jeu des mécanismes de défense supplémentaires par rapport aux manifestations durables.

Enfin, devant ces symptômes d'apparence somatique, c'est au pédiatre que vont s'adresser les parents. L'approche conjointe, associant pédiatres et pédopsychiatres, permettra alors une meilleure évaluation diagnostique de ces phénomènes.

I.

GENERALITES

I.1 . HISTORIQUE

Le terme de conversion, apparu au XV^{ème} siècle, est historiquement très lié à l'hystérie puisqu'il est devenu «conversion hystérique» en 1795 avec FERRIAR ; elle-même a de tous temps entretenu des rapports étroits avec l'épilepsie puisqu'elles ont souvent et longtemps été confondues.

Etonnante carrière que celle de l'hystérie, qui remonte aux plus anciens temps de la médecine et persiste jusqu'à nos jours, bien que sa description et la formulation de ses causes aient changé au cours du temps et même si certains l'ont fait disparaître des manuels de psychiatrie actuels ; le fil rouge est resté la sexualité, surtout féminine.

Les manifestations symptomatiques ont été influencées par les croyances du public et par les connaissances médicales de l'époque.

Quant à l'intérêt porté à l'hystérie chez l'enfant, il est très récent.

L'hystérie (qui, en grec, signifie utérus) a désigné dans la médecine antique une maladie des femmes causée par l'altération de la « matrice », les perturbations émotionnelles de la vie sexuelle dérégulant l'équilibre émotionnel. Elle a été classée parmi les « maladies du mouvement » compte tenu de la fréquence des crises convulsives (22).

En réalité, cette conception était déjà présente dans la médecine de l'Egypte Ancienne (1900 avant J.C.). Les plaintes somatiques étaient attribuées à la migration utérine « vers le haut » et le traitement consistait en des fumigations du vagin pour « ramener l'utérus à sa place ».

HIPPOCRATE (environ 400 ans avant J.C.) tente de différencier convulsions épileptiques et convulsions hystériques. Il rattache l'épilepsie à une maladie du cerveau et exclut l'hystérie des maladies mentales.

Il reconnaît l'importance de la sexualité dans l'hystérie.

Pour lui, l'hystérie ne touche que les femmes et serait la conséquence d'un manque de relations sexuelles qui rend l'utérus sec, donc avide d'humidité. Pour la rechercher, l'organe va se déplacer dans les différentes parties du corps où il est susceptible de trouver cette humidité manquante. Il pourra migrer jusqu'au cerveau (la substance blanche remplaçant un sperme qui lui était trop parcimonieusement dispensé), créant en même temps « fièvres et vapeurs, crises et cris » (60).

Pour traiter ces femmes, il faut les marier et les faire enfanter afin qu'elles retrouvent une humidité correcte au bon endroit.

Quant à GALIEN (131-201), il relie l'hystérie à des troubles de l'utérus mais pas à ses mouvements. Il fait le lien entre corps et esprit. L'hystérie serait due à la « rétention séminale », à l'abstention sexuelle ; les hommes peuvent donc être hystériques, en cas d'abstinence sexuelle prolongée.

Au Moyen-Age, la religion (l'Eglise, l'Inquisition) s'empare du concept d'hystérie, la mettant en relation avec les pratiques de sorcellerie et de possession diabolique.

On passe alors de l'expression hystérique individuelle à l'hystérie collective.

La chasse aux sorcières a suggéré de nouvelles manifestations expressives : transes, possessions... Un bon moyen de reconnaître une sorcière est de découvrir des zones insensibles qui sont des stigmates sataniques (alors qu'il s'agissait d'anesthésies « conversives ») (25).

AJURIAGUERRA rapporte des cas d'enfants et d'adolescents impliqués dans ces phénomènes (3).

Les persécutions, dont sont victimes les hystériques, vont prendre pour référence les écrits de Saint Augustin qui relie plaisir sexuel et péché, et définit la continence sexuelle comme une vertu, les troubles hystériques ne pouvant donc pas dériver d'une abstinence de rapports sexuels.

Au XVIIème siècle, SYDENHAM (1624-1689) est probablement le premier à

reconnaître l'origine psychique des manifestations hystériques et ses relations avec les perturbations émotionnelles (37).

Pour lui, l'hystérie peut imiter presque toutes les maladies du corps humain. SYDENHAM parle aussi d'hystérie masculine, qu'il préfère appeler « hypocondrie » chez l'homme, bien qu'il note que la seule différence entre les troubles masculins et féminins soit le sexe.

William CULLEN (médecin écossais) introduit le mot « névrose » en 1777 (66), sur le modèle de nombreux autres termes médicaux comportant les suffixes *-ite* (des lésions inflammatoires) et *-ose* (des lésions non inflammatoires) (60), pour désigner des affections du système nerveux sans fièvre, ni lésion décelable (19).

L'hystérie est alors rattachée à ce concept et reste peu différenciée des maladies organiques non décelables, comme l'épilepsie (37)...

FERRIAR, en 1795, crée le terme de « conversion hystérique » sans lui conférer une dimension psychogène : il parle de contrefaçon des maladies du corps exemptes d'altération matérielle.

Au milieu du XIXe siècle, le schéma nosographique qui était utilisé pour répartir les patients dans les asiles était conçu selon deux critères : le premier étant la conservation ou non de la raison ; le second, l'existence ou non de lésions anatomo-pathologiques (Tableau 1, tiré de CASAROTTI) (22):

Tableau 1

	Avec aliénation	Sans aliénation
Avec lésion	démence	sclérose latérale amyotrophique tabès
Sans lésion	« psychose »	« névrose »

Cette classification engendrait une catégorie de maladies caractérisées par l'absence d'« aliénation » et de lésion anatomo-pathologique : les névroses, dont les trois

grands types étaient : l'épilepsie, la chorée et l'hystérie (toutes trois caractérisées par des mouvements anormaux...).

PINEL (1745-1826) classe ainsi parmi les névroses : l'hystérie, qui est, pour lui, une névrose génitale de la femme, et l'épilepsie, une névrose de la fonction cérébrale (22).

L'existence d'une hystérie infantile est reconnue par Charles LEPOIS (1617), Thomas WILLIS (1670), H. LANDOUZY (1846) et Paul BRIQUET (1859) (103 ; 3).

LANDOUZY, en 1846, dans son « Traité de l'hystérie », rapporte 4 observations d'hystérie avant 10 ans, 48 chez des sujets ayant de 10 à 15 ans et 105 cas de 15 à 20 ans.

Par ailleurs, il a proposé le terme « hystéro-épilepsie » dans certaines observations ; dénomination appliquée à deux situations différentes : pour des patients épileptiques qui présentaient des manifestations hystériques non convulsives et pour des patients épileptiques qui avaient aussi des crises hystériques (22).

Quelques années plus tard, BRIQUET a fait des descriptions exhaustives (430 cas) de symptômes somatiques d'origine psychologique.

Et, en 1859, il accrédite l'hystérie chez l'enfant prépubère. Il fournit une série de 87 cas ayant débuté avant 12 ans avec des détails sur 33 patients « souffrant de convulsion à déclenchement émotionnel ». Mais les documents de BRIQUET ne permettent pas d'éliminer le diagnostic d'épilepsie.

Bien qu'il reconnaisse l'existence de l'hystérie masculine, il précise que ces enfants prépubères sont exclusivement des filles.

BRIQUET insiste sur la nature psychogène des accidents hystériques. Cependant, il défend la thèse neurologique : il s'agirait d'une lésion fonctionnelle de l'encéphale d'origine émotionnelle impliquant une susceptibilité héréditaire (37). Pour lui, l'hystérie est une des trois grandes névroses, avec l'épilepsie et la chorée (22).

J.M. CHARCOT (1825-1893), neurologue à la Salpêtrière, dans un pavillon où les

hystériques côtoyaient (et avaient comme modèle) les épileptiques (d'où des phénomènes d'imitation et de contagion), décrit les manifestations permanentes de l'hystérie ainsi que les « attaques » paroxystiques.

Ces dernières sont composées de quatre phases, précédées d'une « aura hystérique » (manifestations végétatives et sensorielles complexes).

La première phase ou période épileptoïde est de courte durée et est subdivisée comme la crise épileptique en : tonique et clonique.

La phase II ou période de contorsions et grands mouvements, ou de clownisme, est faite de mouvements désordonnés du tronc et des membres, rapides et amples.

Lors des phases III et IV ou périodes des « attitudes passionnelles » et du délire terminal, l'agitation motrice évoque une scène de coït et est suivie d'une phase d'obnubilation de durée très variable (22 ; 66).

D'ailleurs, le 22 février 1888, il présenta, lors d'un de ses enseignements à la Salpêtrière, un adolescent de 14 ans souffrant de telles crises (103).

CHARCOT découvre des zones « hystérogènes » (mammaire et ovarienne) dont la compression peut prévenir les attaques (90).

Pour lui, l'hystéro-épilepsie désigne deux situations : l' « hystéro-épilepsie avec des crises distinctes », lorsque le patient présente à la fois des crises hystériques et épileptiques, et l' « hystéro-épilepsie avec des crises combinées » dans les cas où la crise épileptique était le résultat d'états émotionnels (épilepsie affective ou réactive) (22).

Il défend le rôle des émotions et traumatismes psychiques comme causalités.

Enfin, il souligne l'importance de la suggestion, notamment des médecins, dans la survenue des troubles et introduit l'hypnose dans son enseignement ; hypnose dont le précurseur, MESMER (1734-1815), avait déjà montré les effets thérapeutiques de la suggestion.

Mais CHARCOT commet deux erreurs : il utilise l'hypnose comme méthode de diagnostic de l'hystérie et assimile capacité hypnoïde des patients et hystérie. Il ne cherche pas à traiter la cause psychologique des symptômes, qui peuvent alors

réapparaître sous d'autres formes.

BABINSKI, élève de CHARCOT, s'emploie à distinguer les symptômes « objectifs » des affections organiques (le « signe de Babinski » affirme l'origine neurologique des hémiplésies) et les symptômes « subjectifs » des manifestations psychiques, devant être étudiées par les psychiatres. « Depuis BABINSKI, nous savons ce que l'hystérie n'est pas », ont écrit EY, BERNARD ET BRUSSET (40).

L'hystérie, ainsi définie négativement, est réduite au « pithiatisme », où les symptômes présentés par les patients peuvent être reproduits par suggestion.

Peitho, dans la mythologie grecque, est la « persuasion divinisée » ; c'est aussi une divinité du cortège d'Aphrodite, déesse de la Beauté et de l'Amour, bien connue pour son pouvoir de séduction (51)...

Des conceptions plus psychogènes et dynamiques naissent avec JANET (1859-1947).

Il parle d'idées fixes « subconscientes » dans l'hystérie ayant comme origine des événements traumatisants du passé et propose comme traitement de les rendre conscients en utilisant la méthode d'abréaction cathartique (sommambulisme et hypnose).

Il insiste sur les symptômes « dissociatifs » en relation avec les altérations de la mémoire, de la conscience, de l'identité. Il décrit les états hypnoïdes et de dédoublement de personnalité, notamment les personnes alternantes.

Pour JANET, l'émotion pathogène a surtout un effet dissolvant de la fonction de synthèse et d'intégration psychique (37).

En conclusion, alors que l'hystérie chez la femme est décrite depuis l'Antiquité, des cas d'hystérie chez l'enfant et l'adolescent n'ont été rapportés qu'à partir du Moyen-Age. Et ce n'est qu'au XIXème siècle que l'existence de l'hystérie infantile est

réellement reconnue, en particulier par BRIQUET. FREUD, par la suite, décrira plusieurs cas d'adolescentes ayant de manifestations conversives (42 ; 50).

Ensuite, jusque dans les années 1950, l'imprécision du concept d'hystérie chez l'enfant, notion employée souvent de façon trop extensive, voire péjorative, est responsable d'un désintérêt marqué.

En 1959, MICHAUX et VAUGELADE décrivent le théâtralisme hystérique chez l'enfant (103).

En 1970, AJURIAGUERRA (3) décrit des troubles analogues aux conversions somatiques (troubles moteurs, sensitifs et sensoriels) et aux « crises hystériques » des adultes.

En 1974, LEBOVICI étudie les rapports de l'hystérie de l'enfant avec la mythomanie, la simulation et les phénomènes de conversion (103).

I.2. DEFINITION

I.2.1. De la naissance de la psychanalyse...

Avec Sigmund FREUD (1856-1939), l'hystérie acquiert définitivement le statut de trouble psychogène et de névrose structurée de niveau oedipien.

FREUD, qui a une formation de neurologue et d'anatomo-pathologiste, va séjourner cinq mois en 1885 dans le service de CHARCOT à la Pitié-Salpêtrière où il intègre la nature psychogène des troubles hystériques, leur réversibilité sous l'effet d'une idée suggérée sous hypnose (« contre-suggestion » de CHARCOT) ainsi que la dimension traumatique des troubles. Par contre, il rejette la thèse neurologique.

En 1895, dans les « Etudes sur l'hystérie » (50), FREUD postule que les symptômes hystériques naissent du refoulement hors du conscient d'une idée intolérable, d'une expérience traumatique ; le traumatisme étant défini comme un événement de vie entraînant un afflux d'excitations excessif, relativement à la capacité du sujet à l'élaborer psychiquement.

Dans l'hystérie, ce traumatisme serait d'origine sexuelle : il pourrait s'agir d'une séduction ou d'une excitation réelle par un adulte, vécue prématurément ; l'événement traumatique surviendrait pendant l'enfance.

« La conversion ne succède pas immédiatement au traumatisme [...] mais après une période d'incubation. » ; « *c'est de réminiscences que souffre l'hystérique* ».

« La représentation refoulée demeure sous la forme d'une trace mnémonique et l'affect concomitant qui lui avait été arraché sert ensuite à une innervation somatique, c'est-à-dire à une conversion de l'émoi. »

La manifestation anormale de l'émoi apparaît du fait d'une « faiblesse anormale de la résistance de certaines voies particulières de transmission », selon une prédisposition innée ou lors d' « états d'agitation trop prolongés » (dont FREUD donne en exemple la puberté).

FREUD précise qu'« il ne s'agit pas d'un acte intentionnel, volontaire » (50).

Les symptômes disparaissent grâce à la catharsis, méthode développée par

BREUER : l'hypnose permet d'abrégier les effets du traumatisme par l'expression des émotions et la révélation des liens intra-psychiques oubliés (entre les expériences vécues et les troubles présentés).

Dans « L'Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895) (49), FREUD montre « comment le refoulement suppose deux événements nettement séparés dans la série temporelle.

Le premier dans le temps est constitué par une scène sexuelle (séduction par un adulte), mais qui n'a pas alors de signification sexuelle.

Le second présente certaines analogies, qui peuvent être superficielles, avec le premier ; mais cette fois, du fait que la puberté est survenue entre-temps, l'émotion sexuelle est possible, émotion que le sujet rattachera consciemment à ce second événement alors qu'elle est en réalité provoquée par le souvenir du premier. »

Le moi utilise alors le refoulement, qui trouve sa condition générale dans le « retard de la puberté » : « Tout adolescent a des traces mnésiques qui ne peuvent être comprises par lui qu'avec la survenue de sensations proprement sexuelles. » (66).

Cette notion d'après-coup montre que la théorie psychanalytique ne se réduit pas à une causalité linéaire se limitant à considérer l'effet du passé sur le présent ; ce n'est pas la simple décharge d'une tension accumulée mais un ensemble complexe d'opérations psychologiques.

Dès 1898, FREUD classe l'hystérie parmi les « psychonévroses » (avec les phobies, obsessions et psychoses) dont la cause, sexuelle, doit être cherchée dans des événements importants de la vie passée. Les symptômes présentés sont l'expression symbolique des conflits infantiles.

Il oppose les psychonévroses aux « névroses actuelles » (névrose d'angoisse, neurasthénie et hypocondrie), dues aux désordres de la vie sexuelle actuelle et dont

le mécanisme de formation des symptômes serait somatique (66).

Dans les « Cinq psychanalyses » (42), FREUD abandonne la méthode hypnotique pour créer le cadre de la psychanalyse avec la méthode des associations libres.

Dès lors, il considère le symptôme hystérique comme le symbole mnésique de fantasmes sexuels devenus inconscients sous l'effet du refoulement et de l'après-coup à la puberté (38).

FREUD y décrit une observation de conversion hystérique à l'adolescence: le cas Dora. Il a vu cette patiente emmenée par son père quand elle avait 16 ans et a entrepris 3 ans plus tard un bref traitement psychanalytique.

Les troubles de Dora auraient débuté alors qu'elle avait 8 ans sous la forme d'une gêne respiratoire permanente qui s'accroissait par accès ; gêne apparue la première fois à la suite d'une excursion en montagne et ayant disparu spontanément au bout de six mois.

Des migraines et des accès de toux nerveuse seraient apparus vers 12 ans.

Dora avait 14 ans lors du premier traumatisme (la « scène du magasin » où M. K., ami de la famille, l'a serrée contre lui et embrassée) et 16 ans au moment du deuxième traumatisme (la « scène du lac » quand M. K. a voulu lui faire une « déclaration »).

Apparaissent ensuite des épisodes d'aphonie et d'évanouissements avec convulsions. L'année suivante, Dora a une appendicite.

Son père avait de nombreux problèmes de santé (tuberculose, décollement de rétine, syphilis) et Dora avait une fonction d'infirmière auprès de lui, rôle repris par Mme K.

Pour FREUD, l'interprétation du rêve de Dora, fait quelques jours avant la fin de

l'analyse, alors qu'elle avait 18 ans, révèle des fantasmes de défloration (Dora y pénètre dans une forêt où elle rencontre un homme...) et d'accouchement.

La « prétendue » appendicite, apparue 9 mois après la scène de lac avec M. K., serait un symptôme hystérique qui aurait réalisé un fantasme d'accouchement par des douleurs abdominales et l'hémorragie menstruelle.

Quant à la boiterie faisant suite à l'appendicite, elle représenterait le « faux-pas » de Dora.

FREUD évoque alors la notion de « complaisance somatique » : on ne peut produire de tels symptômes que lorsqu'on en possède un modèle infantile ; effectivement, Dora s'était foulé la cheville alors qu'elle était enfant. Le symptôme primitif constitue une voie de décharge « déjà praticable » pour la réaction convertive.

Ce rêve met aussi en exergue des fantasmes d'attente d'un fiancé (M. K. aurait pu patienter jusqu'à ce que Dora soit en âge de se marier) ainsi des « idées enfouies au plus profond : l'amour pour Mme K. ».

FREUD conclut ainsi : « Les manifestations morbides sont, pour ainsi dire, l'activité sexuelle des malades. »

Dans le « Vocabulaire de la psychanalyse » de LAPLANCHE et PONTALIS (66), pour FREUD, la conversion est un « mécanisme de formation de symptôme qui est, à des degrés divers, toujours à l'œuvre dans l'hystérie, et plus spécifiquement dans l'hystérie de conversion. » (qu'il opposait à l'hystérie d'angoisse, à présent appelée névrose phobique).

« La conversion consiste en une transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes somatiques » (moteurs ou sensitifs).

Sur le plan dynamique, il s'agit d'un conflit intra-psychique entre le Ça (le désir sexuel, généralement) et l'interdit Surmoïque ; le Moi, instance médiatrice échoue

dans ses capacités d'apaisement, ce qui génère de l'angoisse. Celle-ci, initialement libre, va se déplacer sur le corps, d'où apparition du symptôme hystérique.

« Le terme de conversion est corrélatif pour FREUD d'une conception économique: la libido détachée de la représentation refoulée est transformée en énergie d'innervation. » ; « L'énergie libidinale détachée est alors transposée dans le corporel ».

Il s'agit donc de l'expression, dans le langage du corps, de conflits psychiques inconscients. Mais FREUD considérait lui-même que ce « saut du psychique dans l'innervation somatique » était difficile à concevoir.

Ce qui spécifie les symptômes de conversion, c'est leur signification symbolique ; dans les symptômes corporels, des représentations refoulées « parlent », déformées par des mécanismes de condensation et de déplacement. D'ailleurs, un même symptôme exprime non seulement plusieurs significations *à la fois* mais *successivement*, ce que FREUD désigne par « *surdétermination du symptôme* ».

« En ce qui concerne les motifs qui font que ce sont des symptômes de conversion qui se forment plutôt que d'autres (phobique ou obsessionnel par exemple), FREUD invoque d'abord une « capacité de conversion », idée qu'il reprendra avec l'expression de « complaisance somatique », facteur constitutionnel ou acquis qui prédisposerait, d'une façon générale, tel sujet à la conversion ou, de façon plus spécifique, tel organe ou tel appareil, à être utilisé par celle-ci.

Aussi bien la question renvoie-t-elle à celle du « choix de la névrose » et à celle de la spécificité des structures névrotiques » (66).

I.2.2. ...aux classifications diagnostiques

Actuellement, quel que soit le contexte de pratique, la référence à une classification

devient inévitable, en particulier pour la codification des diagnostics, les études épidémiologiques et les activités de recherche clinique.

La nécessité d'une classification en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a été admise récemment, du fait de la reconnaissance tardive de la spécificité de cette période évolutive où se structure la personnalité.

Cette approche classifiante permet de connaître un enfant ou un adolescent à une période particulière de son développement, mais nous devons garder à l'esprit que la pathologie infanto-juvénile n'est en aucun cas fixée.

De plus, la simple addition des symptômes ne suffit pas. Il est indispensable d'articuler la sémiologie avec l'analyse des mécanismes, des agencements structuraux et des interactions de l'enfant avec son environnement. La nécessité d'une perspective psychodynamique s'inscrit dans la démarche de l'élaboration de la souffrance de l'enfant ou de l'adolescent.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) (87) élaborée par R.MISES et ses collaborateurs est dans la lignée de la conception psychanalytique.

Les symptômes de conversion sont classés dans la catégorie clinique n°2, qui concerne les troubles névrotiques, et, plus particulièrement, parmi des troubles névrotiques à dominante hystérique (catégorie 21).

Les troubles névrotiques se définissent comme des perturbations durables sans tendance à la guérison, non explicables par les événements récents mis souvent en avant par l'entourage de l'enfant et qui constituent surtout des facteurs déclenchants. Ce double lien interactif, contrainte et dépendance, que l'enfant établit avec l'environnement n'aboutit pas à l'obtention de la capacité d'individualisation et d'autonomie.

La souffrance psychique et surtout l'angoisse, quel que soit la forme qu'elle prend,

est toujours au premier plan. Il n'y a pas de menace de rupture, ni de véritable perte de contact avec le réel.

Les troubles névrotiques à dominante hystérique sont dominés par les manifestations suivantes :

« - soit des symptômes de conversion de type sensitivo-moteur, sensoriel, convulsif, etc. accompagnés le plus souvent de la classique « belle indifférence » ;

- soit des manifestations regroupées classiquement sous l'appellation de « rétrécissement du champ de conscience » et qui se caractérisent par des scotomisations massives de certains secteurs du champ perceptif, cognitif ou de la mémoire toujours significativement liés aux conflits du patient ;

- soit des comportements et modalités relationnelles dominées par le théâtralisme, la mise en scène et le faire-valoir, associés à une grande vulnérabilité à l'appréciation d'autrui, une dépendance et une quête affective, une propension aux réponses dépressives et à la mythomanie »

Mais il faut en exclure « les cas où des manifestations similaires s'inscrivent parmi les symptômes d'une personnalité de type abandonnique, narcissique, pervers, psychopathique... à classer en catégorie 3 ».

La catégorie 8 de l'axe I (des catégories cliniques) correspond aux troubles à expression somatique et comprennent, en particulier, les affections psychosomatiques, les troubles psycho-fonctionnels (parmi lesquels le torticolis psychogène), les troubles hypocondriaques et les troubles à expression somatique.

Les classifications multi-axiales se définissent par l'élargissement des critères diagnostiques et pronostiques, tenant compte du contexte de la symptomatologie, de la structuration même de l'individu, y compris dans ses interactions environnementales.

Se voulant athéoriques, elles ont pour objectif de dépasser les querelles d'école et d'aboutir à une nomenclature qui soit précise.

Effectivement, leur rigueur descriptive efface toute perspective psychopathologique. Elles font du symptôme l'élément discriminatif au détriment de la dynamique psychologique sous-jacente.

Elles reconnaissent tout de même une spécificité à la pathologie de l'enfant et de l'adolescent, qui n'est plus considérée comme une duplication de celle de l'adulte.

Pourtant, la conversion somatique n'y est pas classée parmi les troubles apparaissant habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence. Elle est alors à coder en fonction d'une classification de désordres psychiques de l'adulte, ne tenant aucun compte de l'évolutivité propre à ces moments particuliers de la vie, qui sont faits de remaniements de la personnalité et où les critères ne sont pas fixés comme chez l'adulte.

C'est d'ailleurs pour cette raison que la pédopsychiatrie ne saurait être envisagée via un « entretien structuré ».

Dans la dixième édition de la **Classification Internationale des Maladies** (CIM 10) (93) de l'Organisation Mondiale de la Santé, la conversion somatique est classée parmi les troubles dissociatifs (de conversion) (F44), eux-mêmes appartenant aux troubles névrotiques (on y parle encore de névrose...).

S'il existe une catégorie (F 44-82 : Troubles dissociatifs [de conversion] transitoires survenant dans l'enfance ou dans l'adolescence), il n'y a pourtant pas de critères spécifiques pour cette tranche d'âge.

Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience et de l'identité ou des sensations immédiates et de contrôle des mouvements corporels... »

« Dans les troubles dissociatifs, on admet qu'il existe une altération de ce contrôle conscient et sélectif ; l'importance de cette altération peut varier » (d'un moment à

l'autre).

La CIM 10 spécifie qu'il faut y inclure les diagnostics d'hystérie, d'hystérie de conversion, de psychose hystérique et de réaction de conversion. Mais « il semble actuellement préférable d'éviter autant que possible ce terme d'« hystérie », en raison de ses nombreuses significations différentes ».

Dans la CIM 10, « on admet que les troubles dissociatifs sont « psychogènes », dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles. De ce fait, il est souvent possible d'élaborer des interprétations et des hypothèses au sujet des moyens mis en œuvre par le patient pour affronter un facteur de stress intolérable ».

« On utilise souvent le terme de « conversion » pour désigner certains de ces troubles. Ce terme sous-entend que l'affect pénible engendré par des problèmes ou conflits insolubles est transformé en quelque sorte en symptôme. »

Le diagnostic repose sur :

- (a) la présence des caractères cliniques propres à chaque trouble dissociatif ;
- (b) l'absence de tout argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes ;
- (c) la mise en évidence d'arguments en faveur d'une origine psychologique, c'est à dire d'une relation temporelle manifeste entre la survenue du trouble et celle d'un événement stressant, d'un problème traumatisant ou d'une perturbation des relations interpersonnelles (même si ces problèmes sont niés par le sujet).

Alors que les catégories F 44-0 à F44-3 caractérisent les troubles dissociatifs « psychiques », les critères F 44-4 à F 44-7 concernent les « troubles de la motricité et des organes des sens ».

« Ils se caractérisent par une perte ou une altération de la motricité, de la sensibilité ou des fonctions sensorielles, faisant suggérer un trouble physique, sans pouvoir être

rattachés à une affection somatique connue. »

Cette définition pourrait faire penser qu'il s'agit des troubles somatoformes mais la CIM 10 stipule que les patients souffrant de troubles somatoformes font des demandes réitérées d'investigations médicales, ce qui ne semble pas être le cas dans les troubles conversifs.

Quant au **DSM IV** (5), il ne mentionne plus l'hystérie (contrairement au DSM III (4), qui rattachait tous les troubles de conversion à l'hystérie de conversion) et il sépare les conversions somatiques (classées parmi les « troubles somatoformes ») et les conversions psychiques (appartenant aux « troubles dissociatifs »).

Les troubles somatoformes (ou somatomorphes) sont caractérisés par la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (le trouble panique, par exemple).

Le trouble de conversion est caractérisé par la présence de symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant une affection neurologique ou médicale générale ; on parle de troubles « pseudo-neurologiques ».

En outre, des facteurs psychologiques sont impliqués dans la genèse et l'évolution de ces troubles. Mais là où le DSM IV parle de conflits ou de facteur de stress, ces conflits restent dans le domaine conscient ou à la limite préconscient alors que la psychanalyse s'intéresse surtout aux conflits inconscients (qui sont beaucoup plus profonds et beaucoup moins facilement repérables et nécessitent l'interprétation), selon DARCOURT (28).

Enfin, comme pour la CIM 10, il n'est pas fait état de critères diagnostiques spécifiques à l'enfant et l'adolescent pour le trouble de conversion, qui n'est d'ailleurs pas mentionné parmi les troubles débutant pendant l'enfance.

La description des troubles névrotiques et anxieux survenant dans l'enfance se trouve ramenée au modèle adulte (19).

II.

**CONVERSIONS SOMATIQUES
DURABLES**

II.1. EPIDEMIOLOGIE

Les enquêtes épidémiologiques permettent difficilement d'appréhender la réelle **fréquence** des conversions, qui sont souvent confondues avec les manifestations somatiques de l'angoisse ou des désordres psychosomatiques (83), mais aussi du fait de la variété des critères diagnostiques utilisés (34) et des symptômes inclus dans ce concept.

Enfin, ces conversions s'observent de façon privilégiée dans les services de pédiatrie et seules les formes cliniques plus graves sont abordées sous un angle réellement psychopathologique et sont vues par les pédopsychiatres (77 ; 37) ; d'où une probable sous-estimation de ce trouble.

De plus, la fréquente nature transitoire des troubles fait que le diagnostic n'est pas toujours porté (25).

Il est nécessaire de délimiter à partir de quel **âge** on peut parler de conversion. L'âge d'utilisation de ce concept varie beaucoup en fonction des auteurs.

Les troubles conversifs impliquent la reconnaissance par l'enfant de son corps, et souvent de son corps sexué. On considère que ce dernier se constitue vers l'âge de 18 mois.

KREISLER et FAIN (64) ont pu parler de « conversion névrotique » quand des mécanismes de décharge somatique évoquent l'hystérie du point de vue clinique, à propos d'une fillette de 2 ans et demi, atteinte d'une impotence fonctionnelle douloureuse des jambes consécutive à l'immobilisation de son père par une sciatique. FAIN ajoute que « la différence avec l'hystérie adulte est qu'il n'y a pas dans de tels cas de retour du refoulé, mais plutôt constitution insuffisante des mécanismes de refoulement ».

Anna FREUD a rapporté un cas de conversion chez un enfant de 18 mois ayant une paralysie fonctionnelle d'un bras (3).

Il y aurait, dans la toute première période de la petite enfance, un mécanisme primitif

de décharge dans les sphères somatiques face à un débordement d'excitation non maîtrisable psychiquement, qui paraît, du point de vue descriptif, identique à l'hystérie de conversion. Mais il ne s'agit toutefois pas d'hystérie dans son sens topologique dynamique habituel.

En effet, il y a à cette période peu de distinction entre « ça » et « moi » et pas de distinction entre le « moi » et le corps.

L'hystérie supposant une différenciation du « moi » dégagé de son origine corporelle et l'individualisation d'un Surmoi, héritier de l'Oedipe, de nombreux auteurs (dont SICHEL et POUPIER) excluent ce diagnostic avant 4-5 ans (67).

Pour M. VINCENT et S. LEBOVICI : pendant l'enfance et jusqu'à la puberté, il est encore difficile de parler d'hystérie de conversion (103).

CRAMER (2) pense que « le processus de conversion n'est réellement à l'œuvre qu'à partir d'un certain niveau de structuration mentale que l'on trouve de préférence vers la fin de la période de latence et en période pubertaire », c'est-à-dire vers 9-10 ans. Il précise la distinction nette qu'il fait entre la « somatisation rapide et facile » chez le jeune enfant (il parle de somatisation par imitation avant l'âge de 7 ans) et le phénomène de conversion qui existe plus tard.

De même, si l'on admet que dans l'hystérie, il existe une fixation au stade oedipien avec impossibilité de sortir de ce conflit par le renoncement, il est difficile d'envisager sa survenue avant l'âge habituel du déclin de l'Oedipe et de l'entrée en période de latence.

Enfin, FREUD a montré qu'il existe un remaniement « après-coup » des événements passés. Ces remaniements, et en particulier celui de la puberté, confèrent à des sensations un sens différent. Cela est particulièrement évident dans l'hystérie de l'adulte, mais peut aussi être en cause chez l'enfant dans la période pubertaire où s'affrontent la pression pulsionnelle et les efforts de refoulement. Par contre, d'après cette théorie, on ne peut pas parler d'hystérie de conversion chez le jeune enfant.

En résumé, la plupart des auteurs admettent que l'on peut parler de conversion

« hystérique » à partir de 8-10 ans, de la période de latence et qu'il existe un pic de fréquence quand s'annoncent les premières transformations pubertaires (52).

On préférera, chez l'enfant plus jeune, la notion de troubles fonctionnels, de somatisation (88), de troubles psychosomatiques (52). ESCANDE (37) parle de « simulation mimétique ».

Ces cas précoces introduisent des problèmes théoriques nombreux et intéressants : limite entre conversion et somatisation ; celui du début de l'activité symbolique chez l'enfant, du début du refoulement.

A propos du sex ratio, ces troubles s'observent autant chez la fille que chez le garçon pendant l'enfance puis la prépondérance féminine augmente en période prépubertaire pour M. MYQUEL (91) mais est beaucoup moins nette que chez l'adulte pour MARCELLI et BRACONNIER (77).

Les attitudes de l'entourage interfèrent toujours dans l'organisation et la pérennisation du tableau clinique.

Certains auteurs ont souligné l'importance des facteurs culturels, et mis en évidence la facilitation de ce mode d'expression par le corps chez les enfants appartenant à une population transplantée ou émigrée (14 ; 83).

En effet, les transformations pubertaires du corps posent sans doute plus de problèmes à ces jeunes chez lesquels la société n'impose plus publiquement les rites d'initiation, les rites de passage de l'enfance à l'âge adulte, mais les laissent aux bons soins de chacun, depuis « l'invention de l'adolescence ».

La dimension psycho-sociale de l'adolescence conduit alors à des rites qui se situent aux limites de l'hystérie et de la psychose (68).

Ces troubles seraient plus fréquents en zone rurale (3). Et la plupart des études soulignent leur prédominance dans les milieux socio-culturels bas (30).

II.2. DIAGNOSTIC POSITIF

II.2.1. Facteurs prédisposants et circonstances déclenchantes

D'après AJURIAGUERRA (3), le choix du symptôme a été mis sur le compte :

- soit d'un processus d'imitation,
- soit d'une « épine » organique,
- soit d'un recours à une maladie antérieurement existante,
- soit d'un symbolisme, cryptographie qu'il s'agit de déchiffrer.

La famille de l'enfant a souvent des préoccupations médicales importantes (52) et des personnes proches se plaignent volontiers de leur mauvaise santé ou souffrent d'une pathologie somatique (83).

D'ailleurs, plus l'enfant est jeune, plus souvent on retrouve une pathologie ayant une analogie avec les symptômes présentés par l'enfant dans le proche entourage, en particulier des symptômes moteurs : boiterie d'un parent, hémiplégié récente d'un grand parent, accident avec handicap moteur d'un membre de la famille (76).

Mais il s'agit parfois de l'environnement plus éloigné ; il est alors difficile, dans certains cas, d'en faire le rapprochement.

Le phénomène d'imitation-identification à un patient connu joue souvent un rôle dans la possible propagation des conversions dans une collectivité d'enfants (83 ; 19 ; 3).

Enfin, une conversion peut prolonger ou reprendre les symptômes d'une affection somatique déjà présentée par l'enfant (83), en particulier l'épilepsie.

MICHAUX appelle ce point d'appel organique : « métopragie d'appel » (89); ce défaut de l'organisme serait responsable de la localisation du symptôme. Il reprend en fait le concept de « complaisance somatique » de FREUD.

Un *événement déclenchant* d'une *portée symbolique* particulière est presque toujours retrouvé. Il peut s'agir d'une dispute familiale, d'une épreuve scolaire ou sportive (ou musicale), d'une agression, d'une séparation, d'un rapprochement physique. Ces conversions somatiques peuvent aussi apparaître au cours d'un deuil (la perte de l'objet venant compromettre l'équilibre psychique antérieur) et elles reprennent alors la pathologie du défunt.

Toutes ces situations déclenchent une excitation et une insécurité (étant donné les représentations culpabilisantes qu'elles activent) qui trouvent leur résolution par le biais de l'écllosion symptomatique.

De plus, le moindre problème de santé chez l'enfant inquiète les parents et est l'occasion de soins répétés qui procurent à l'enfant des sensations envahissantes et exacerbent son excitabilité physique (83).

II.2.2. Principales manifestations symptomatiques

Chez l'enfant de moins de 10 ans, les symptômes de conversion sont habituellement limités à des troubles de la marche ou à des crises « convulsives » (5). Plus l'adolescent est âgé, plus les manifestations symptomatiques sont proches de celles décrites chez l'adulte.

Les conversions durables sont d'apparition brutale et *touchent préférentiellement l'appareil locomoteur* :

- pseudo-paralysies (concernant un ou deux membres) ;
- astasie-abasie (troubles de la station debout et de la marche contrastant avec une mobilité normale en position couchée) ;
- troubles de la marche (attitude ébrieuse, boiterie) et de l'équilibre ;
- mouvements anormaux (tremblements ; contractures, souvent pour une fonction spécifique).

Ces troubles empêchent les déplacements et rendent l'enfant très dépendant de son

entourage (83).

L'examen neurologique est normal (les symptômes ne respectent pas la systématisation neurologique mais correspondent plutôt à l'idée, à la conception qu'a le sujet d'une maladie donnée ou de l'organisation de son corps en cas de trouble nerveux) (5).

Les troubles sensitifs sont souvent absents en cas de troubles moteurs, et la motricité est libérée pendant le sommeil (ou lorsque l'attention de l'enfant est détournée, lorsqu'il ne se sent pas observé) (19 ; 83) ; les symptômes peuvent évoluer dans le temps.

Si les désordres moteurs se prolongent, de véritables lésions physiques peuvent apparaître, telles que des troubles trophiques, des attitudes vicieuses.

Les symptômes, grossiers, ont une présentation spectaculaire, dramatique, théâtrale ; ils ne peuvent passer inaperçus (76 ; 19 ; 34).

Le cas de Clarisse en est un exemple :

Après avoir téléphoné à une copine, hospitalisée en pédiatrie pour des douleurs abdominales, Clarisse, 13 ans, n'a soudain plus eu de force dans ses jambes, ce qui l'empêchait de tenir debout. Durant la journée, déjà, elle s'était sentie fatiguée et avait eu mal à la tête.

Clarisse a donc été hospitalisée à son tour dans le même service, mais pas dans la même chambre. Sa copine ne l'a appris que le lendemain, Clarisse ne pouvant se déplacer.

La symptomatologie de Clarisse évoque d'emblée une conversion somatique : l'examen neurologique est normal même si les réflexes ostéo-tendineux rotuliens ne sont pas perçus tant les membres inférieurs sont raides, hypertoniques ; elle ne peut plier ses genoux qui sont douloureux et bloqués en extension.

Clarisse marche clopin-clopant, les pieds collés au sol ; le buste est penché en avant et elle n'arrive pas à se redresser.

Clarisse, qui est pubère, n'a pas d'antécédents médicaux particuliers. Par ailleurs, c'est une bonne élève.

Les parents de Clarisse sont divorcés ; Clarisse vit chez sa mère et va régulièrement chez son père.

Sa mère a eu quatre enfants de quatre pères différents.

Suite à une myocardite virale, son demi-frère aîné, qui a 17 ans, a passé un an à l'hôpital et a été greffé du cœur ; il doit donc prendre des médicaments anti-rejet. Son observance thérapeutique aléatoire lui occasionne des hospitalisations itératives et la mère de Clarisse passe beaucoup de temps à son chevet dans ces moments-là.

Clarisse peut dire, au cours de son hospitalisation, qu'elle a peur de « perdre » son frère, mais aussi qu'il « monopolise » sa mère.

Celle-ci s'occupe aussi beaucoup de sa dernière fille de deux ans qui a de l'eczéma et fait des spasmes du sanglot.

Bien sûr, elle a passé ses journées auprès de Clarisse le temps de l'hospitalisation, ce qui n'était pas sans déplaire à cette dernière...

Mais surtout, Clarisse s'inquiète pour l'état de santé de sa mère. En effet, celle-ci a passé une partie de sa dernière grossesse à l'hôpital du fait d'un diabète gravidique. Depuis, elle ne se soigne pas alors qu'elle présente des symptômes manifestes d'hyperglycémie.

Clarisse a également très peur d'être diabétique et de mourir. Nous l'avons rassurée par un dextro et sa mère est enfin allée consulter son médecin généraliste.

Le père de Clarisse est assez présent pendant l'hospitalisation. Il a même trouvé un fauteuil roulant dans le service pour pouvoir promener sa fille, qui a alors les jambes tendues, « en l'air ». Il l'aide également à aller aux toilettes, pour les transferts, ainsi que pour baisser les vêtements de sa fille...

Clarisse peut nous dire que lorsqu'elle est chez son père, remarié, celui-ci se sert d'elle comme « alibi », en quelque sorte, pour contacter sa maîtresse : il « sort avec » Clarisse et en profite pour lui téléphoner ou la voir...

En fin d'hospitalisation, Clarisse peut marcher malgré la raideur de ses jambes. Par contre, elle ne peut pas retourner au collège puisqu'elle ne peut en emprunter les escaliers.

Trois semaines plus tard, Clarisse vient en consultation avec des béquilles (qu'elle avait eues pour une récente entorse de cheville). Sa jambe gauche est redevenue normale, mais la droite conserve une certaine raideur. Elle est retournée au collège où ses camarades lui portent son cartable.

Il semble que Clarisse ne pouvait exprimer sa souffrance psychique autrement que par l'intermédiaire de son corps ; le corps malade étant le mode privilégié de relation et d'investissement de cette mère pour ses enfants.

Alors qu'elle se « consacre » à ses enfants malades, cette maman ne s'occupe pas de sa santé, ce qui n'est pas sans inquiéter son entourage ; un langage paradoxal émerge donc autour du corps souffrant, à soigner mais pas vraiment... ce que fait son fils aîné, d'ailleurs, en ne prenant qu'irrégulièrement son traitement « anti-rejet » ; ainsi, il reste l'objet dont sa mère prend soin.

On note d'emblée la dimension de rivalité fraternelle ; ce frère, qui a perdu son cœur (et ce n'est pas n'importe quel organe ! puisque c'est le lieu de représentation des sentiments), a gagné l'attention de sa mère.

Clarisse, elle, a perdu ses jambes et la récente entorse de cheville est peut-être la « méïopraxie d'appel » de MICHAUX, ou la « complaisance somatique » dont parle FREUD.

Clarisse peut aussi en vouloir à sa petite soeur, qui a rendu sa mère malade.

Enfin, le père de Clarisse immisce sa fille dans sa vie sexuelle, de manière incestuelle ; il l'excite sexuellement au moment même de l'éruption pulsionnelle génitale, de la réactivation des conflits oedipiens et quand la menace d'un inceste devient maintenant réalisable.

La décharge tensionnelle se fait dans le corps, dans les jambes de Clarisse ; membres inférieurs dont on pourrait dire qu'ils sont « en érection », exhibés par le père qui pousse le fauteuil orthopédique.

Par ailleurs, les conversions somatiques durables peuvent se présenter sous la forme de troubles sensitifs, qui sont cependant très rares chez l'enfant de manière isolée (19 ; 52).

Les conversions somatiques affectent aussi les *fonctions de relation et de communication* (103).

L'aphonie, comme la baisse plus ou moins massive de l'acuité visuelle ou auditive restreignent la liberté d'expression ou de mouvements et entravent la curiosité de l'enfant. Elles imposent des aménagements de l'environnement et une adaptation des modes de communication (83).

L'aphonie peut être secondaire à la mue physiologique de la voix (37), à l'« après-coup » de la puberté. Pour ISRAEL (60), elle coupe le lien entre la tête et le tronc, signifiant que le corps est exclu du discours, frappé d'un certain rejet, même s'il est mis en scène.

Les troubles visuels sont rares chez l'enfant et peuvent se manifester sous la forme d'un rétrécissement concentrique du champ visuel.

L'entourage est implicitement mis à l'épreuve en cas de baisse de l'acuité auditive (qui apparaît surtout après un traumatisme sonore), alors qu'il est restreint au chuchotement voire au silence en cas d'hyperacousie douloureuse.

Pour ISRAEL (60), ces symptômes parfois très impressionnants nécessitent probablement une certaine complaisance et même une complicité inconsciente de l'entourage pour se développer et persister (d'ailleurs, le complice idéal serait le médecin) ; car l'on peut s'étonner de la facilité avec laquelle les gens « marchent »

selon les désirs (inconscients) de « l'hystérique ».

Des troubles des conduites alimentaires peuvent également relever d'un mécanisme de conversion : dysphagies (avec sensation de « boule dans la gorge »), certaines anorexies, certains vomissements psychogènes (19).

On cite souvent les douleurs abdominales, symptômes fréquents de l'enfant, mais qui relèvent plus souvent d'un processus de somatisation de l'angoisse, que d'un mécanisme de conversion *stricto sensu*.

A côté de ces symptômes « classiques », d'autres manifestations sont rattachées à l'hystérie par certains auteurs bien qu'il ne soit pas toujours possible d'affirmer l'intervention d'un mécanisme de conversion au sens strict :

- l'inhibition intellectuelle, lorsqu'elle traduit un refoulement de la sexualité déplacé sur l'activité mentale ;
- des quintes de toux (103), dont l'une des fonctions serait de rendre la communication plus difficile en empêchant l'autre d'entendre, pour ISRAEL (60) ;
- des troubles du sommeil, une énurésie secondaire et certaines formes de troubles des fonctions instrumentales ont pu également être considérées comme étant de nature hystérique du point de vue psychopathologique (19).

II.2.3. Manifestations associées

Comme nous venons de le voir, les troubles conversifs sont présentés de façon spectaculaire, grossière ; ceci n'est pas sans évoquer le théâtralisme et même l'histrionisme. Peut-on dire pour autant que les troubles de conversion sont associées à une personnalité hystérique (histrionique, pour les DSM IV et CIM 10) chez

l'enfant ?

Tout d'abord, les traits de **personnalité hystérique** sont d'observation fréquente chez l'enfant, surtout avant 7 - 8 ans.

En effet, chez quel enfant ne pourrait-on rencontrer une tendance à la suggestibilité, à la labilité émotionnelle, au théâtralisme, à l'exagération des attitudes et des affects, un certain égocentrisme, le désir de séduire ou du moins de capter l'attention d'autrui ?

C'est l'existence de ces traits qualifiés d' « infantiles » chez l'adulte, qui définit ce type de personnalité pathologique.

Si ces enfants sont porteurs de « traits hystériques », leur personnalité est rarement déjà structurée et fixée définitivement de manière psychopathologique ; l'enfant est en développement et les structures ne sont pas stables.

Les symptômes et la personnalité de l'enfant ne permettent pas de préjuger de la structure à l'âge adulte. Il n'y a pas de continuité entre la structure psychique de l'enfant et celle de l'adulte (91).

De plus, il convient de rappeler que la suspicion de l'hystérie chez l'enfant, plus encore peut être que chez l'adulte, n'est certainement pas indemne de subjectivité et suscite des contre-attitudes négatives de la part de l'observateur (19).

Enfin, la plupart des auteurs s'accordent sur la relative indépendance des conversions par rapport à la personnalité hystérique classiquement décrite (il y aurait environ 20 % d'association) (19).

Thérèse LEMPERIERE (70) a montré que, chez l'adulte, les conversions sont beaucoup plus fréquemment associées à des personnes qualifiées de passives, dépendantes. Pour BONHOMME (14), elles se développent souvent sur des personnalités dépendantes, évitantes et narcissiques.

AJURIAGUERRA indique que, si les traits de personnalité « hystérique » sont

fréquents chez l'enfant, ils ne se retrouvent pas nécessairement chez tous les enfants présentant des manifestations de conversion (3).

Enfin, les personnalités histrioniques peuvent également décompenser sur d'autres modes, en particulier sous la forme de troubles anxieux (37).

En conclusion, il faut donc être prudent et se garder de faire un tel parallélisme entre conversion somatique et personnalité hystérique.

Le symptôme de conversion appelle la notion de **bénéfices primaires et secondaires**.

La psychanalyse a avancé que la névrose en elle-même pouvait comporter un mode de satisfaction, appelé bénéfice primaire. Celui-ci est inconscient et lié au déterminisme même des symptômes.

Pour FREUD, la névrose, en particulier l'hystérie de conversion est provoquée par un conflit intrapsychique qui entraîne du déplaisir par augmentation des tensions.

L'apparition du symptôme névrotique produit une réduction des tensions, la disparition de l'angoisse qui constitue le premier bénéfice ; le symptôme, pour douloureux qu'il soit, semble moins pénible que le déplaisir lié au conflit.

C'est le mécanisme dit de la « fuite dans la maladie », qui comporte bien à minima la satisfaction de certaines composantes.

Les bénéfices primaires sont de nature essentiellement libidinale : la maladie est aussi une forme de satisfaction (58).

Ceci a pour conséquence l'existence de résistances à la guérison.

Enfin, la disparition de l'angoisse, qui signe la réussite de la conversion, va de pair avec l'apparition de la classique « **belle indifférence** ». Mais l'absence apparente d'angoisse de l'enfant vis-à-vis de ses symptômes est de moindre valeur à cet âge (19) ; l'anxiété est souvent présente, plus ou moins masquée par la belle indifférence. Pour CRAMER (25), l'indifférence signe l'importance économique d'un processus

qu'il nomme clivage et qui fait du corps un objet extérieur. CRAMER en fait un signe péjoratif.

Quant à DAR COURT (28), il préfère parler de « sérénité », pour souligner la dimension de la régression et de la satisfaction (qui, si elle n'est pas exprimée, est néanmoins ressentie)...

Quant au bénéfice secondaire, il pourrait se distinguer du précédent par :

- sa survenue après coup, comme gain supplémentaire ou utilisation par le sujet d'une maladie déjà constituée ;
- son caractère extrinsèque par rapport au déterminisme initial de la maladie et au sens des symptômes ;
- le fait qu'il s'agisse de satisfactions narcissiques plutôt que de satisfactions directement libidinales.

En outre, les bénéfices secondaires sont plus accessibles à l'observation clinique : ils permettent au sujet d'échapper à une situation désagréable, d'éviter d'assumer les conséquences de ses actes, d'obtenir de l'attention, de l'affection de la part de l'entourage.

Les bénéfices secondaires sont inhérents au statut de malade ; ils ne sont pas spécifiques à la conversion « hystérique ». Ils sont présents chez l'enfant pour toute maladie quelle qu'elle soit : elle permet une présence plus importante des parents, leur inquiétude, leur sollicitude.

Le danger des bénéfices secondaires est dû à la tentation de maintenir la maladie pour les conserver.

Les bénéfices secondaires contribuent donc eux aussi à la pérennisation des troubles.

II.3. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

La définition, la description de la conversion somatique ne sauraient être données seulement à partir de l'image clinique du symptôme ; la dimension psychodynamique est fondamentale pour porter ce diagnostic.

Les travaux anatomo-cliniques ou physiopathologiques cherchant à démontrer et

spécifier une prédisposition constitutionnelle autorisant ce « saut du psychisme dans l'innervation somatique » décrit par FREUD, ne sont pas convaincants. Cette supposée « complaisance somatique » ne se laisse pas aisément cerner, et les psychanalystes se sont plutôt attachés à la description des mécanismes inconscients qui sous-tendent la transposition dans le corporel d'un conflit psychique.

Le modèle de l'hystérie, qui ne s'applique qu'imparfaitement à l'enfant, a été complété par des conceptions qui défendent l'idée d'une spécificité des symptômes de conversion en période pubertaire.

Pour MARCELLI et BRACONNIER (77), la signification psychopathologique des conversions est loin d'être univoque au moment de la puberté ; ces manifestations sont souvent un symptôme surdéterminé dont le mécanisme même est variable.

Du conflit intra-psychique décrit par FREUD, les analystes sont passés au conflit interactionnel de l'enfant avec son entourage.

II.3.1. Modèle de l'hystérie

Selon FREUD, le sens premier du terme conversion est économique, c'est-à-dire lié à la notion de déplacement de l'énergie pulsionnelle (libido) sous l'effet du refoulement. Mais cette conception est utilement complétée par les notions de symbolisation et d'identification.

II.3.1.1. Refoulement et déplacement

D'après la théorie freudienne, la représentation inacceptable est refoulée et l'énergie pulsionnelle qui lui est liée est ainsi libérée ; elle va pouvoir se lier à une autre représentation plus acceptable pour la conscience (retour du refoulé) et venir subvertir le fonctionnement corporel.

La zone somatique concernée serait ainsi le siège d'un déplacement de l'investissement libidinal initialement lié à une représentation. Cette transposition d'une excitation purement psychique dans le domaine du corps suivrait les voies nombreuses par lesquelles s'expriment habituellement les émotions.

Les symptômes somatiques témoigneraient donc de tout ce qui ne saurait s'éprouver et se dire clairement, puisque s'ils « parlent », ce n'est qu'après avoir été déformés par les mécanismes de condensation et de déplacement.

Cette conception, si elle introduit l'idée d'une forme archaïque de langage corporel qu'il conviendrait de décoder, ne rend pas suffisamment compte de la valeur métaphorique du symptôme, qui doit être envisagé comme un langage symbolique corporel.

II.3.1.2. Symbolisation corporelle

C'est bien leur signification symbolique qui spécifie les symptômes de conversion.

Pour CRAMER (25), c'est le corps et ses fonctions qui servent de support à la symbolisation des contenus psychiques (affects, pulsions d'ordre objectal ou narcissique, fantasmes, défenses) ; contenus psychiques qui ne parviennent pas à être exprimés de façon plus « décentrée » des racines corporelles. Il parle de « corporalisation des affects ».

Pour ANDRE, LANOUZIERE et RICHARD (6), « Certaines formes de l'hystérie traduisent un affaiblissement des capacités de symbolisation. A cet égard, l'hystérie de conversion est remarquable : en effet, elle trahit une tendance à la désymbolisation (le corps se met à « parler » parce que la parole dysfonctionne), tout en portant au zénith la puissance métaphorique du symptôme (la somatisation y obéit à un symbolisme précis). L'hystérie de conversion est donc paradoxale : un déficit de représentation langagière et imaginaire y est compensé par la puissance de la liaison symbolique du symptôme. »

LEVI-STRAUSS (cité par GUEDENEY) parle de la conversion comme d'une « métaphore incarnée » (52).

Les représentations refoulées ne sont pas complètement absentes du symptôme de conversion, mais sont transformées de manière à ce qu'elles restent méconnaissables par la conscience. La conversion somatique constitue donc une formation de compromis où sont figurés conjointement désirs et interdits.

Le désir sexuel ou agressif peut d'ailleurs être indirectement représenté par la mise « hors service » de la partie du corps qui aurait pu en permettre la réalisation.

Par exemple, un désir de masturbation pourra se traduire par l'impotence fonctionnelle d'un membre supérieur (83).

Il s'agit de l'*inhibition* partielle, de l'extinction momentanée d'une fonction, qui est possible grâce à un mécanisme de contre-investissement (25).

Les contenus psychiques sont ainsi transposés sur le plan du corps *imaginaire*.

Les métaphores corporelles utilisées dans le langage courant jouent souvent un rôle décisif dans la formation des symptômes.

Les enfants semblent particulièrement sensibles aux expressions imagées de leur entourage qui, prises au pied de la lettre, se trouvent ainsi transposées concrètement dans le corps.

Il serait pourtant hasardeux de tenter une lecture directe des symptômes, les condensations de significations étant la règle (67).

D'ailleurs, ISRAEL (60) nous met en garde : « Qu'on n'aille pas pour autant dresser

un catalogue en forme de clé des songes : tel symptôme a telle signification. [...] Ce sens est particulier à chaque patient et ne peut en aucune manière être inventé par le médecin. Il ne peut être découvert qu'avec l'aide du sujet. Encore faut-il savoir que, d'une part, cette découverte est souvent très difficile à mener, étant donné que le sens est, pour le sujet, inconscient, et que, d'autre part, il ne suffit pas que le sens soit découvert pour que disparaisse le symptôme. ».

Pour une plus grande clarté dans nos propos, nous distinguons le *schéma corporel*, qui désigne les aspects les plus neurologiques de la représentation du corps, de l'« *image du corps* », qui fait référence aux aspects fantasmatiques (conscients et inconscients) et libidinaux du corps (58).

Terme à connotation neurophysiologique et neuropsychologique, le schéma corporel correspond à l'intégration des différentes projections corticales de la sensorialité (extéroceptive et proprioceptive). Les modifications de la puberté vont donc s'accompagner d'une modification sensible du schéma corporel (77).

En revanche, l'image du corps, concept psychanalytique, appartient quant à elle, au registre symbolique imaginaire. Elle dépend des investissements dynamiques, libidinaux et agressifs. Sa base étant affective, l'image du corps est en perpétuel remaniement.

En outre, la constitution de l'image du corps implique la reconnaissance d'une limite. Selon ANGELERGUES (cité par ANZIEU), l'image du corps est « un processus symbolique de représentation d'une limite qui a fonction d' «image stabilisatrice » et d'enveloppe protectrice. Cette démarche pose le corps comme l'objet d'investissement et son image comme produit de cet investissement [...]. L'image du corps est située dans l'ordre du fantasme et de l'élaboration secondaire, représentation agissant sur le corps. » (7).

Or le problème des limites à l'adolescence est d'une acuité toute particulière, d'où les fréquentes incertitudes concernant l'image du corps.

D'ailleurs, à partir de quel âge la symbolisation apparaît-elle?

Selon PIAGET et WALLON, l'avènement de cette fonction se situe entre 18 mois et 2 ans et s'appuie sur des comportements observables tels l'imitation différée, le dessin, le jeu symbolique, les conduites sous-tendues par la représentation imagée et à travers le langage (58).

La notion de représentation est au centre de la question de la genèse du symbole. Selon FREUD, il faut attendre 9-10 mois, que l'appareil psychique soit formé, que le Moi soit individualisé par rapport au Ça et que la permanence de l'objet soit établie, pour que l'enfant puisse symboliser pour cet objet.

D'autres analystes situent beaucoup plus tôt l'apparition du symbole et insistent sur les représentations préverbales, même très archaïques.

En effet, Mélanie KLEIN évoquait la constitution des premiers symboles au cours de la position schizo-paranoïde.

Le terme de proto-représentations a été créé pour désigner les tentatives du psychisme pour se représenter le monde extérieur sans que l'enfant soit pour autant différencié de l'objet.

La constitution des symboles est donc préparée par certaines activités psychiques, en particulier l'activité de fantasmatisation ; il existerait des précurseurs aux symboles (58).

Toutefois, même si l'activité symbolique commence précocement, la majorité des auteurs est unanime et affirme que « son corps ne sachant pas encore utiliser le langage symbolique des conflits », le phénomène de conversion ne se rencontrerait que très rarement chez l'enfant (1).

II.3.1.3. Identification pathologique

Il importe de comprendre comment interviennent les identifications et, au-delà, la configuration oedipienne du sujet.

Déjà, dans les premiers cas décrits par BREUER et FREUD (50), la jeune femme (Anna O. par exemple) développait des symptômes « hystériques » suite à une période où elle devait s'occuper d'un être cher malade ; les troubles traduisaient une identification avec la personne souffrante.

Certains auteurs ont proposé un schéma, trop réducteur, de l'imitation inconsciente dans le cadre du conflit oedipien.

Pour eux, en contractant un symptôme dont souffre ou a souffert un parent du même sexe (ou son substitut inconscient), l'enfant en prend symboliquement la place, et cherche implicitement à faire couple avec le parent de sexe opposé.

Or les entraves ou la souffrance liées aux symptômes protègent l'enfant de la culpabilité et de la crainte de punition liées à cette substitution fantasmatiquement trop conforme à son désir incestueux.

En empruntant un symptôme au parent de sexe opposé (ou à un de ses représentants sur le plan de l'inconscient), l'enfant s'en rapproche d'une manière régressive et masque ainsi son penchant érotique. Cette identification à valeur séductrice s'accomplit sous le sceau d'une « maladie » propre à atténuer imaginairement l'hostilité du rival oedipien.

Ce schéma néglige l'importance de l'ambivalence et de l'Oedipe inversé. Mais il donne une idée de l'aspect autopunitif des symptômes et des bénéfices qu'ils peuvent procurer au patient.

Il permet de comprendre combien cette symptomatologie est liée à l'impossibilité de s'appuyer sur des identifications positives qui aideraient l'enfant à se situer clairement et sans angoisse par rapport à la différence des sexes et des générations (83).

II.3.2. Conversion et traumatisme pubertaire

La sexualisation de l'image du corps, les changements économiques pulsionnels et les angoisses pubertaires semblent être les éléments déclenchants de ces conversions.

FREUD a émis l'hypothèse d'une prédisposition à l'hystérie où il y aurait des pulsions libidinales trop intenses face à un moi encore immature, incapable ni de les contrôler, ni de les canaliser, de telle sorte que l'ensemble du corps et des conduites sont saturés d'investissements libidinaux.

Selon CRAMER (25), « le départ de la conversion, l'élément qui la fait apparaître, est quand même l'élément traumatogène de l'émergence génitale comme c'est le cas à la puberté ».

II.3.2.1. Conversions bénignes

Les conversions bénignes constituent un aménagement *défensif* mis en place par un grand enfant surpris par l'émergence pulsionnelle pubertaire et dirigé *contre la sexualité*, tout particulièrement la masturbation et les fantasmes sexuelles.

En effet, la puberté réveille le conflit oedipien et stimule la tentation masturbatoire.

En outre, à cette période de la vie, la distinction entre la pensée et l'agir n'est pas bien établie (37) et il se produit un déplacement de la lutte contre le fantasme à la lutte contre l'acte physique de masturbation.

Le corps de l'enfant devient le lieu d'une excitation sexuelle réprimée par le Surmoi et qui en trouble le fonctionnement de manière transitoire et partielle (83).

La paralysie (des mains, des jambes...) est nécessaire pour lutter contre la tentative masturbatoire ; elle est alors essentiellement comprise dans le sens d'un *contre-investissement* de l'activité motrice, laquelle est un équivalent sexuel.

Les conversions prennent alors un aspect punitif, tant la sexualité est vécue sur un mode culpabilisant.

Néanmoins, le symptôme apporte aussi des gratifications ; déjà, FREUD et ABRAHAM voyaient dans la conversion une lutte contre l'acte masturbatoire lui-même, mais surtout l'expression d'un équivalent masturbatoire ou d'un équivalent orgastique (25).

Il s'agit d'un court-circuitage momentané de la secondarisation, avec facilitation du passage de la symbolique bien secondarisée à une symbolique corporelle ; passage d'autant plus facile que l'image du corps est complètement remaniée au moment de la puberté (25).

CRAMER (25) conçoit la conversion comme « un processus dans lequel chaque cas s'inscrirait à un niveau différent ».

A l'extrémité la plus bénigne, ces conversions « d'urgence » expriment, par une régression partielle et réversible, essentiellement un conflit oedipien-génital donnant lieu à des interdits contre la masturbation.

Et il semble que ce type de conversion ne soit pas aussi fréquent chez l'adulte qu'en période pubertaire (25), traduisant une certaine spécificité des conversions à ce moment de la vie.

II.3.2.2. Conversions durables

Les conversions durables révéleraient, selon CRAMER (25), un fantasme de symbiose menacé par les transformations pubertaires et s'appuieraient sur des mécanismes de défense plus archaïques.

La puberté compromettrait les fantasmes fusionnels qui, dans certains cas, unissaient sur le plan imaginaire, le corps de l'enfant à celui de sa mère.

Dans le développement normal, au tout début de la vie, le corps de l'enfant « appartient » à sa mère. Margaret MALHER a proposé la notion de « symbiose » où elle a mis l'accent sur l'indifférenciation des selfs de l'enfant et de la mère.

L'établissement d'une distinction entre les selfs de la mère et de l'enfant est une des tâches capitales des premières années de la vie pour le développement de l'enfant et de la mère.

Si le jeune enfant s'est dégagé de sa mère par internalisation des images parentales, l'adolescent doit se dégager des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extra-familiaux.

A la puberté, le deuxième processus de séparation-individuation permet à l'enfant d'assurer son identité aux dépens de l'illusion symbiotique (25).

Mais, d'après CRAMER, « *dans les cas de conversion, il y aurait un déficit spécifique de l'établissement des limites du self, et ceci particulièrement au niveau du corps qui est ressenti par les deux parties, l'enfant et la mère, comme faisant encore partie de l'autre.* » (25).

En effet, l'individuation, ébauchée sur le plan psychique, serait restée très précaire sur le plan corporel.

Le lien d'attache mère-enfant serait établi quasi-exclusivement dans un « corps à corps », sans qu'une aire transitionnelle plus mentalisée ait pu se développer. Il semble que l'aire transitionnelle soit restée bloquée au niveau du corps ; celui-ci devient ainsi l'intermédiaire essentiel entre la mère et l'enfant.

Ce corps à corps est désormais rendu hasardeux par les transformations morphologiques et sexuelles de la pré-adolescence, par l'intrusion de la sexualité génitale de l'enfant, qui rend désormais possible l'inceste.

Les symptômes conversifs peuvent alors constituer une protection pour l'adolescent

face à ses incertitudes sur les limites de son corps, en offrant l'opportunité de sauvegarder, sous le couvert de la maladie, cette interdépendance corporelle.

En effet, les atteintes de la motricité lors des conversions peuvent aller jusqu'à l'invalidité où l'adolescent est totalement dépendant de sa famille et pourra nécessiter un fauteuil roulant que poussera avec sollicitude l'un de ses deux parents, souvent celui du sexe opposé, facilitant ainsi la régression de son adolescent...

La conversion constitue alors une entrave au mouvement d'indépendance et d'autonomie de l'adolescent vis à vis de sa famille.

En outre, CRAMER souligne l'importance de ce qu'il appelle les « contaminations fantasmatiques », entre mère et fille, particulièrement lorsque les ménarches de l'une correspondent avec la ménopause de l'autre (ou à des événements de vie où la mère peut se sentir diminuée sexuellement ; lors d'un cancer mammaire, par exemple).

D'une part, la mère peut vivre l'accès à la sexualité génitale de sa fille comme un vol de sa sexualité et fantasmer que son enfant la « pousse vers la mort ».

D'autre part, cet accès à la sexualité de la jeune fille, au moment du réveil de la problématique oedipienne, peut évoquer le fantasme de meurtre parental (la rivale est éliminée). Le fantasme, le voeu inconscient se réalise alors et devient terrifiant pour l'enfant.

D'après LAUFER, si ces fantasmes oedipiens ne peuvent être suffisamment réprimés, il peut se produire une perturbation grave du processus de l'adolescence qu'il a appelée rupture du développement et qui est marquée par un rejet du corps sexué vécu comme l'origine de ces fantasmes dangereux. Cet effet d'après-coup pubertaire et la rupture du développement qu'il entraîne rendent compte de l'ensemble de la psychopathologie grave de l'adolescence (58).

De plus, d'après CRAMER, le processus d'individuation et d'autonomisation de son enfant est insupportable à ce genre de mère qui avait besoin de perpétuer le fantasme

de l'enfant idéal éternel, car « asexué ». Or les changements corporels de la puberté ne permettent plus de nier que l'enfant est porteur de sa propre sexualité (25).

L'enfant lui-même peut utiliser la réaction conversive pour se protéger de son incapacité, à un moment donné de son évolution, de passer de l'état « d'être asexué » à une sexualité définie, distinctement identifiable par rapport au sexe opposé, qu'il renonce à avoir dans sa finalité.

Ces mères ont tendance à contrarier les tentatives d'émancipation de leur fille. Se développe alors chez la jeune une peur terrifiante de ce désir d'autonomie, qui renvoie à des sentiments de culpabilité et induit des agressions dirigées contre son propre corps. La rupture de la relation symbiotique apparaît à l'adolescente comme une menace pour son narcissisme. Elle peut être vécue comme une peur d'abandon, comme une peur de perdre l'amour de la mère.

Se dégage donc une problématique de la distance relationnelle, en rapport étroit avec des angoisses d'intrusion et d'abandon.

Dans cette situation, on a l'impression que le corps de l'enfant a été l'objet de stimulations précoces de la part des parents.

Les mères sont souvent décrites comme des mères envahissantes au niveau corporel, utilisant le corps de leur enfant pour leurs propres besoins et sans égards pour les éprouvés de celui-ci.

En effet, d'après CRAMER, elles emploient probablement le corps de leur enfant pour leur complétude narcissique (à la faveur d'un fantasme où l'enfant représenterait le phallus de sa mère) mais aussi comme moyen de décharge pulsionnelle pour elles-mêmes (elles se masturberaient en quelque sorte sur le corps de leur enfant et ceci se manifesterait concrètement par une manipulation excitante du corps de l'enfant), contribuant ainsi à une sexualisation précoce et à des phénomènes d'excitation insupportables pour l'enfant en voie de développement.

L'enfant s'en défend alors par une génitalisation, une libidinisation précoce de son image corporelle :

- pour faire face aux tensions internes insupportables non calmées par la mère qui n'a pas joué son rôle de pare-excitation (expression introduite par S. FREUD ; BION parlerait d'un défaut de la fonction alpha, et WINNICOTT d'un défaut de holding) ;

- pour lutter contre des émergences pulsionnelles prégénitales, des angoisses plus primitives de l'ordre de la castration précoce et surtout du démembrement (décrites par M. KLEIN comme des angoisses d'actions vulnérantes concernant la totalité du corps), à l'aide de l'évocation fantasmatique du corps comme phallus. Selon CRAMER, « *L'hyperlibidinisation si typique de l'hystérie serait ici vue sous l'angle défensif, à savoir un essai précoce de donner au corps une cohésion sur le modèle du fantasme du phallus-érigé.* » (25).

De plus, dans les cas de conversion, la masturbation à la puberté est loin de contribuer à l'intégration des pulsions prégénitales dans une prédominance génitale ; elle est plutôt ressentie comme une intrusion indésirable qui fait rentrer dans le corps des fantasmes prégénitaux très crus qui menacent l'intégrité du Moi.

« D'autre part, la masturbation, au lieu d'apporter un apaisement, est vécue comme excitante à la manière de l'excitation excessive dont le corps de l'enfant a été l'objet dans les mains de ses parents [...].

« La masturbation étant insupportable, l'excitation sexuelle et l'activité masturbatoire sont déplacées à un autre organe du corps ou à une autre fonction corporelle.

« Ce déplacement si typique de la conversion n'est possible que parce que « tout le corps peut être ressenti comme zone érogène ». » (25).

A la faveur d'un défaut de relation précoce à la mère, le corps est surinvesti, procurant les satisfactions narcissiques non fournies par le manque objectal interne.

Le self corporel est employé comme lieu de projection des contenus psychiques

intolérables, tandis que « le self psychique reste caché et bien difficile à définir... ». « La mère se refuse ou n'arrive pas à être le contenant des projections de l'enfant. C'est alors au corps qu'est dévolu le rôle de contenant. » (25).

Cette surcharge pulsionnelle se passe au niveau de *tout* le corps et ne s'arrête donc pas à une zone érogène particulière.

La survenue de la conversion somatique à l'adolescence témoigne alors d'un défaut structural d'ancrage dans les zones érogènes et de focalisation de l'excitation sexuelle prégénitale et génitale au niveau purement génital.

Selon CRAMER, « Il semble que la conversion s'installe lorsque les modes habituels de refoulement ne suffisent plus à contenir l'émergence pulsionnelle. Ce qui arrive alors, c'est un phénomène de projection massive des pulsions dans le corps. Lorsque cette projection passe un seuil critique, le corps est hyperlibidinisé, il devient le réceptacle de toute la vie pulsionnelle et dès lors la défense s'installe sur le mode d'un clivage d'avec le corps ».

Ce clivage expliquerait la « belle indifférence », dans laquelle l'indifférence est essentiellement adressée au corps et à ses mal-fonctions.

CRAMER propose l'hypothèse suivante : « si le refoulement est certainement le *primum movens* dans la conversion et qu'il est le soubassement d'une *prédisposition* à la conversion, *ce qui est typique de la conversion, c'est que le refoulement ne suffit pas et qu'alors il faut les mécanismes [de défense tels que] projection dans le corps et clivage. »*

Ce clivage est d'autant plus « facile » que la réapparition de mécanismes de défense archaïques, qui avaient été abandonnés au décours du conflit oedipien, est fréquente à l'adolescence et certains auteurs ont même pu comparer la « crise » adolescente à un état limite transitoire (77).

Le corps, clivé, risque alors d'être vécu comme étranger, prenant une qualité d'objet externe, dont le fonctionnement échappe au contrôle du sujet.

Ce vécu de « corps étranger » peut s'accompagner d'angoisses de

dépersonnalisation. Des craintes hypocondriaques peuvent s'y associer, traduisant la projection directe de fantasmes agressifs dans le corps. La frontière entre le symptôme hystérique, porteur de la signification symbolique du conflit psychique, et le symptôme hypocondriaque, lieu de projection des angoisses archaïques, n'est pas toujours aisée à tracer (77).

Pour CRAMER, à l'extrémité la plus grave, la conversion est donc un essai de maintenir - par une génitalisation de surface - un self défaillant, voué à des angoisses de démembrement liées à une problématique beaucoup plus narcissique et pré-génitale (25).

Quant à M. ESCANDE (37), il distingue chez l'enfant deux types de fonctionnement pouvant être rencontrés lors des excitations sexuelles de l'Oedipe. Soit l'enfant n'a pas eu à libidiniser excessivement le corps entier ; l'hystérie reste alors limitée à celle d'une névrose infantile structurante et identifiante.

« Soit l'enfant a défensivement hyperlibidinalisé précocement le corps entier. Dès lors les excitations oedipiennes débordent les capacités de projection dans le corps, insuffisamment décentré des investissements objectaux. [...] La menace de l'équilibre narcissique entraîne un clivage non fonctionnel du corps qui, devenu objet externe, échappe au contrôle du Moi, devient objet et lieu de la conversion.

« En cas d'échec de la conversion, on peut même imaginer que le clivage atteigne des parties plus étendues de l'identité et provoque des troubles dissociatifs. »

Selon cet auteur, le clivage entre le Moi corporel et le Moi psychique permet également de maintenir et préserver la différenciation entre soi et objet puisque l'enfant ressent son corps comme soumis à la mère pré-génitale toute-puissante, à un objet interne étouffant.

ESCANDE considère l'hyper-libidinisation du corps entier comme l'un des processus essentiels, sinon spécifique de l'hystérie.

La personnalité histrionique est, pour lui, la manifestation la plus spécifique de l'hystérie; la conversion somatique et les troubles dissociatifs constitueraient des ratés de cette organisation spécifique.

La personnalité hystérique serait alors protectrice vis-à-vis des conversions somatiques ; ceci expliquerait que leur coexistence soit peu fréquente (37).

II.4. DIAGNOSTICS ETIOLOGIQUES

L'étiologie conditionne le pronostic. Les conversions somatiques de l'enfance n'impliquent pas nécessairement le diagnostic de névrose hystérique, qui n'est d'ailleurs porté qu'avec prudence à un âge précoce.

Selon CRAMER (25), « la conversion peut se greffer sur des structures psychopathologiques très diverses et certainement non hystériques : un bon nombre de cas de BREUER et FREUD tomberaient aujourd'hui dans la catégorie des « borderline » ; chez l'adulte particulièrement, la conversion est souvent considérée comme un symptôme plutôt grave, s'associant parfois à un processus psychotique. Chez l'adolescent, la conversion peut s'établir sur toute une gamme de structures allant de la psychose à la névrose et aux troubles caractériels mineurs. Dans un bon nombre de cas, on verra que la « structure de base » n'est pas tant hystérique que dépressive. »

L'évaluation psychodynamique, éventuellement facilitée par l'usage de tests projectifs (RORSCHACH, CAT, TAT) ne dégage effectivement pas de profil de personnalité unique, mais situe les conversions dans des contextes psychopathologiques très différents : entre conflits de développement, organisation névrotique et pathologie limite (83).

II.4.1. Conversion somatique et conflit de développement

Les aléas de l'intégration du corps sexué à la puberté se traduisent fréquemment par des conversions somatiques passagères. Leur valeur symbolique est souvent très apparente et leur lien chronologique avec un événement connoté sexuellement est facilement établi.

Mais c'est aussi à cette même période que s'installent les conversions s'inscrivant dans un contexte psychopathologique plus franc.

II.4.2. Conversion et organisation névrotique

Les symptômes de conversion sont encore souvent considérés comme des troubles névrotiques, en particulier hystériques (87).

Cependant, parler de névrose chez l'enfant soulève de nombreuses questions. Car il faut que les instances psychiques soient suffisamment différenciées les unes des autres pour pouvoir parler de structure névrotique.

D'ailleurs, maintenant, les manuels de pédopsychiatrie n'abordent plus la question des névroses ainsi, mais sous l'angle de l'étude des états anxieux.

Si tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'existence chez l'enfant de manifestations cliniques analogues à celles qui caractérisent les névroses à l'âge adulte, la signification de ces symptômes reste discutée et variable.

Considérés dans de nombreux cas comme des aspects normaux voire nécessaires du développement, ils sont, dans d'autres cas, bien révélateurs d'un processus pathologique.

LEBOVICI (68 ; 103) distingue *névrose infantile* et *névrose chez l'enfant*.

La névrose infantile, concept métapsychologique, correspond à l'organisation de la sexualité infantile (autour des positions phalliques, de l'angoisse de castration et de la problématique oedipienne), dont l'expression prototypique est celle de l'organisation *hystérique* de la personnalité de l'enfant au début de la période de latence. Cette névrose quasi asymptotique est déduite par l'identification de la névrose de transfert, mobilisée après-coup, dans l'analyse.

L'émergence d'une névrose chez l'enfant correspondrait à la non-intégration des symptômes de la névrose infantile et à l'insuffisance des défenses psychiques. Le Moi est alors incapable de faire face de façon adaptée aux exigences pulsionnelles.

Les symptômes présentés sont volontiers polymorphes, changeants ou imbriqués ; ils n'ont pas la stabilité des symptômes névrotiques de l'adulte.

Il s'agit généralement d'inhibitions, de retards ou distorsions dans les fonctions et les apprentissages. Ils constituent des moyens défensifs par rapport à l'angoisse (en

particulier de castration).

Ces symptômes sont réélaborés par l'entre-deux ménagé par la période de latence, ce qui explique la discontinuité symptomatique entre névrose de l'enfant et névrose de l'adulte.

Cependant, à la période oedipienne, les manifestations névrotiques graves, intenses et ultérieurement fixées témoigneraient plutôt d'une conflictualisation prégénitale, appelée prénévrose (LANG) ou prépsychose (DIATKINE) (77).

Quant à la mise en place de la névrose à l'adolescence, elle est sujet à controverses ; deux types de position peuvent être distinguées (77).

D'un côté, certains auteurs, comme LEBOVICI, considèrent que l'adolescence est le moment privilégié de la mise en place d'une organisation névrotique, en raison de la signification traumatique « après-coup » que vient donner la sexualité nouvelle de l'adolescent au modèle de la névrose infantile. L'adolescent accède, du fait de sa maturité sexuelle à un autre degré de développement : celui-ci donne une signification nouvelle, éventuellement traumatique aux expériences anciennes, aux traces mnésiques infantiles.

Pour d'autres auteurs, la névrose occupe une place restreinte à l'adolescence. Elle serait une pathologie d'une personnalité parvenue à sa maturité.

En outre, plus qu'à tout autre âge de la vie, la médiocre corrélation entre une conduite symptomatique et une entité nosographique précise, la difficulté à établir un diagnostic structurel rigoureux conduisent les auteurs à une certaine réserve dans le diagnostic de névrose à l'adolescence.

Cette prudence est renforcée par les études catamnétiques : les symptômes dits névrotiques graves s'inscrivent ultérieurement au sein d'organisations structurelles souvent plus proches de la psychose ou du moins de caractéropathie grave que de la névrose franche chez l'adulte, d'après MARCELLI et BRACONNIER (77).

Le terme d'« aménagement » névrotique est plus adapté, selon ces auteurs (77), car il met en exergue l'aspect temporaire de ces conduites, sans préjuger de leur devenir en terme structurel.

Quant au concept d'« hystérie », il semble imprécis, puisque désignant, dans la terminologie classique, à la fois un type de personnalité, une névrose structurée et même une psychose...

La définition psychanalytique de la névrose hystérique est basée sur des notions de fixation (phallique-oedipienne), de défense (le refoulement), de conflit (entre Surmoi et désirs inconscients) et de symbolisation des processus inconscients (25).

Pour HOUZEL (59), l'usage du terme d'hystérie est encore plus malaisé chez l'enfant, où il sert à décrire des manifestations mineures quasi normales (selon LEBOVICI, le noyau hystérique est constitutif de la névrose infantile) (68) et des symptômes pathologiques.

II.4.3. Conversion et pathologie limite

Dans la CFTMEA (87), les pathologies limites et les troubles de la personnalité (catégorie 3) sont caractérisés par les éléments suivants :

« - des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions précoces dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self ;

« - des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs ;

« - des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive [...] ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins, l'enfant accède à une différenciation soi / non soi où se marque l'écart avec les psychoses ;

« - des failles narcissiques constantes [...]. »

« En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental. »

En précisant qu'il faut exclure de la catégorie « Troubles névrotiques à dominante hystérique » « les cas où des manifestations similaires s'inscrivent parmi les symptômes d'une personnalité de type abandonnique, narcissique, pervers, psychopathique... à classer en catégorie 3 », les auteurs admettent que ces symptômes (de conversion entre autres) peuvent survenir dans le cadre d'organisations limites.

JEAMMET (27) préfère parler d' « organisation », ce qui implique des désorganisations et réorganisations de la psyché, des modalités diverses de fonctionnement et le caractère non définitif des troubles.

Or, l'approche psychodynamique de certaines conversions, qui ne sont pas différentes cliniquement mais qui sont rebelles aux mesures thérapeutiques, montre les failles narcissiques persistantes, l'affleurement constant des angoisses dépressives, les insuffisances de l'activité de penser et de représentation, témoignant d'un défaut de structuration névrotique.

Le maintien du contact avec la réalité, l'avidité relationnelle ne garantissent qu'imparfaitement des risques d'évolution psychotique (83).

Dans un tel contexte, l'enfant est parfois porteur d'une histoire psychopathologique assez lourde quand surviennent les conversions.

Les transformations/pubertaires peuvent dévoiler la précarité de l'organisation défensive jusqu'alors masquée par le maintien d'une relation de dépendance à la mère.

Le corps sexué vient dangereusement menacer cette relation que la maladie va

opportunément conforter.

On conçoit dans ces conditions que de tels symptômes ne se laissent pas facilement vaincre. La prise en charge tentera de prévenir l'évolution vers la chronicité, voire la dissociation schizophrénique (83).

II.5. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

La plupart des auteurs reconnaissent que les conversions peuvent être intriquées à des pathologies organiques, des symptômes hypocondriaques, franchement psychosomatiques ou même simulés ; des formes de passage d'une pathologie à l'autre ne sont pas exclues (37 ; 25 ; 79 ; 1).

II.5.1. Maladie organique

C'est bien sûr le principal diagnostic différentiel puisque la conversion somatique « mime » une affection organique, d'où l'appellation « troubles somatoformes ou somatomorphes » du DSM IV (5).

Ce diagnostic de trouble conversif nécessite la plus grande prudence : les symptômes faisant évoquer des troubles de nature hystérique nécessitent un examen particulièrement attentif et justifient souvent une approche pédiatrique et psychiatrique conjointe.

En effet, des erreurs par excès, comme par défaut, ne sont pas rares (en particulier chez l'adulte...) ; qu'il s'agisse de la méconnaissance d'une affection organique (en particulier neurologique) ou de la fixation « iatrogène » d'un symptôme de conversion par la multiplication excessive d'examens, d'hospitalisations, voire d'interventions chirurgicales (19).

La répétition abusive des explorations focalise le patient sur ces troubles et ne peut que majorer sa conviction de leur « authenticité ».

De plus, l'enfant et ses parents peuvent demander de façon insistante à répéter les examens ; demandes dues à la complaisance de la famille à l'égard du trouble ou allant dans le sens de l'évitement de la problématique du patient et des interactions familiales.

Vis-à-vis de l'enfant et de l'entourage, les examens doivent être présentés dans un

esprit rassurant et non pas de recherche à tout prix d'une anomalie cachée.

Toutefois, trouble organique et conversion peuvent être associés à des degrés divers, allant de la présence d'une simple épine irritative organique dans une conversion franche à un surcroît de symptôme de conversion dans un tableau organique authentique (épilepsie, paralysie ...).

En effet, les conversions peuvent, à la faveur d'une régression, prolonger ou reprendre les symptômes d'une affection guérie ou stabilisée (28).

Enfin, seule l'exploration psychodynamique permet de fonder le diagnostic de conversion. Il s'agit d'un diagnostic positif ; alors que pour le DSM IV, ce doit être un diagnostic provisoire, d'attente (83).

La présence de bénéfices secondaires ne peut être un argument en faveur d'une conversion somatique, en particulier chez l'enfant.

II.5.2. Autres troubles somatoformes

Etymologiquement, HIPPOCRATE rapportait l'**hypocondrie** au mal des « hypochondres », aux douleurs abdominales.

L'hypocondrie se traduit par la crainte ou la croyance d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de certaines sensations ou symptômes physiques, même si l'on ne retrouve aucune affection médicale (5).

« C'est la façon de se plaindre qui fait l'hypocondriaque », disait BOREL (82). En effet, le discours hypocondriaque emprunte à celui de la médecine de façon singulière et caricaturale : il expose une sémiologie riche et détaillée, associée à une interprétation étiopathologique.

Si « l'hystérique » et l'hypocondriaque ont tous deux un rapport particulier avec les médecins, la relative quiétude affichée par l'enfant dans le cadre de la conversion

somatique contraste avec le questionnement sur la santé, l'attention portée à la moindre sensation inhabituelle, la revendication des soins chez l'hypocondriaque ; l'hypocondriaque cherche à convaincre qu'il est malade.

Comme dans la réaction de conversion, le mécanisme de défense utilisé est le clivage d'avec une partie du corps.

En effet, dans l'hypocondrie, la propre haine du patient se fixe sur un organe. Cette agressivité trouve son origine dans des déceptions, rejets et deuils anciens ayant valeur de perte narcissique.

Le sentiment persécutif interne dû à la perte de l'objet d'amour est intolérable et va être refoulé et déplacé sur un organe qui deviendra le persécuteur « extérieur » ; le clivage ayant créé une distance entre soi et une partie de soi (qui est à la fois soi et non-soi, comme objet de projection narcissique). L'organe en question est exhibé dans le corps, mais aussi expulsé.

Ce qui cherche à être représenté, c'est l'absence, l'irreprésentable.

La perte d'objet et l'impossibilité du travail de deuil ne semble pas avoir d'autre issue que l'hypocondrie, par la régression narcissique et auto-érotique, pour éviter la mélancolie, pour préserver le Moi et l'objet aimé (2 ; 57).

FREUD a écrit en 1914 (47) : « l'hypocondrie qui retire intérêt et libido [...] des objets du monde extérieur et concentre les deux sur l'organe qui l'occupe » et « l'érogénéité peut être tenue comme une propriété générale de tous les organes ». Une partie du corps devient le siège d'une excitation douloureuse.

La solution hypocondriaque se situerait donc à mi-chemin entre mélancolie et paranoïa. On ne pourra donc pas convaincre l'hypocondriaque qu'il n'a « rien », puisqu'il a besoin de son symptôme comme d'une défense pour ne pas sombrer dans la dépression.

Comme pour les conversions somatiques, les manifestations hypocondriaques peuvent se greffer sur diverses organisations psychopathologiques (psychoses, dysharmonies évolutives, « normalité ») (57).

Pour certains auteurs, l'hypocondrie semble être un trouble anxieux centré sur la santé.

Les modifications morphologiques de la puberté suscitent de nombreuses interrogations sur le corps et les sensations qui s'y rapportent ; ces inquiétudes se traduisent par de fréquentes craintes hypocondriaques, mais qui sont banales à l'adolescence (58), la plupart du temps.

Les symptômes pseudo-neurologiques ne sont pas spécifiques du trouble de conversion puisque, pour le DSM IV (5), la présence d'un tel symptôme est indispensable pour porter le diagnostic de **trouble somatisation**.

Cependant, cette entité, issue des descriptions de BRIQUET, semble moins fréquente, tant chez l'adulte que chez l'enfant, que le trouble somatoforme non spécifié (26).

La conversion doit se différencier des somatisations multiples : céphalées, douleurs abdominales, vomissements, plaintes répétées de localisations changeantes, fatigue... qui cachent souvent une *angoisse* importante, qui ne peut être verbalisée en tant que telle. L'enfant utilise alors la plainte corporelle pour traduire ses peurs, ses appréhensions, son insécurité, sa tristesse et son malaise relationnel.

D'ailleurs, plus l'enfant est jeune, plus le contexte somatique exprimant son angoisse est riche.

II.5.3. Maladies psychosomatiques

Pour KREISLER, il s'agit de maladies physiques authentiques dont le déterminisme et l'évolution reconnaissent le rôle de facteurs psychologiques et conflictuels. Le trouble psychosomatique peut ne se différencier en rien dans son expression clinique de la maladie organique primitive (63).

Dans la pathologie psychosomatique (asthme, eczéma, recto-colite hémorragique,...), la symbolisation est particulièrement mise en défaut. La réponse somatique déclenchée par des événements à valeur traumatique ne se prête à aucun décodage. L'enfant présente d'authentiques manifestations avec lésions organiques nécessitant des thérapeutiques appropriées (83).

RACAMIER, cité par AJURIAGUERRA (3), a écrit : « Les deux [conversion hystérique et maladie psychosomatique] résolvent des conflits par voie corporelle, tous deux apportent le bénéfice secondaire de la maladie » mais le trouble hystérique est l'expression du conflit psychique, le trouble psychosomatique est conséquence somatique d'affects ou de pulsions réprimés. « Son corps est pour l'hystérique un *instrument*, il est pour le trouble psychosomatique une *victime* ; si le premier parle avec sa chair, l'autre souffre dans sa chair. »

Chez l'enfant, il ne semble pas exister une constitution psychosomatique comme ce qui a été décrit pour l'adulte (et qui fait d'ailleurs l'objet de controverses) ; d'autant que l'évolution de la maladie psychosomatique se fait dans des directions très variables, d'après MARCELLI (76).

En outre, contrairement à l'adulte, où la pathologie psychosomatique s'interpose dans le dialogue interne du patient avec ses propres images intériorisées, le symptôme psychosomatique de l'enfant vient occuper le champ des interactions de cet enfant avec ses parents (76).

Pour certains auteurs, il peut exister des passages d'un tableau à l'autre et les deux pathologies peuvent coexister ; pour d'autres, cela n'est pas possible puisque ces deux pathologies mettent en jeu des mécanismes psychiques différents.

Selon M. ESCANDE (37), il est fréquent qu'un fonctionnement psychosomatique « s'hystérise » et que certains fonctionnements névrotiques évoluent favorablement après un passage par des défenses psychosomatiques.

Car il existe des processus communs à l'hystérie et à la pathologie psychosomatique : « l'hystérisation archaïque du corps, un défaut de holding et de rêverie maternelle, une psychisation insuffisante du corps propre » (37).

Mais leurs mécanismes et évolutions divergent :

- le symptôme hystérique qui résulte d'un échec du refoulement engage la transposition imaginaire du corps qu'il figure, tandis que le symptôme psychosomatique est une expression littérale du corps, non réinvesti par le fantasme ;
- érotisation secondaire du corps entier partiellement symbolisée dans l'hystérie ; surinvestissement du banal (exempt de fantasmes) et de l'opérateur (factuel, rationnel, concret) dans le fonctionnement psychosomatique (37).

II.5.4. Simulation et trouble factice

La distinction entre conversion et simulation qui est essentielle, repose davantage sur des critères psychopathologiques structuraux que sur des différences cliniques somatiques fondamentales.

Elles ont en commun de ne comporter aucune authenticité anatomique et physiopathologique; les organes et les fonctionnements sont indemnes (sauf s'ils sont l'objet d'une altération secondaire) (63).

Si la conversion est liée à la mise en œuvre de mécanismes de défense et à des intentionnalités inconscients, la simulation, quant à elle, est consciente, ayant pour objectif calculé d'obtenir quelque avantage (83).

La simulation est la production intentionnelle, délibérée de symptômes, motivée par

des incitations extérieures, utilitaires, donc permettant d'en retirer un bénéfice évident (58).

Les pédiatres et les mères de famille savent bien que les enfants « inventent » des troubles pour ne pas aller à l'école, pour se soustraire à un contrôle ou à une punition. Les troubles disparaissent généralement une fois obtenue l'assurance qu'on ne leur imposerait pas la situation qui les gênaient (58).

Mais ces évictions scolaires ne relèvent-elles pas plus de troubles anxieux, voire de phobie scolaire, plutôt que de la simulation ?

D'autre part, ce sont généralement des bénéfices « tertiaires » qui sont recherchés dans la simulation : en particulier l'obtention de compensations financières, la fuite d'une responsabilité légale, l'amélioration de sa situation matérielle ou physique (5) ; objectifs qui ne semblent pas être ceux d'un enfant...

Il arrive que l'enfant souffrant de conversion soit injustement considéré comme un simulateur. Les bénéfices secondaires évidents obtenus à partir de son statut de malade évoquent souvent à tort la simulation et suscitent volontiers des contre-attitudes agressives.

La réprobation et le rejet dont l'enfant est alors l'objet empêchent la prise en compte de sa souffrance psychologique et favorisent l'éclosion d'autres manifestations symptomatiques, situées également sur le plan somatique ou s'inscrivant dans le registre des troubles du caractère ou du passage à l'acte (83).

Cependant, les symptômes de conversion peuvent être secondairement « exploités » par un enfant désireux de sauvegarder certains profits et de maintenir l'intérêt qui lui est ainsi porté.

A contrario, le passage d'une simulation franche à une conversion a été décrit. A la faveur d'une automatisation progressive de la manipulation consciente, délibérée du corps, la simulation pourrait être relayée par le processus conversif, échappant à la volonté du sujet (25).

VISIER et MAURY (105) ont constaté que des enfants peuvent présenter des

troubles dont les « niveaux de contrôle » peuvent varier. Certains enfants ont des troubles dans lesquels une dimension biologique est avérée, d'autres troubles peuvent être reliés à un dysfonctionnement au niveau inconscient, d'autres enfin paraissent dans certaines circonstances contrôlables par l'enfant et relèveraient donc de la simulation.

Pour ces auteurs, il n'est pas rare de voir coexister ou se succéder chez un même enfant ces troubles en même temps que le contrôle (possible ou non) à un niveau plus ou moins « élaboré ».

Quant au trouble factice, il est caractérisé par la production feinte et intentionnelle de symptômes, motivée par des incitations internes (par le besoin intra-psychique de conserver un *rôle de malade*), mais pas pour des raisons « utilitaires » (58 ; 26).

Chez l'enfant, il s'agit généralement de trouble factice par personne interposée ou **syndrome de Munchhäusen par procuration** ; les symptômes, produits le plus souvent par la mère, sont alors prétextes à demandes de soins (58).

S'il paraît difficile de produire des pseudo-paralysies par procuration (quoique...), il est tout à fait concevable qu'on puisse administrer à l'enfant des substances pro-convulsivantes.

II.5.5. Anorexie mentale

Au premier abord, il peut sembler surprenant de vouloir comparer conversion somatique et anorexie mentale.

Dès le Moyen-Age, la religion catholique les opposait ; l'hystérie était un signe de possession diabolique, alors que l'anorexie était une composante de la vie mystique,

de l'ascétisme.

En effet, les troubles du comportement alimentaire étaient fréquemment retrouvés dans les écrits concernant la vie des saintes ; le jeûne faisait partie de la liste des mortifications que devait s'imposer celui ou celle qui tentait de parvenir à la sainteté. « L'anorexie mentale était donc la part de Dieu, l'hystérie celle du diable. » (104).

En 1873, Charles LASEGUE réunit les deux entités, faisant de l'anorexie mentale une forme clinique de l'hystérie, relevant donc de la même étiologie et de la même thérapeutique (l'isolement par rapport à l'entourage) (104).

Pour T. VINCENT (104), il existe de nombreuses analogies entre hystérie et anorexie mentale :

- une nette prévalence féminine, même s'il existe des formes masculines ;
- toutes deux s'ouvrent à une clinique singulière du corps ; là où l'hystérique montrait ses crises, ses paralysies, l'anorexique exhibe sa maigreur, sa cachexie ;
- elles ont en commun une relation particulière à la médecine et aux médecins, par leur défi et leur résistance à la thérapeutique ;
- la suggestibilité hystérique peut faire écho au phénomène de mode véhiculé par les médias concernant les exigences de minceur, de régime et de performances.

L'enjeu social se joue autour du corps, et du corps féminin en particulier.

Pourtant, ces analogies ne suffisent pas à identifier ces deux pathologies (ou à faire de l'une une forme clinique de l'autre) :

- le corps de l'hystérique est engagé à souligner des limites, des découpes et des impotences, où les psychanalystes ont perçu les effets d'une symbolique de la castration ; la problématique anorexique ou boulimique tourne autour d'une impossible *satiété* où l'on peut reconnaître au contraire les affres et les limites d'une introuvable limite à sa jouissance vorace et à une impossible castration ;

- le « combat » mené par l'une et l'autre ne se fait pas avec les mêmes armes : l'hystérique, avec sa belle indifférence, paraît passive devant ses symptômes ; alors que l'anorexique pratique la défense active (elle « s'acharne »);

- la collection de symptômes de l'hystérique n'engage pas l'inconscient et l'édification d'une subjectivité féminine de la même façon que l'anorexique, avec la monotonie de ses troubles du comportement alimentaire ; là où l'hystérique combattait contre l'ordre pré-établi entre hommes et femmes, l'anorexique lutte maintenant contre la dé-différenciation des sexes (104).

CRAMER considère lui aussi que ces deux syndromes présentent des points communs :

- tous deux apparaissent autour de la puberté, alors que le corps est ressenti comme dangereux avec la poussée pulsionnelle ;

- le clivage d'avec le corps est un processus important dans les deux cas mais il n'intervient pas aux mêmes niveaux.

Pour mieux faire ressortir similarités et différences entre anorexie mentale et conversion somatique, nous allons reprendre le tableau (tableau 2) proposé par CRAMER et dont les éléments concernant l'anorexie mentale ont été puisés dans le livre *La faim et le corps* d'Evelyne KESTEMBERG (62):

Tableau 2 :

Anorexie mentale	Conversion
-------------------------	-------------------

Clivage entre les fonctions autonomes et le corps érogène.	Clivage entre le self et le corps.
Clivage entre corps idéal et corps réel (qui est nié).	Le corps n'est pas nié.
Contrôle mégalomane du corps pour nier ses besoins.	Contrôle du corps, mais en vue d'une mise en scène des désirs.
Le corps comme n'ayant pas de besoins.	Seul le corps a des désirs.
Régression préobjectable (narcissisme primaire).	Régression narcissique, mais l'objet est contenu dans le symptôme.
Corps clivé des pulsions.	Corps, véhicule symbolique par excellence des pulsions.
Pas d'ancrage aux zones érogènes.	Le corps tout entier comme zone érogène, grâce à la libidinisation.
Plaisir masochique (primaire).	Il y a plaisir libidinal et satisfaction masochique <i>secondaire</i> (intervention d'un surmoi évolué).

Pour CRAMER, « une des différences fondamentales entre ces deux syndromes réside dans la qualité et la quantité de l'investissement libidinal du corps » : dans l'anorexie, le plaisir est trouvé dans la faim, non dans son assouvissement, alors que dans la conversion, le corps tout entier est hyperlibidinisé, ce qui entraîne des défenses secondaires ».

Nous pourrions ajouter que :

- si l'hystérique refuse la sexualité, l'anorexique refuse plutôt la maternité ;
- l'hystérique « incarne » la pulsion sexuelle et l'anorexique la pulsion de mort.

Enfin, anorexie mentale et conversion somatique semblent représenter toutes deux une pathologie du narcissisme et un achoppement du processus de séparation-individuation, au moment de l'adolescence, où le lien de dépendance à l'entourage le

plus proche ne trouve pas à s'élaborer par des moyens intra-psychiques (d'où court-circuitage du champ de la mentalisation).

II.6. EVOLUTION ET PRONOSTIC

En général, les conversions somatiques chez l'enfant évoluent favorablement et plus rapidement vers la sédation que chez l'adulte (91) : elles durent de quelques jours à quelques semaines, le plus souvent. Dans quelques cas seulement, elles se prolongent plusieurs mois (77).

En effet, les accidents conversifs disparaissent habituellement au terme de la situation qui les avait engendrés, mais il n'est pas rare de les voir durer beaucoup plus longtemps en raison de l'attrait des bénéfices secondaires ou parfois de la difficulté à trouver une porte de sortie honorable.

Des facteurs pronostiques ont été démontrés chez l'adulte. Sont de bon pronostic :

- un début aigu ;
 - la présence de facteurs de stress clairement identifiables au moment de l'apparition des symptômes ;
 - un intervalle de temps court entre l'apparition du trouble et l'instauration du traitement ;
 - une intelligence supérieure à la moyenne ;
 - des paralysies, aphonie, cécité ;
- mais sont de mauvais pronostic : des tremblements et crises convulsives (5 ; 38).

Chez l'enfant et l'adolescent, d'après AJURIAGUERRA (3), il semblerait que les éléments suivants soient de bon pronostic :

- un jeune âge ;
- un diagnostic rapide avec un nombre d'examen complémentaires réduits pour éviter la iatrogénie ;
- l'évitement d'une focalisation sur le symptôme seul ;
- la suppression la plus précoce possible du symptôme ;
- une aide ultérieure à l'enfant et à la famille.

Le pronostic sera moins bon si le milieu familial est incapable de comprendre

l'enfant, majore son angoisse, croit à la réalité d'une maladie organique. Si la famille ne fait pas confiance au médecin, elle en changera souvent. Chaque médecin referra des examens complémentaires pour éliminer une étiologie organique, pérennisant ainsi la symptomatologie.

Pour CRAMER (25), il semble difficile de lier la conversion à un diagnostic et dès lors à un pronostic particulier, d'autant plus qu'on trouve également des conversions chez des enfants psychotiques. Il insiste sur les éléments suivants :

- le caractère chronique des troubles est de mauvais pronostic.
- « Lorsqu'on parvient à faire céder une conversion et qu'elle se reproduit rapidement sur une autre fonction ou dans un autre organe, on a également la notion du caractère défensif indispensable de la conversion. » Le phénomène de remplacement est donc de mauvais pronostic.
- « Finalement, c'est surtout l'étude approfondie des fonctions dynamiques et économiques du symptôme qui révèle la gravité du symptôme. Dans les cas où la conversion est relativement pure, c'est à dire essentiellement liée à des émois sexuels et à une défense des contre-investissements contre les pulsions et la masturbation, le pronostic est bon ; par contre, quand la conversion vient recourir à toute une série de vicissitudes pulsionnelles et narcissiques », le pronostic est plus sévère.

Il n'y a pas de continuité entre la pathologie de l'enfant et celle de l'adulte : des symptômes « hystériques » chez l'enfant ne feront pas le lit d'une névrose hystérique de l'adulte (91 ; 37 ; 83).

C'est la ré-élaboration de l'entre-deux, ménagé par la période de latence, qui distingue la névrose des organisations prégénitales et explique aussi la relation de discontinuité symptomatique entre névrose de l'enfant et névrose de l'adulte (76).

MARCELLI (76) ajoute que l'évolution vers de graves organisations hypocondriaques ultérieures représente en réalité une issue plus fréquente chez les

enfants qui présentent précocement une symptomatologie d'allure hystérique que la constitution à l'âge adulte d'une névrose hystérique.

MILLE (83) estime lui aussi que l'angoisse peut s'organiser secondairement sur un mode hypocondriaque.

LEBOVICI (103) pense, quant à lui, que l'évolution ne permet pas d'affirmer qu'un type de névrose infantile précède un même type de névrose chez l'adulte.

En outre, les symptômes hystériques de l'enfant et de l'adolescent se trouvent à un carrefour qui peut conduire, après les transformations de la puberté, vers un large éventail de pathologies, allant de la psychose, en passant par la dépression et la psychosomatique, à la psychopathie (selon un gradient de défaut de mentalisation).

II.7. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE

II.7.1. Règles générales

Il importe d'abord que la conversion soit rapidement reconnue dans sa spécificité. La multiplication excessive des examens complémentaires à la recherche d'une improbable cause organique focalise trop longtemps l'attention sur le symptôme.

A l'inverse, la suspicion de simulation est tout autant préjudiciable : les stratégies visant à intimider, surprendre ou confondre l'enfant empêchent toute alliance thérapeutique ultérieure.

Dans un premier temps (déjà thérapeutique), il convient de dédramatiser la situation, de contenir l'angoisse familiale ; les parents doivent être rassurés. Il est souvent difficile d'aborder la nature psychique éventuelle des troubles présentés, avec l'enfant et sa famille.

Dans les conversions simples, les parents établissent eux-mêmes le lien avec un événement déclenchant. Mais ils se laissent plus difficilement convaincre par le caractère fonctionnel du symptôme dans les conversions plus sévères.

La qualité de la relation médecin-parents s'avère alors décisive pour éviter la quête indéfinie d'avis complémentaires et pour faire prendre en compte la souffrance psychique de l'enfant.

Les symptômes compris dans leur dimension d'appel ne sauraient procurer trop de gratifications directes à l'enfant. Ainsi, l'éviction scolaire, les soins physiques, les avantages matériels seront le plus limités possibles, afin de ne pas instaurer un statut enviable de malade.

Il importe de donner à l'enfant un moyen de guérir sans perdre la face, la maladie ayant été au premier plan des soucis familiaux. « Privé du prestige de la maladie, l'hystérique doit trouver son dédommagement dans le prestige d'une guérison dont il est important de lui laisser le mérite » a dit MICHAUX (82).

Le rôle du pédiatre, élément central des cas les plus fréquents, sinon les plus simples, reste essentiel dans les cas les plus sévères ; son action est souvent indispensable pour permettre la poursuite d'une psychothérapie longue.

Une question importante : faut-il ou non faire disparaître le symptôme convertif rapidement ?

Pour MARIE-CARDINE (78), la persistance du symptôme n'est pas gênante puisqu'il n'est que l'expression d'un trouble plus intérieur. Il disparaîtra lorsque l'économie psychique du sujet ne le rendra plus nécessaire.

Pour GUEDENEY (52), les modalités thérapeutiques dépendent avant tout de l'appréciation de la psychopathologie sous-jacente, individuelle et familiale.

Une réaction de conversion « simple » chez un enfant dont l'organisation mentale actuelle ne paraît pas inquiétante, nécessite d'obtenir une levée rapide du symptôme et un abord psychothérapique bref, individuel et familial, dans lequel le pédiatre joue un rôle majeur. Le pronostic apparaît alors bon, tant sur le plan du symptôme que sur celui du développement ultérieur.

Ailleurs, la conversion témoigne d'une organisation fragile, névrotique ou pré-psychothotique, et la valeur économique attachée au symptôme peut entraîner sa persistance, sa récurrence ou sa chronicisation. Un traitement psychothérapique au long cours est alors nécessaire et le pronostic plus aléatoire.

Ainsi, aucune position radicale, de « respect » ou de suppression à tout prix du symptôme, n'apparaît défendable pour tous les cas, non plus que l'idée d'une psychothérapie systématiquement entreprise.

L'intervention dans la dynamique familiale apparaît, elle, toujours nécessaire, modulée selon les cas.

II.7.2. L'hospitalisation

L'hospitalisation est souvent demandée par les parents, du fait de leur angoisse face aux symptômes présentés par l'enfant.

En outre, elle est souvent nécessaire pour la réalisation d'un bilan, à la fois somatique et psychologique.

Le séjour hospitalier, souvent court, permet l'élaboration d'un travail en réseau et peut faciliter la prise de contact avec l'équipe de pédopsychiatrie. Il apporte un cadre thérapeutique qui contribue à former le contenant qui faisait défaut à l'enfant et peut fournir l'occasion d'amorcer le travail psychothérapique avec l'enfant, et ses parents, en prenant appui sur la mobilisation affective suscitée de part et d'autre par la séparation.

D'ailleurs, l'hospitalisation entraîne souvent une disparition rapide des phénomènes de conversion ; l'éloignement du milieu familial permettant d'interrompre des interactions pathologiques qui maintenaient l'enfant dans sa répétition inconsciente. De plus, tout comme le phénomène de conversion, l'hospitalisation a un aspect dramatique, qui peut jouer un rôle de « déblocage ».

II.7.3. A propos de la pédopsychiatrie de liaison

Nous ne saurions que trop insister sur l'importance du travail en collaboration des somaticiens et « psys », dans les cas de « troubles psychiques à expression corporelle ».

Lorsque l'équipe pédiatrique « comprend un ou des psys », il nous semble important que le pédo-psychiatre soit impliqué très précocement dans la démarche diagnostique.

Le pédiatre peut introduire son confrère auprès des parents en insistant sur leur travail en collaboration et surtout sur la dimension bio-psycho-sociale de toute

maladie, le psy étant situé « comme adjuvant possible du diagnostic et du traitement, tant du corps souffrant que de la personne » (55).

Le pédopsychiatre sera ainsi bien mieux accepté par le jeune et sa famille que s'il intervenait le dernier jour de l'hospitalisation, alors que tous les examens complémentaires s'avèrent normaux (nous préférons parler d'examens normaux plutôt que « négatifs » ; ce terme pouvant prendre un sens péjoratif, dans l'esprit de l'enfant).

Il ne s'agira alors pas d'un « renvoi au psy » dont la dimension structurante serait aléatoire et où l'enfant se sentirait incompris, non reconnu, voire discrédité, dupé par ce médecin avec qui il avait établi une relation ; ceci rajoutant à sa blessure narcissique.

De même, quel sens prendrait pour l'enfant un « tu n'as rien » suivi d'un « renvoi chez le psy » ? Alors que cet enfant a bien quelque chose...

Ainsi la démarche diagnostique se fait « de façon parallèle » au cours de l'hospitalisation et non pas successivement.

Le pédopsychiatre doit évaluer le fonctionnement psychique de l'enfant et la fonction de la symptomatologie, mais aussi le changement de valeur de cette symptomatologie du fait des interventions successives qui se sont produites jusqu'à sa rencontre avec le jeune.

D'ailleurs, l'intervention du psychiatre entraînera aussi un remodelage au niveau de l'identité de l'enfant. Et l'examen psychiatrique comprend déjà en lui-même une dimension thérapeutique.

Le pédopsychiatre « de liaison » a aussi et surtout une activité de liaison, au sens que

donnait BION à ce terme.

BION suppose qu'au début de son existence l'enfant n'a pas de pensée, mais seulement des « éprouvés corporels » impensables, qu'il projette dans sa mère. Celle-ci a pour fonction de métaboliser ces éléments impensables, appelés éléments β , en éléments pensables, ou éléments α .

La mère remplit cette fonction en apportant une réponse adéquate aux signes de tension intérieure manifestés par l'enfant, ce faisant elle donne un sens à ce qu'il éprouve.

Cette activité de liaison que BION appelle fonction α , est progressivement intériorisée par l'enfant, qui devient alors capable de penser, c'est à dire de relier des éléments psychiques les uns aux autres (81).

Le pédopsychiatre de liaison devra donc, dans les cas de conversion somatique, donner du sens aux éprouvés corporels impensables du préadolescent (concernant son corps en changement ayant accès à la sexualité génitale) et lui permettre de (re)mettre en route sa pensée.

L'activité du pédopsychiatre de liaison en pédiatrie est bien une activité de pensée, une activité d'établissement de liens entre des pensées diverses issues de l'approche de l'enfant malade, des mobilisations de l'inconscient, des liens issus de la réflexion pédiatrique et de l'approche psychiatrique, des liens issus de la pensée de la souffrance de l'enfant et de celle des parents (41).

Enfin, le pédopsychiatre à l'hôpital d'enfants a également un rôle de soutien et de réflexion auprès de l'équipe de pédiatrie, avec une sensibilisation aux dimensions transférentielles et contre-transférentielles (au sens large) qui ne sont pas des moindres dans les cas de conversion « hystérique »...

II.7.4. Approche psychothérapique

L'intervention rassurante du médecin, la discussion qui s'instaure autour des circonstances déclenchantes des symptômes, la prise en compte des soucis de chacun peuvent être reçues comme un premier signe de reconnaissance et suffire à introduire, dans les échanges familiaux, une dynamique positive propre à soulager l'enfant.

Ce travail psychothérapique pourra amener l'enfant à exprimer ses angoisses et élaborer ses conflits psychiques. Le plus souvent, il s'agira d'une psychothérapie de soutien (parfois rendue difficile par le déni d'une atteinte psychique) qui encadre la conversion sans devenir un travail à long terme.

D'ailleurs, la relative mobilité des défenses psychiques, dès le début de l'adolescence, donne une ouverture particulière à toute psychothérapie.

Les conversions résistant à cette première approche justifient un abord psychothérapique incluant l'enfant et ses parents. La proposition de cet abord provoque d'inévitables résistances. Il peut être vécu comme menaçant l'aménagement défensif qui protégeait l'enfant de son angoisse ou comme signe de méconnaissance, perpétuant le malentendu exprimé à travers la symptomatologie. Son adhésion ne peut être acquise sans le soutien actif de ses parents, prêts à porter une attention différente à ses difficultés.

Ce travail psychothérapique a pour objectif de permettre le rétablissement de liens symboliques verbaux qui avaient été effacés au profit d'un langage corporel. Le désinvestissement du symptôme permettra la recentration de la problématique au niveau du psychisme de l'enfant, le corps perdant son rôle de contenant des affects et des émotions.

La relation psychothérapique permettra la critique et la négativation des bénéfices secondaires, dans le respect du narcissisme du préadolescent. Les progrès réalisés

seront valorisés tant sur le plan individuel que dans l'interaction enfant-famille. Il est important de s'appuyer sur les capacités de l'enfant, et pas seulement sur son dysfonctionnement.

Cette tâche est plus difficile lorsque la conversion se greffe sur des failles narcissiques mises à mal par les enjeux de la puberté. Une prise en charge de l'ensemble du groupe familial s'avère alors nécessaire.

Certains thérapeutes utilisent la suggestion pour faire disparaître le symptôme, d'autant plus chez l'enfant qui est très suggestible. Pourtant la disparition du symptôme ne permet pas la résolution de la problématique sous-jacente...

L'hypnose a longtemps été considérée comme une méthode thérapeutique des conversions somatiques, son aspect « magique » et parfois a priori irrationnel ayant séduit nombre de patients. Des suggestions appropriées dont l'acceptation est facilitée en état hypnotique ont souvent conduit à la disparition du symptôme.

Cependant ces guérisons « miraculeuses » permettent d'éviter à l'adolescent de s'impliquer subjectivement : « cela ne vient pas de moi ; je vais mieux sans savoir pourquoi ». Et le rôle de messenger psychique du symptôme est aussi nié.

ERICKSON, qui a développé une hypnothérapie « permissive » via des suggestions indirectes, n'utilisait l'hypnose que pour remplacer un symptôme par un autre moins ou pas invalidant, qui était alors compatible avec la vie sociale du patient. Il pensait que la suppression complète du symptôme n'était pas adaptée car elle ne s'accompagnait pas de solution de rechange à la situation pathologique (69).

En outre, l'hypnose éricksonienne, définie comme « éveil paradoxal », permet au sujet d'être très présent à lui-même et d'activer ses compétences, ses ressources psychiques.

II.7.5. Traitement pharmacologique

Les médicaments n'ont pas d'action sur ce type de troubles (88).

L'usage des placebos est de peu d'intérêt. Leur possible effet réducteur sur les symptômes risque de laisser dans l'ombre les difficultés psychopathologiques de l'enfant.

Il est rarement utile de prescrire d'emblée des anxiolytiques, car la fonction de la conversion est justement d'effacer l'angoisse (ceci rend d'ailleurs le traitement difficile, l'angoisse devant être au moins partiellement présente pour que l'enfant puisse accepter une aide psychologique). Le recours aux anxiolytiques (benzodiazépines) ne sera envisagé secondairement qu'en cas de recrudescence de l'angoisse, habituellement consécutive à un réaménagement des modalités défensives.

III.

CONVERSIONS SOMATIQUES PAROXYSTIQUES

« A propos de ma crise, le mieux est de vous renseigner, monsieur, auprès des docteurs d'ici pour savoir si elle était authentique ou pas authentique, moi je n'ai plus rien à vous dire à ce sujet. »

Dostoïevski

Les Frères Karamazov

III.1. DIAGNOSTIC POSITIF

Les manifestations paroxystiques engagent le corps dans son ensemble.

La séquence chute - raidissement axial - mouvements désordonnés mimant grossièrement une crise comitiale généralisée est encore d'actualité (83). La morsure de la langue, les blessures dues à une chute ou la perte des urines sont rares (93). L'amnésie est peu fréquente et l'enfant reste très réceptif à toutes les paroles échangées à son propos pendant ce qu'il appelle volontiers lui-même « sa crise », voire « sa crise nerveuse ».

Il n'y a pas d'activité paroxystique à l'électroencéphalogramme (EEG) (5).

Bien entendu, toutes les variables cliniques sont possibles en fonction du contexte : regard fixe, révulsion oculaire, tremblements, complètent ou remplacent le tableau clinique en fonction de leur pouvoir d'évocation sur l'entourage.

Pour M. ESCANDE, la crise « tétaniforme » serait, plus souvent la traduction motrice d'un paroxysme anxieux que d'une conversion somatique (37).

Ces manifestations se produisent nécessairement en présence de personnes investies affectivement et réagissant avec anxiété (elles paraissent se maintenir ou s'aggraver par l'intérêt que leur manifeste l'entourage, en particulier la famille ; elles cèdent à l'isolement).

A noter que les antécédents d'épilepsie dans l'entourage sont très fréquents.

L'angoisse, souvent présente avant la crise, s'estompe tandis que l'on s'affaire autour du jeune.

Ces « accidents » sont cependant spontanément et assez rapidement résolutifs. Ils peuvent survenir très épisodiquement ou se reproduire de manière pluri-quotidienne, tout en étant variables d'une fois à l'autre, compromettant la poursuite de la scolarité (ceci pouvant tenir lieu de bénéfice secondaire).

Nous allons illustrer nos propos avec une deuxième vignette clinique :

Virginie, 13 ans, est hospitalisée pour des malaises à répétition apparus depuis environ deux mois (pendant des vacances scolaires), lorsque nous la rencontrons.

Elle a déjà été hospitalisée plusieurs fois dans le centre hospitalier le plus proche de chez elle et arrive au CHU car « là-bas », on lui a dit que « c'est psychologique » et on lui a donné l'adresse d'un Centre Médico-Psychologique.

Ses parents sont inquiets (Virginie le semble moins), car les malaises, très fréquents, souvent pluri-quotidiens (1 à 10 par jour), se déroulent aussi bien à la maison qu'au collège (où les pompiers sont intervenus à plusieurs reprises). D'ailleurs, Virginie ne peut même plus être scolarisée depuis deux semaines.

Il s'agit de pertes de connaissance « à l'emporte-pièce », de début et fin brusques, de courte durée (quelques secondes), avec chute, évoquant des syncopes d'origine cardiaque. Les examens complémentaires réalisés (électrocardiogrammes, Holter ECG) lors des premières hospitalisations n'ont pas objectivé d'anomalies pouvant expliquer les malaises.

Au cours de l'hospitalisation au CHU, elle fait un seul malaise, théâtral. Nous prescrivons du DOGMATIL (100 mg par jour).

Puis, progressivement, la sémiologie de ses malaises s'est modifiée : des mouvements « épileptiformes » sont apparus où Virginie « tremble, bave et bleuit » ; il n'a jamais été constaté de morsure de langue, ni de perte des urines ; les crises sont de durée très variable : d'une à 60 minutes (les parents rapportent une crise ayant duré une heure dans les toilettes du collège) ; et, surtout, Virginie peut se mettre en danger lors des ses crises, « qui tombent mal » (elle a chuté avec un verre dans les mains et s'est coupée ; contre un radiateur chaud et s'est brûlée ; derrière la voiture de ses parents qui reculait, heureusement, ceux-ci l'ont vue...).

Les deux premiers jours d'hospitalisation dans le service se passent sans incident. Virginie semble à l'aise, allant avec les autres jeunes dans la « salle des ados » ; c'est là qu'elle fait une crise avec des mouvements anormaux.

J'ai pu être témoin d'une des crises suivantes, ayant été alertée par sa petite voisine de chambre, qui était paniquée. Virginie est allongée sur le dos, sur son lit. Ses membres supérieurs sont élevés, horizontaux, tendus en avant, avec des mouvements de haut en bas, assez rapides. Ses yeux sont mi-clos ; elle ne répond pas aux sollicitations et bave (mais il n'y a pas de morsure de langue). La crise dure environ trois minutes et Virginie « reprend conscience » progressivement mais présente une amnésie de la crise. L'EEG et le scanner alors réalisés sont normaux.

Virginie se livre très peu lors de nos rencontres. Elle a déjà été et est toujours suivie par des « psys » (pédopsychiatre et psychologues scolaires).

Virginie explique que ses parents ont dû déménager alors qu'elle rentrait en cours préparatoire et qu'elle n'a jamais réussi à s'intégrer dans sa nouvelle commune, où elle n'a toujours pas de copines. A l'époque, elle avait vu un pédopsychiatre.

Des difficultés d'apprentissage sont apparues en primaire. Au moment de la décision d'un passage en SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté), Virginie a fait des malaises semblables à ceux présentés actuellement, pendant un mois, qui ont disparu spontanément, alors qu'une consultation pédopsychiatrique était envisagée.

Elle est maintenant la meilleure élève de sa classe et s'entend très bien avec ses camarades. Elle se plaît beaucoup dans ce collège mais elle ne fait aucun commentaire quant aux élèves des classes générales.

Sa sœur, plus jeune qu'elle, l'aide parfois à faire ses devoirs et se moque d'elle, lorsque Virginie n'y arrive pas.

Les jeunes de sa commune la traitent de « débile » et certains lui ont tiré les cheveux et craché dessus. Virginie dit ne pas vouloir retourner dans son village.

Au cours de l'hospitalisation, Virginie a exprimé des idées suicidaires, en ayant

assez de tous ces malaises.

D'autre part, elle a manifestement de grandes difficultés d'endormissement, alors qu'elle doit se lever très tôt le matin pour prendre le car.

Si sa mère est peu féminine, Virginie, qui est pubère, se maquille et porte des vêtements moulants, malgré un surpoids récent (BMI à 26), dont elle dit que cela ne la gêne pas.

Virginie dit bien s'entendre avec ses parents, en particulier avec son père.

Plus tard, elle veut être pompier, comme son père, qui est volontaire.

L'évocation de notre hypothèse diagnostique a été un moment délicat. Bien que nous ayons dit à Virginie et ses parents qu'il ne s'agissait pas d'une maladie épileptique mais de crises dues à des difficultés psychologiques qui s'exprimaient via son corps, ils ne pouvaient accepter ce diagnostic.

D'autant plus qu'une des copines de Virginie est épileptique et que sa maladie n'a été reconnue que par un célèbre professeur de neuro-pédiatrie des hôpitaux parisiens ; depuis qu'elle prend un traitement anti-épileptique, cette copine ne fait plus de crise.

Nous n'avons pas revu Virginie qui a annulé son rendez-vous dans le service pour consulter à Paris... où un diagnostic d'épilepsie à paroxysmes rolandiques a été posé et un traitement par du TRILEPTAL a été mis en place, médicament qui s'est avéré inefficace.*

Virginie et ses parents sont alors allés demander un avis supplémentaire dans un autre CHU de la région. Un EEG couplé à la vidéo (de trois heures) y a été réalisé et « n'a pas décelé d'anomalies » (d'après le courrier du médecin). D'ailleurs, les parents avaient emmené à la consultation l'enregistrement, qu'ils avaient réalisé avec leur caméscope, d'un des malaises de Virginie, qui n'était manifestement pas

épileptique.

Enfin, dans un quatrième CHU (environ un an après la réapparition des crises), le traitement anti-comitial a été arrêté et Virginie n'a pas fait de nouvelle crise depuis plusieurs mois.

D'après le Professeur qui l'a vue, Virginie est coopérante pour les soins et son contact est assez facile.

Elle est maintenant en 4^e d'adaptation et a un suivi psychologique « à sa convenance ».

Chez Virginie, le diagnostic de « conversion hystérique » a été porté devant :

** ses antécédents : des crises similaires étaient apparues deux ans plus tôt (alors que Virginie présentait des difficultés psychologiques) et avaient disparu spontanément.*

** des crises dont la sémiologie s'est modifiée, avec une certaine suggestibilité, au fur et à mesure des contacts avec les médecins (dont les « interrogatoires » ont pu induire des symptômes...).*

Par ailleurs, le fait qu'une crise ait pu survenir la nuit ne nous semble pas exclure le diagnostic de crises pseudo-épileptiques. En effet, selon BOUCHARD (15), la vigilance semble empêcher l'apparition des crises, par la prédominance des processus secondaires ; celles-ci surviennent volontiers pendant le sommeil, quand la vigilance est diminuée, mais alors que la vie psychique y est intense...

** crises mimant finalement des crises épileptiques, telles qu'elle en a peut-être vues ou qu'elle se les imagine, racontées par sa copine épileptique, voire par son père ; la dimension identificatoire est importante chez Virginie.*

** la présentation de Virginie, histrionique pourrait-on dire, tant elle attire l'attention sur elle par sa tenue vestimentaire, son maquillage..., avec suggestibilité*

et tendance à la dramatisation.

** des symptômes « relationnels », qui surviennent à la maison ou au collège (mais qui disparaissent quasiment à l'hôpital, pour réapparaître dès le retour dans le milieu familial) souvent devant des témoins qui voient la crise en train de se produire ou la phase post-ictale ; crise dont les preuves sont inscrites sur le corps, sur la peau, telles les brûlures, coupures...*

Crises qui inquiètent vivement l'entourage : au collège et surtout ses parents, d'autant plus que son père, pompier, est souvent confronté à des « malaises et crises ».

Mais il ne faut pas sous-estimer le rôle des parents dans la pérennisation des troubles ; leur sollicitude anxieuse est souvent un important bénéfice secondaire offert au jeune. De plus, les crises sont souvent racontées avec force détails par les parents à leur enfant.

*Dans ce cas, les conversions paroxystiques réalisent-elles une symbolisation corporelle ou sont-elles simplement destinées à être **montrées** ?*

L'histrion était, dans la Rome antique, un comédien jouant des farces bouffonnes ou grossières. Mais y aurait-il des comédiens sans spectateurs ?

Que donne-t-elle à voir aux hommes, aux pompiers et quelle place leur donne-t-elle pour la secourir ?

Une scène dramatique qui va même être filmée par le caméscope familial et par la vidéo de l'hôpital, où elle va pouvoir « se donner en spectacle », « faire son cinéma » mais où le scénario dépasse acteur et spectateurs...

Et où les crises semblent représenter la décharge du débordement pulsionnel de l'adolescence.

D'ailleurs que peut donc bien faire une adolescente pendant une heure dans les toilettes ? Les crises seraient-elles un équivalent masturbatoire, orgastique ?

Les crises « à la Charcot » comprenaient une phase d'« attitudes passionnelles » mimant une scène d'amour.

Et « Les plus anciens médecins appelaient déjà le coït une « petite épilepsie » et reconnaissaient ainsi dans l'acte sexuel une atténuation et une adaptation de la

décharge d'excitation épileptique » (43).

Malgré nos suspicions, Virginie a toujours nié avoir été victime d'attouchements, d'abus sexuels.

Enfin, Virginie met à mal le lien entre pédiatres et pédopsychiatres : elle va les cliver comme elle clive corps et psyché, pour se défendre psychiquement.

Renvoyant chacun à ses limites, chacun la renvoie avec un « elle est pour vous ».

Cependant, en se focalisant sur les symptômes, peut-on entendre ce que veut nous dire Virginie ?

III.2. REMARQUES SUR LA TERMINOLOGIE

Ces manifestations, correspondant à une modification brutale et limitée dans le temps du comportement d'un individu, sont souvent appelées crises « pseudo-épileptiques » puisqu'elles ressemblent cliniquement ou peuvent être prises pour des crises épileptiques ; mais, contrairement à ces dernières, elles ne correspondent pas à une « activité anormale, excessive et/ou hypersynchrone des neurones, essentiellement localisée au cortex cérébral » (97).

Certains parlent de « pseudo-crisis », ce qui n'est pas un terme satisfaisant puisqu'il s'agit bien de crises, même si elles ne sont pas de nature épileptique. En outre, « pseudo-crise » est souvent entendu par le patient et son entourage comme signifiant « fausse crise », « crise feinte ».

Les auteurs anglo-saxons utilisent beaucoup l'expression « crises psychogènes », expression qui n'est guère plus adaptée puisque d'authentiques crises d'épilepsie peuvent parfois être déclenchées par des facteurs psychiques, d'où l'abord comportementaliste de ces crises d'épilepsie (que nous aborderons plus en détail ultérieurement).

Enfin, les termes « crises hystériques » ou « hystéro-épilepsie » renvoient à l'étiologie de ces crises : l'hystérie qui, nous le reverrons, n'est pas la seule cause de ces manifestations.

De plus, ces dénominations ont une connotation nettement péjorative.

L'expression « crises non épileptiques » est moins stigmatisante mais peut-être trop générale puisqu'incluant des pathologies somatiques (cardiaques ou neurologiques, par exemple) et psychiatriques (simulation, ...) qui peuvent aussi être responsables de « crises d'allure épileptique mais qui n'en sont pas ».

RICHARD (97) préfère donc retenir le terme de « crise fonctionnelle pseudo-

épileptique » pour décrire un syndrome d'allure comitiale pour lequel aucune étiologie organique n'a été clairement retrouvée.

L'adjectif « fonctionnelle » évoque tout à la fois que ces crises reflètent le trouble d'une fonction, et qu'elles ont elles-mêmes une fonction dans l'économie psychique du sujet.

III.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LES CRISES D'EPILEPSIE

De même qu'il est regrettable que certains patients ne puissent, faute d'un diagnostic correct, bénéficier d'un traitement anti-épileptique spécifique, il est absurde voire dangereux, qu'un traitement anti-comitial soit administré à un patient qui n'est pas épileptique (97).

Et les patients présentant des troubles psychiatriques sont particulièrement sujets à une erreur de diagnostic en matière d'épilepsie, que ce soit par défaut ou par excès.

Mais, il est parfois bien malaisé de distinguer crises épileptiques et crises non épileptiques. Les erreurs diagnostiques sont encore fréquentes ; environ 20 % des enfants adressés pour bilan dans les services d'épileptologie ne sont, en fait, pas épileptiques.

Ce ne sont pas tant les crises tonico-cloniques généralisées qui sont l'objet d'erreurs diagnostiques par défaut ; mais plutôt les crises non convulsives, en particulier les crises partielles simples et complexes, les crises temporales et frontales, qui peuvent « prêter à confusion et égarer le diagnostic tant leur aspect clinique peut être trompeur » (97).

Les crises fonctionnelles peuvent donc mimer des crises non convulsives.

Et il est probable que le recours à une symptomatologie d'allure épileptique mais de type non convulsif soit le reflet d'une évolution des connaissances et des représentations de la société en matière d'épilepsie ; il est en tous cas à rapprocher de la variabilité clinique des crises fonctionnelles selon le contexte culturel, pour RICHARD (97).

Le diagnostic différentiel repose sur l'analyse de l'histoire de la maladie, l'observation fine des crises, l'enregistrement électro-encéphalographique (EEG), notamment per- et post-critique, couplé à un enregistrement vidéoscopique du patient (vidéo-EEG) de façon à dégager des corrélations électro-cliniques.

De nombreux symptômes évoquent d'emblée une crise « fonctionnelle » plutôt qu'une crise épileptique (CE), mais aucun d'entre eux n'est pathognomonique de phénomènes non épileptiques:

- le début des crises non épileptiques (CNE) est souvent progressif, fréquemment accompagné d'une aura, alors qu'il est, en général, brutal dans les CE ; dans les CNE, il se peut que les patients signalent qu'ils sont endormis initialement mais l'EEG montre des caractéristiques d'éveil (71);

- au cours des crises s'accompagnant d'une activité motrice, sont fortement évocateurs d'une CNE : une activité motrice désordonnée, asynchrone (qui peut aussi se voir dans les crises frontales) ; une alternance de phases de mouvements plus ou moins rythmés, discontinus, d'amplitude variable ; un moment d'arrêt de l'activité motrice avec reprise des mouvements permettant au patient un « second souffle » ; une progression de l'activité motrice erratique, inhabituelle, ne répondant pas aux séquences physio-pathologiques connues ; un tremblement des membres asynchrone ; prudence tout de même avec les crises atoniques qui sont souvent prises, du fait de leurs début et fin brusques, pour des syncopes cardiaques ou des « évanouissements psychogènes »;

- des mouvements du bassin sont classiques dans les CNE mais peuvent aussi se rencontrer lors de crises temporales ou frontales ;

- la tête pourra être tournée vers un seul côté au cours d'une CE (crise adversive), alors qu'elle pourra avoir des mouvements de rotation lors d'une CNE (mais ceci n'est pas pathognomonique);

- si les productions sonores (à type de cri en début de crise tonico-clonique généralisée par contraction de la glotte ou de bruits respiratoires en phase clonique)

sont typiques d'épilepsie, des vocalisations plus ou moins discontinues et chargées d'émotions sont plus évocatrices de CNE ; elles peuvent néanmoins être dues à une crise frontale ;

- les mouvements oculaires (clonies, fixité du regard) sont plus fréquents dans les CE par rapport aux CNE ; la fermeture forcée des yeux, le clignement des paupières à la menace, la fuite du regard se rencontrent dans les CNE ;

- la morsure de la langue est généralement latérale dans les crises tonico-cloniques; alors que, lorsqu'elle existe dans les CNE, elle se situe plutôt sur la pointe de la langue ;

- lorsqu'on laisse tomber le membre supérieur au-dessus du visage d'un patient faisant une CNE, celui-ci peut modifier la trajectoire de la chute du bras, à côté du visage ;

- l'examineur a la possibilité de modifier le cours de la crise pseudo-épileptique, par suggestion ou mobilisation du patient ;

- la perte d'urines est fréquente dans les CE mais peut aussi se voir lors de CNE ;

- les CNE sont de durée très variable (chez un même sujet, aussi) et généralement plus longues que les CE ;

- l'absence de phase post-critique peut se voir dans les crises fonctionnelles, mais aussi dans les crises temporales et frontales ;

- des signes fonctionnels post-critiques (tels que céphalées, asthénie) sont très fréquents après des crises épileptiques généralisées tonico-cloniques;

- les CNE ont souvent des manifestations « changeantes »; c'est surtout le caractère stéréotypé, chez un patient donné, des manifestations et plus encore de leur

succession au cours de chaque épisode, qui est en faveur de l'étiologie épileptique des troubles ; en cas de crise partielle complexe, la symptomatologie varie d'un malade à l'autre mais beaucoup plus rarement chez le même patient (9).

Au cours d'une crise non épileptique, par définition, il n'y a pas d'activité paroxystique à l'EEG ; en fait, le tracé est souvent parasité par les contractions musculaires.

L'enregistrement de grapho-éléments paroxystiques pendant une crise, ou d'anomalies lentes généralisées au décours immédiat d'une crise, est un appoint considérable pour affirmer l'origine cérébrale d'un épisode.

En revanche, la normalité d'un EEG (critique ou intercritique) n'élimine pas le diagnostic d'épilepsie, pas plus qu'il ne confirme le caractère fonctionnel de la crise (97). En effet :

- les EEG standards intercritiques seront d'autant plus contributifs qu'ils seront répétés (leur sensibilité est alors augmentée) et / ou faits précocement après la crise ; un Holter EEG, un vidéo-EEG sont donc très utiles au diagnostic;
- d'authentiques crises épileptiques peuvent se produire sans modification du tracé électroencéphalographique de surface, hormis des artéfacts liés à l'hypertonie et aux mouvements, en particulier dans les crises partielles (simples, voire complexes), dans les crises ayant pour origine l'aire motrice supplémentaire ou les régions temporales profondes (9).

Inversement, les anomalies électroencéphalographiques paroxystiques ne sont pas toutes synonymes d'épilepsie : des décharges à type de pointes ou de pointes-ondes se voient sur 3,5 à 5% des EEG de routine d'enfants en bonne santé, non épileptiques ; de même, chez 1% de la population générale, on observe des décharges épileptiformes à l'EEG, en l'absence de toute épilepsie (9).

Pour mieux mettre en évidence d'éventuelles manifestations fonctionnelles, il a été proposé de recourir à des tests de provocation des crises (suggestion induite par le

médecin, généralement ; voire injections de placebo) pendant un enregistrement vidéo-EEG.

Cependant, ces méthodes sont controversées sur le plan éthique; car, si l'on arrive à provoquer une crise, certes, il s'agira peut-être d'un succès diagnostique ; mais le patient risque de perdre confiance et de rompre le suivi, et ce sera plutôt un échec thérapeutique.

En outre, la démonstration que certaines crises du patient sont de nature fonctionnelle n'exclut pas la possibilité qu'il présente par ailleurs d'authentiques crises épileptiques ; cette association est notée chez 10 à 12 % des sujets présentant des crises fonctionnelles (97).

Il n'existe donc aucun signe pathognomonique de la nature épileptique ou pas d'une crise, et l'on doit souvent raisonner en termes de faisceau d'arguments plus ou moins concordants.

Le tableau 3 résume schématiquement les arguments en faveur d'une crise épileptique ou d'une crise fonctionnelle.

Tableau 3 : Arguments en faveur de la nature épileptique ou fonctionnelle d'une crise convulsive (97; 9 ; 71) :

	Epileptique	Fonctionnelle
Age de début	tous âges possibles le plus souvent enfance et adolescence	tous âges possibles le plus souvent 15 - 35 ans
Sex ratio (F/H)	1	2 à 4
Antécédents psychiatriques	occasionnels	habituels
Survenue des crises	veille ou sommeil	veille uniquement
Aura ou prodromes	variables	variables
Début des convulsions	Brusque	souvent progressif
Durée	généralement < 2 min	parfois prolongée
Induction par suggestion	non	habituelle
Mouvements	tonico- cloniques, toniques, atoniques ou myocloniques; en phase	peuvent être asynchrones ; balancements céphaliques, va - et - vient du pelvis, opisthotonos, moulinets des bras
Morsure de langue	fréquente	rare
Prévention du traumatisme	non	oui
Perte d'urine	fréquente	occasionnelle
Contact pendant la crise	non	variable
Amnésie de la crise	oui	variable
Aspect stéréotypé des crises	oui	non
EEG critique	anormal	artéfacts de mouvements
EEG post-critique	anormal ou ralenti	normal

III.4. A PROPOS DE L' « HYSTERO - EPILEPSIE » ...

En outre, crises épileptiques authentiques et crises «fonctionnelles pseudo-épileptiques» peuvent être associées, co-morbidité qui était appelée « hystéro-épilepsie » ; ce qui pose alors des problèmes diagnostiques difficiles (19) ; comme nous allons le voir avec l'observation de Marie :

Marie a 10 ans passés lorsque nous la rencontrons; elle est hospitalisée pour des malaises à répétition qui sont apparus, la première fois, deux mois plus tôt.

Marie n'a jamais eu de problème de santé important, en particulier pas d'antécédent de convulsion fébrile, de méningite ou de traumatisme crânien.

Son développement psychomoteur s'est déroulé de façon satisfaisante.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux d'épilepsie ; mais il existe plusieurs cas de décès d'enfants en bas âge ; en particulier une sœur du papa est décédée d'une tumeur cérébrale diagnostiquée trop tardivement par les médecins.

Le premier malaise est survenu à l'école, pendant la récréation, alors qu'elle était au repos. Survient alors une douleur précordiale gauche, avec sensation de palpitations et de vertige, de difficultés respiratoires. Le malaise a duré 5 à 10 minutes et cédé spontanément. Marie dit ne pas avoir chuté, ni perdu connaissance.

Les témoins ont rapporté que Marie paraissait essoufflée, pâle et hypotonique.

Le jour suivant, à l'école, elle refait trois « crises » similaires.

Elle est alors admise aux urgences du centre hospitalier le plus proche et reste hospitalisée pour observation et bilan. L'examen clinique est normal. On note cependant une taille et un poids à moins deux déviations standard, sans apparition des signes pubertaires (P1 S1). Le bilan biologique est normal (y compris les glycémie, calcémie, CRP).

Le lendemain, surviennent deux malaises « de type vagal », en salle de jeux puis au

moment du départ de l'hôpital.

Le soir même de sa sortie, Marie revient aux urgences pour des douleurs abdominales intenses. Un cliché d'abdomen sans préparation est réalisé et objective une stase stercorale, qui nécessitera un lavement.

Au cours de cette hospitalisation, les autres examens réalisés sont normaux (radiographie de thorax, ECG, Holter ECG, échographie cardiaque).

Un mois après la première crise et après une phase de quasi silence symptomatique, les malaises réapparaissent, répétés environ deux fois par jour, débutant par une respiration ample, lente, bruyante.

Marie sent venir son malaise, avec parfois une sensation vertigineuse, des céphalées frontales, une oppression thoracique ; elle ne chute pas brutalement et a besoin de s'asseoir ou de s'allonger.

Pendant le malaise, Marie a les yeux mi-clos, un peu fixes et révulsés. Elle est un peu pâle, hypotonique ; elle claque parfois des dents mais elle n'a jamais de clonies, ni rotation de la tête, ni morsure de langue, ni perte d'urines.

Les malaises sont de durée variable et peuvent être longs (jusqu'à 45 minutes).

Ils surviennent à la maison ou à l'école, devant témoins, et ils sont très impressionnants pour l'entourage. Il n'a pas été rapporté de crise nocturne.

Marie est donc réhospitalisée. Un scanner cérébral est réalisé, sans puis avec injection ; il est normal. Un EEG est enregistré ; il montre un tracé avec un rythme de base de 8 à 9 cycles par seconde mais trop lent pour l'âge car surchargé d'éléments thêta et même delta, de façon diffuse et symétrique, avec présence de rares pointes ondes bi-frontales, dont une survenant au cours de la stimulation lumineuse intermittente (SLI). L'hyperpnée ne modifie pas le tracé.

Le lendemain, Marie fait deux malaises, l'un en présence de ses parents, l'autre alors que des soins sont prodigués à sa voisine de chambre.

Elle ne semble pas avoir perdu connaissance, d'après le médecin. La « crise » dure dix minutes, avec cinq minutes environ de « récupération » et sans amnésie post-

critique.

Juste au décours, un EEG est réalisé ; persiste la lenteur du tracé, avec prédominance des éléments lents dans la région frontale gauche. Mais il n'est pas enregistré d'activité paroxystique sous forme de bouffées de pointes-ondes.

Après sa sortie, Marie fait un seul malaise, de courte durée, en présence de sa mère, la veille de passer une IRM encéphalique. Cet examen montre une image de densité voisine du liquide céphalo-rachidien au niveau de la région temporale antérieure gauche évocatrice d'un éventuel kyste arachnoïdien, sans anomalie parenchymateuse par ailleurs.

Marie est ensuite hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire; ses parents demandent un avis supplémentaire et que le bilan diagnostique soit complété.

Le lendemain, Marie fait une crise, avec polypnée bruyante et geste d'évitement (son bras ne tombe pas sur son visage lorsque l'examineur le lève au-dessus de sa tête et le laisse chuter), mais sans perte de connaissance, ni morsure de langue, ni perte d'urines.

Un EEG (annexe1) est enregistré où l'hyperpnée majore les éléments lents et fait apparaître d'amples bouffées paroxystiques dégradées. « A noter l'enregistrement d'une séquence plus longue avec rupture de contact ». La SLI ne modifie pas le tracé.

Deux jours plus tard: nouvelle crise en salle de jeux, d'une durée inférieure à cinq secondes, avec chute d'une petite chaise mais sans perte de connaissance, ni révulsion oculaire, ni phase post-critique.

Suspectant une épilepsie partielle complexe, un traitement anti-épileptique est instauré.

Trois jours plus tard, Marie fait deux crises (l'une avant une heure de cours avec l'institutrice) dont la symptomatologie diffère des précédentes : on note des mouvements répétés de flexion et extension des membres inférieurs, tandis qu'elle se

donne des coups de poing sur la poitrine avec chacun des membres supérieurs, alternativement. Elle se tient aussi la gorge, est pâle et en hyperpnée.

L'EEG réalisé ce jour-là (annexe 2) montre toujours un tracé ralenti de façon diffuse. On note la présence de pointes rapides isolées ou en courtes bouffées bifrontales, plus amples à gauche. L'hyperpnée fait apparaître d'amples ondes lentes sans pointes ondes nettes. La stimulation lumineuse intermittente ne fait pas apparaître d'altération. Enfin, les figures physiologiques du sommeil sont présentes.

Deux jours plus tard, une crise est enregistrée en vidéo mais l'EEG (annexe 3) n'est pas interprétable du fait des mouvements. Le début de la crise n'est pas visible. Marie s'agite avec des mouvements désordonnés et donne l'impression d'étouffer. Ceci peut correspondre à une crise à point de départ frontal ; le tracé inter-critique montrant des pointes frontales droites isolées, rapides et peu amples.

Devant la persistance des crises malgré le traitement anti-épileptique, celui-ci est changé, permettant alors la disparition des crises. Elle est donc sortie de l'hôpital avec un suivi neuro-pédiatrique et pédo-psychiatrique.

Au cours de l'hospitalisation au CHU, Marie avait rencontré l'équipe pédo-psychiatrique.

Marie est en CMI. Elle est la deuxième d'une fratrie de trois.

Marie nous explique les examens qu'elle a passés et leurs résultats. En outre, elle dit ne pas inquiète par rapport à la répétition de ses crises. Elle n'exprime aucune plainte vis-à-vis de sa situation actuelle, même si cela fait plus d'un mois qu'elle ne va plus à l'école.

Pour Marie et ses parents, « tout va bien » (sur le plan affectif et scolaire).

Pourtant, Marie pourra se plaindre de sa petite taille, et des remarques qui lui sont faites à ce sujet par ses camarades.

Après un silence symptomatique de plus d'un mois, les crises sont réapparues à l'occasion d'un spectacle à l'école, alors qu'elle était sur scène et alors que le traitement venait d'être changé, compte-tenu de l'apparition d'un effet indésirable grave.

Un mois plus tard, à la fin de l'année scolaire, des crises sont réapparues dont la sémiologie s'est enrichie : Marie peut se plaindre de vision trouble, s'arracher les cheveux. Les symptômes peuvent persister très longtemps (plus d'une heure) ou alors de nouvelles crises peuvent apparaître après l'administration de Valium^o en intrarectal, cédant à l'arrivée du SAMU.

Marie est actuellement sous trithérapie anti-convulsivante.

En conclusion, le diagnostic d'épilepsie partielle temporale a été posé devant :

- *l'aspect stéréotypé de la plupart des crises, avec sensations de vertige et de constriction pharyngée, douleurs, hypotonie et absence de réaction, salivation, mouvements de pédalage, révulsion oculaire, durant 5 à 10 minutes; il semble que les crises temporales initialement simples (sans perte de connaissance) deviennent complexes (avec perte de connaissance) ;*
- *conjugué à des signes électroencéphalographiques concordants ;*
- *dont l'étiologie serait moins en rapport avec le kyste temporal qu'avec les anomalies structurales sous-jacentes.*

Ces crises s'accompagnent parfois d'une agitation importante où ses parents doivent la contenir physiquement, où elle peut s'arracher les cheveux, s'empoigner la gorge. Ces symptômes sont très évocateurs, à première vue, d'une crise « hystérique », mais peuvent aussi être compatibles avec une crise d'origine frontale ; l'hyperexcitabilité neuronale pouvant s'étendre de part en part.

Cependant, Marie semble aussi présenter des crises fonctionnelles, conversions somatiques de son angoisse intense, que les signes suivants nous font suspecter :

- *la durée très variable des crises (de quelques secondes à 45 minutes) ;*
- *la prévention des blessures (gestes d'évitement en particulier ; les chutes non brutales peuvent être dues à des crises fonctionnelles ou au fait que Marie « sent venir » les crises temporales) ;*
- *la disparition des crises pendant un certain temps puis leur réapparition avec une grande fréquence ;*

- le fait que les crises, très impressionnantes, se passent toujours devant des témoins (famille, école, équipe soignante).

D'ailleurs pendant un EEG, réalisé en présence de ses parents et du neuro-pédiatre, Marie a fait une crise semblant épileptique (elle a arraché les électrodes), suivie de la sensation qu'une crise allait commencer ; elle a présenté alors une agitation, sans salivation, ni véritable perte de connaissance, mais avec possibilité de répondre aux questions et d'être rassurée (l'EEG ne montrant plus alors de pointes intercritiques). S'agissait-il d'une crise fonctionnelle ou d'une crise épileptique « silencieuse » à l'EEG ?

En outre, on note une fréquente similitude clinique entre les crises fonctionnelles et les crises comitiales chez les sujets épileptiques, surtout en cas de crises partielles complexes, ce qui ne facilite pas le diagnostic différentiel...

Devant l'incertitude diagnostique, Marie doit bientôt passer une vidéo-EEG...

En tous cas, qu'elle présente ou non des crises fonctionnelles, un suivi psychologique nous semble tout de même indispensable, devant l'angoisse présentée par Marie.

La coexistence de l'épilepsie et de l'hystérie a soulevé historiquement de nombreuses controverses, surtout à une époque où les moyens électro-encéphalographiques étaient limités (l'électro-encéphalographie a été découverte par le psychiatre allemand Hans BERGER et utilisée à partir de 1935) (23).

Grâce à l'EEG prolongé couplé à la vidéo (à partir des années 80), on a pu se rendre compte de la fréquence importante de survenue de crises fonctionnelles chez des patients épileptiques (94).

Une épilepsie peut être associée à des crises fonctionnelles dans 10 à 37 % des cas selon les séries et les crises non épileptiques représentent 15 à 20 % des « épilepsies pharmaco-résistantes » (94).

Certains sujets reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes l'existence de ces crises fonctionnelles.

Il faut suspecter une crise fonctionnelle chez un épileptique devant :

- la recrudescence inhabituelle du nombre de crises, sans facteur déclenchant et avec un traitement anti-épileptique adéquat correctement pris ;
- l'absence d'inquiétude devant une apparente aggravation de la maladie épileptique ;
- l'absence de réponse aux anti-épileptiques, en particulier lors de la prise en charge d'un « état de mal épileptique » ; des patients présentant des crises fonctionnelles convulsives de longue durée sont parfois même anesthésiés et intubés !

La reconnaissance des crises fonctionnelles est fondamentale pour éviter des prescriptions abusives d'anti-épileptiques ou une escalade thérapeutique, ainsi que pour mettre en place une prise en charge psychologique.

Comment épilepsie et hystérie peuvent-elles être associées ? Quels liens peuvent-elles entretenir ?

Il semble bien que toutes deux soient au centre de la problématique psyché-soma et viennent inscrire leurs conflits psychiques à travers une « somatisation » particulière, dans le lieu même d'élection de la pensée et des affects de l'âme : c'est-à-dire le cerveau (53).

Et si pour les neurologues et les neuro-pédiatres, les crises épileptiques sont la manifestation d'une hyperexcitabilité neuronale, les psychiatres et pédo-psychiatres pensent la crise épileptique comme l'expression d'une perturbation globale de la personne et non d'une lésion (15).

Pour BEAUCHESNE, le dysfonctionnement épileptique et sa répétition doivent être situés dans un ensemble bio-psycho-social interactif où s'intriquent facteurs organiques et facteurs psychiques à des degrés divers (10).

En effet, des facteurs psychologiques peuvent être retrouvés dans de nombreux cas, non seulement dans le déclenchement des crises, mais également dans l'entretien de la maladie épileptique (sans qu'il s'agisse d'un facteur étiologique), cela dans des proportions variables d'un cas à l'autre mais aussi à un moment ou à un autre de l'évolution (10).

Le rôle des émotions dans le déclenchement des crises épileptiques est connu depuis l'Antiquité et est fréquemment reconnu par le patient et son entourage. Il est important en particulier pour les crises partielles complexes, en relation possible avec l'implication du système limbique (9).

Il s'agit de représentations de conflits conscients et extériorisés (joie, frayeur, frustration...) ou inconscients. La crise peut survenir au cours même de l'événement émotionnel ou peu de temps après (9).

En outre, la première crise peut être déclenchée par des facteurs différents de ceux qui contribueront à la réapparition des crises (10).

L'implication de facteurs psychologiques n'est donc pas un argument formel en faveur d'une crise fonctionnelle.

Pour SOULAYROL, l'épilepsie, même la plus organique, n'est qu'un élément du

fonctionnement économique du sujet et donc de l'organisation de sa névrose, qu'elle soit hystérique ou autre (102).

Dans l'hystérie, qu'il s'agisse « d'hystérie infantile » ou « d'hystérie de l'enfant », tout se joue dans la préparation à l'accès à l'Oedipe, puis au dépassement de cette position grâce au jeu plus ou moins réussi du refoulement sur les représentations fortement érotisées de ce conflit (102).

Mais si ces représentations débordent les capacités du Moi et du refoulement, l'hyperlibidinisation du corps tout entier peut aussi devenir dangereuse. Un autre mécanisme de défense plus archaïque encore va être sollicité : le clivage, qui va isoler le corps ou une partie du corps selon le mécanisme de la conversion, voire le couper de la conscience pour le laisser s'exprimer tout entier dans l'activité désordonnée d'une crise excito-motrice (102).

Que pourra alors offrir l'épilepsie à un fonctionnement hystérique ?

- Une excitabilité neuronale cérébrale qui ne demande qu'à mettre hors circuit la conscience pour laisser place au langage du corps ; ce corps parlant, quant à lui, le langage de l'instinct...
- Un corps offrant au regard de l'autre un spectacle où l'exhibitionnisme de l'un provoque fortement le voyeurisme des autres ; spectacle d'une sexualité qui échappe à la maîtrise du refoulement, régression à un stade archaïque qui évoque la néantisation ou le retour à l'inorganisé de la pulsion de mort.
- Un traumatisme vrai ou fantasmé, peut être réactualisé par le phénomène de l'après-coup en avançant l'hypothèse que la première crise (en particulier les convulsions infantiles) ait pu représenter ce traumatisme initial qui étaye les répétitions ultérieures.
- Un échec des mécanismes de défenses normalement en jeu dans la névrose (refoulement).

- Une dissolution de la conscience de profondeur variable (en particulier dans les crises partielles complexes...) ainsi qu'une amnésie (plus ou moins complète) qui vient absoudre tout cela (102).

D'après SOULAYROL (102), il sera bien tentant pour le sujet névrosé ou « en état d'hystérie infantile » d'emprunter la voie corporelle toute frayée par la maladie épileptique, pour décharger les conflits qui débordent son Moi.

Le sujet épileptique demeure original par l'utilisation de la fragilité de ses structures neurologiques qu'il met au service de sa propre psycho-dynamique, comme s'il existait chez lui un mécanisme de défense de plus que lui offrirait sa maladie.

Déjà, FREUD, en 1928, dans « Dostoïevski et le parricide » (43), écrivait :

« C'est comme si un mécanisme de décharge pulsionnelle anormal était préformé organiquement... ».

Ici, l'épilepsie est bien au service de la névrose.

FREUD ajoute : « La « réaction épileptique » ... se tient sans aucun doute à la disposition de la névrose dont l'essence consiste en ceci : liquider par des moyens somatiques les masses d'excitation dont elle ne vient pas à bout psychiquement. Ainsi l'attaque épileptique devient un symptôme de l'hystérie et est adaptée et modifiée par celle-ci... » (43).

Inversement, pourquoi les « hystériques » qui ne sont pas épileptiques font-ils des crises, des malaises, des pertes de connaissance, qui miment l'épilepsie ?

Ces manifestations reproduisent ce que nous avons attribué aux crises épileptiques :

- dissolution plus ou moins effective de la conscience ;
- spectacle du corps ;
- libération instinctuelle ;
- effet auto-thérapeutique drastique, voire cathartique d'un traumatisme ancien ;
- utilisation relationnelle ou sociale de la crise à effet de bénéfice secondaire (102).

Sans compter le caractère impressionnant et *dramatique* de l'épilepsie qui attire

inconsciemment l' «hystérique».

A quel point d'appel fantasmatique répond ce choix de l'épilepsie comme modèle de leur « pathomimie » ?

SOULAYROL pense qu'il faut peut-être chercher une explication dans la capacité d'érotisation d'un corps livré, pour un temps, à la licence libidinale non génitalisée. De là émergerait la tentation de s'identifier à l'épileptique suffisamment imparfaitement pour conserver la semi-conscience d'offrir son corps aux autres mais aussi à soi-même dans une grande jouissance narcissique et peut-être masturbatoire (102).

Par ailleurs, certaines crises épileptiques sont sensibles à la suggestion, et même à l'auto-suggestion.

Si certains patients disent avoir un « truc » pour empêcher ou arrêter les crises (en particulier partielles) (en pensant à autre chose, en se relaxant par exemple...), d'autres, peuvent les auto-induire, plus ou moins consciemment, pour en tirer des bénéfices primaires et secondaires (cela est bien connu, en particulier dans les institutions pour épileptiques et chez les déficients intellectuels) (10).

D'ailleurs, on ne peut exclure de tels mécanismes chez Marie...

A quoi peuvent donc servir les crises auto-induites chez les épileptiques ?

S'il est aisé de comprendre quels bénéfices secondaires peuvent être tirés des crises (attirer l'attention, absentéisme scolaire...), de quels bénéfices primaires peut-il s'agir ?

D'une part, il semble que c'est souvent après une période de « bon contrôle » des crises épileptiques, de silence symptomatique, que des crises non épileptiques apparaissent, ressemblant aux crises habituelles.

Certaines observations ont rapporté une amélioration de l'humeur consécutive à une crise « grand mal » ou, à l'inverse, d'aggravation des troubles thymiques (de dépression) après disparition des crises comitiales (24).

En effet, l'électroconvulsivothérapie, par son activité critique généralisée, est bien connue pour ses propriétés thymorégulatrices... (de même que certains anti-épileptiques...)

Peut-être le sujet épileptique a-t-il « besoin » de ses crises et de leur effet psychique positif ?

D'autre part, car elle permet la *décharge des excitations*, il vaut mieux se laisser aller au submergissement de la crise épileptique pour se vider des tensions que laisserait une crise avortée et qui mettrait ces sujets mal à l'aise au point de provoquer une crise excito-motrice, davantage redoutée qu'une vraie crise comitiale (102).

Les premiers psychanalystes avaient déjà attiré l'attention sur le fonctionnement métapsychologique du sujet épileptique bloqué dans une économie fermée où les tensions accumulées ne pouvaient se résoudre que par la crise (102).

D'après FERENCZI (cité par N. HALBRONN-KLEIN) :

«Ceux qui connaissent l'importance vraiment prodigieuse du symbolisme dans la vie, et la régularité avec laquelle on trouve associés le symbolisme de la mort et le symbolisme du corps maternel dans les rêves et dans les névroses, ne seront guère surpris si la crise épileptique s'avère elle aussi procéder de cette double signification.

« Selon cette interprétation des crises, la personnalité de l'épileptique apparaît comme celle d'un être, aux pulsions particulièrement fortes et aux affects violents, qui parvient à se protéger pendant longtemps des explosions au moyen d'un refoulement extrêmement rigoureux de ses pulsions ; parfois aussi à l'aide de formations réactionnelles, telles une très grande soumission, ou une religiosité exagérée, mais qui périodiquement, au moment venu, libère ces pulsions et les laisse se déchaîner, parfois avec une bestiale indifférence à autrui, contre le monde entier ou contre sa propre personne devenue étrangère et hostile. Cette décharge affective lui procure alors un apaisement voisin du sommeil - souvent de courte durée seulement - dont le prototype est la quiétude intra-utérine ou la mort...

« Dans d'autres cas, la fureur est essentiellement retournée contre la personne elle-même et ne s'apaise que lorsque l'intention suicidaire inconsciente a atteint son but ... » (53).

La crise épileptique serait donc un équivalent suicidaire.

D'ailleurs les Anciens appelaient la crise généralisée tonico-clonique : « petite mort ».

Pour FREUD, dans « Dostoïevski et le parricide » (43), c'est la relation d'un Moi masochique et d'un Surmoi sadique qui définit la situation psychique de l'épilepsie que le malade tente en vain de résoudre dans sa crise, véritable équivalent suicidaire, crime introjecté, dans le cadre d'une désintrinsication pulsionnelle.

« Nous connaissons le sens et l'intention de telles attaques de mort. Elles signifient une identification avec un mort, une personne effectivement morte ou encore vivante, mais dont on souhaite la mort. Le second cas est le plus significatif. L'attaque a alors valeur de punition. On a souhaité la mort d'un autre, maintenant on est cet autre, et on est mort soi-même. La théorie psychanalytique affirme ici que, pour le petit garçon, cet autre est, en principe, le père et qu'ainsi l'attaque - appelée hystérique - est une auto-punition pour le souhait de mort contre le père haï. »

Ces désirs de mort du père prennent source dans la relation ambivalente du petit garçon pour son père, qu'il souhaite éliminer en tant que rival amoureux.

Dostoïevski, enfant, avait des « crises hystériques » avec pleurs, contractures, des moments hypocondriaques ainsi que des accès de sommeil léthargique précédés d'une sensation d'angoisse et de mort imminente (15).

Sa première perte de connaissance s'est déroulée alors qu'il avait sept ans ; après avoir frappé à la porte de ses parents à cause du bruit qu'il y entendait, il n'a jamais su ce qui s'y passait...(15 ; 102)

« De telles réactions infantiles provenant du complexe d'Oedipe peuvent disparaître si la réalité ne leur apporte aucun aliment nouveau.

« Pour Dostoïevski, le fantasme est devenu réalité et toutes les mesures défensives se trouvent alors renforcées. Les attaques de Dostoïevski revêtent maintenant un caractère épileptique; elles ont toujours le sens d'une identification avec le père comme punition mais elles sont devenues terribles, comme le fut la mort, effrayante, de son propre père. » (43).

Dostoïevski a fait sa deuxième crise épileptique à 17 ans et demi, au moment de l'annonce de l'assassinat de son père (15).

Pour C. GUEDENEY et D. KIPMAN (15), c'est la confrontation entre un fantasme et la réalité de ce fantasme (ou toute situation interprétée par le sujet comme concordant avec son fantasme) qui semble être souvent à l'origine de la crise ; la dissolution brève du moi est alors un moyen d'abaisser la tension créée par cette collusion, en diminuant les excitations d'origine interne et externe non maîtrisables par le moi.

Dans « Les Frères Karamazov » de Dostoïevski (33), le meurtre du père (dont le motif est la rivalité amoureuse pour une femme) n'est pas commis directement par un de ses fils mais par un fils illégitime, épileptique, comme si Dostoïevski « voulait avouer que l'épileptique, le névrosé en lui, était un parricide » (Freud).

Par ailleurs, ce n'est peut-être pas un hasard si Dostoïevski a donné au père Karamazov, assassiné, son propre prénom : Fédor...

A propos de la désintrinsication pulsionnelle à l'œuvre dans l'épilepsie, FREUD admet, dans « Le Moi et le Ca » (44), l'existence de « deux variétés d'instinct », Eros et Thanatos qui « se combinent, s'associent, se mélangent » mais qui peuvent aussi se séparer.

« Nous soupçonnons que l'accès épileptique est le produit d'une dissociation du mélange ».

L'autonomie des deux grandes sortes de pulsions a pour aboutissement la régression « par rapport à un mouvement idéal qui intégrerait toujours davantage l'agressivité à la fonction sexuelle. »

Le surgissement de l'agressivité, inacceptable pour la conscience, chez le sujet épileptique aurait donc pour effet de rompre l'équilibre entre les deux pulsions ; il peut alors se produire une immobilité stuporeuse, une impuissance motrice et une dissolution de la conscience lors de la crise (qu'elle soit épileptique ou fonctionnelle), réaction servant à réprimer l'agressivité ; ainsi les tendances hétéro-agressives sont neutralisées et mises hors d'état de nuire (53 ; 34).

D'après C. GUEDENEY et S. KIPMAN (15), « On peut penser que cette régression, suivie d'un passage à l'acte (la crise) supprimant les manifestations psychiques d'une agressivité massive la transforme en excitations indifférenciées venant perturber le fonctionnement somatique basal. Ainsi, par un phénomène de désintrinsication pulsionnelle, l'enfant échappe à un fantasme dramatique de scène primitive mortifère projetée dans la réalité. L'agressivité qui s'en dégage se décharge dans la crise. »

Les crises deviennent un *mode de résolution de la problématique* : dans l'hystérie, il s'agit de la décharge d'un conflit intra-psychique, et dans l'épilepsie, de la décharge de l'agressivité.

Donc, lorsque les défenses vigiles du Moi sont débordées, le Moi régresse de façon massive à un système de défense plus primitif : la fuite dans l'inconscience, via un fonctionnement archaïque sur le mode de la décharge des excitations intolérables.

Pour BEAUCHESNE (cité par N. HALBRONN-KLEIN), il existe un double mouvement de régression archaïque, à la fois psychique et somatique : régression au niveau des tous premiers mois pour « retrouver la relation fusionnelle à la mère et en même temps régression physique à un stade de nourrisson où l'immaturation du fonctionnement cérébral fait apparaître banale l'aptitude à convulser » (53).

GUEDENEY et KIPMAN ajoutent : « On se doit de rapprocher les secousses cloniques des crises généralisées des mouvements rythmiques *in utero* ou dans les premiers temps après la naissance ». Toujours selon ces auteurs, la régression est plus profonde dans la crise épileptique que dans l'hystérie, « sauf dans les cas d'hystérie très grave où le problème rejoint celui des états limites » (15).

Pour N. HALRONN-KLEIN, chez le sujet épileptique, on retrouve souvent le fantasme du refuge dans le néant pour rejoindre le corps de la mère ; corps à corps fusionnel où plus rien n'arrive que la béatitude, la sérénité à laquelle aspire le trop plein d'affects inexprimables.

On se trouve alors bien en deçà de l'Oedipe et de la différenciation des sexes, de la problématique hystérique (53).

Pour PICHON-RIVIERE, la crise d'épilepsie serait une conversion somatique de caractère prégénital (10).

SOULAYROL (102) ajoute que, dans les cas d'épilepsie infantile surtout précoce et grave, le règlement des conflits se fait sur un mode tellement archaïque que le sujet ne peut dépasser des positions prégénitales, ce qui l'empêche d'accéder au fonctionnement névrotique ; pourtant les crises fonctionnelles sont particulièrement fréquentes chez ces sujets...

Pour RICHARD (97), ces modes de réponse archaïques à des conflits, ont pu être décrits comme autant de symptômes hystériques, alors qu'ils peuvent également être à l'œuvre dans d'autres structures psychiques.

Chez l'adulte, 40% des patients présentant des crises fonctionnelles ont des troubles sévères et durables de la personnalité. Souvent, il s'agit de personnalités évitantes, *border-line* ou histrioniques ; mais plus souvent encore, on observe une conjonction des différents traits pathologiques.

Les troubles dépressifs sont plus fréquents chez l'adulte, tandis que, chez l'enfant, on retrouve le plus souvent des troubles anxieux (97).

Enfin, la plupart des études (anglo-saxonnes) insistent sur la fréquence des violences physiques et des abus sexuels dans les antécédents des sujets développant des crises fonctionnelles (10 à 33 % des cas selon les études) (97 ; 16).

Par ailleurs, dans les conversions paroxystiques, en particulier dans les crises fonctionnelles pseudo-épileptiques, si le corps est engagé dans son ensemble et clivé

de la psyché, la pensée est elle aussi attaquée, sidérée par la dissolution de la conscience. La crise atteint les « contenants de pensée », comme si le sujet éprouvait des sentiments persécutifs à son égard (10).

Or, à l'adolescence, au moment où le conflit oedipien se rejoue, les pensées peuvent justement être dangereuses, redoutées... Et, c'est particulièrement à ce moment-là que des crises fonctionnelles apparaissent chez d'authentiques épileptiques ; la crise prend alors le sens d'une mise en résonance d'un organe en cause (le cerveau, lieu des affects) avec les fantasmes (53).

CRAMER (25) considère « les « pertes de connaissance » comme des manoeuvres défensives d'urgence, dictées essentiellement par l'acuité du conflit masturbatoire (dans un sens large), au moment de la puberté. »

Les états crépusculaires, les comas psychogènes peuvent être considérés comme des réactions conversives puisqu'une activité (réelle ou fantasmatique) sexuelle est « remplacée » par l' « absence » (25).

Or la dissolution de la conscience dans les conversions somatiques pseudo-épileptiques semble bien proche du « rétrécissement du champ de la conscience » de ces conversions psychiques.

« L'abaissement du niveau de conscience peut être vu sous l'angle défensif (anti-pulsionnel) mais aussi sous l'angle narcissique et pulsionnel » selon CRAMER (25).

En effet, la suppression de la pensée par « perte de connaissance de soi » peut représenter un effort d'abolir la conscience d'un self corporel sexué par une régression narcissique aussi profonde que rapidement réversible (25).

Elle permet également d' « anesthésier » le Surmoi, de laisser libre cours au Ça et d'éviter au Moi de se sentir responsable (1).

Dans les textes psychanalytiques, ces symptômes sont considérés comme équivalents ou comme symboles de la « petite mort » accompagnant l'orgasme (25).

D'ailleurs, FERENCZI a écrit à propos de l'épilepsie :

« Dans certains cas, la crise paraît manifestement constituer un équivalent de coït...

« La ressemblance à bien des égards entre la crise épileptique (et selon Freud entre la crise hystérique) et le déroulement du coït - convulsions, modifications du rythme respiratoire, trouble de la conscience, etc. - était déjà fort justement reconnue par les médecins d'autrefois... » (53).

La crise représenterait donc un équivalent orgastique.

Selon CRAMER (25), on trouverait dans les états de « perte de connaissance de soi » une dialectique et une combinaison de deux niveaux de fonctionnement différents : désinvestissement et vide de la pensée d'une part ; contre-investissement et inhibition intellectuelle d'autre part.

En effet, le « coma » ne serait que l'état aigu d'une tendance chronique à l'inhibition intellectuelle. La pensée étant trop envahie de dérivés pulsionnels libidinaux et agressifs, l'activité intellectuelle peut devenir une sorte d'équivalent masturbatoire ; elle est donc contre-investie sur un mode typiquement névrotique (25).

CRAMER conclut que « les formulations économiques (l'aspect quantitatif de la poussée pulsionnelle pubertaire, les contre-investissements, désinvestissements...), prédominantes dans son exposé, lui semblent typiques de la phase de la puberté (et des phénomènes de conversion) » (25).

Ces crises fonctionnelles pseudo-épileptiques semblent donc relever à la fois des conversions somatiques (engageant le corps hyperlibidinalisé tout entier) et des conversions psychiques (où c'est la pensée qui est « inhibée »).

D'ailleurs, DEROUESNE précise que, dans certaines classifications, les crises pseudo-épileptiques appartiennent aux phénomènes dissociatifs, avec les troubles de la conscience (30).

D'autre part, la crise peut être considérée comme une mise en acte qui protège l'adolescent du conflit intériorisé et de sa souffrance psychique, mais elle entrave toute possibilité de maturation de telle sorte que l'incessante répétition de cette mise en acte apparaît comme la seule issue.

Nous ne sommes peut-être pas loin des comportements itératifs des conduites de dépendance qui débutent à l'adolescence...

Enfin, le dénominateur commun entre hystérie et épilepsie ne serait-il pas la crise ?

Qu'est-ce qu'une crise qui envahit comme une malédiction celui qui la fait ?

Un petit détour étymologique s'impose...

Tout d'abord, le terme comitialité fait référence à l'arrêt des comices, assemblées du forum de la Rome antique, lors de la survenue d'une crise épileptique chez un des participants, interprétée comme un signe de malédiction (9).

Ensuite, en français, on « fait » une crise, ce qui semble exclure le hasard ; alors qu'en créole de La Réunion, on « tombe crise » ou on est « saisi par elle », ce qui est plus proche de l'origine grecque du mot épilepsie, c'est à dire : « surprendre ».

Enfin, le mot crise vient du grec : « décision ». En médecine, depuis Hippocrate, la crise représente la phase décisive de la maladie autour de laquelle la partie, c'est à dire la vie, se gagne.

La crise, de quelque nature qu'elle soit, apparaît comme une séparation, une rupture de la continuité de soi, quelle que soit la profondeur de la dissolution de la conscience. C'est aussi une séparation entre soi et les autres, entre acteurs et spectateurs.

Le mot crise vient aussi du verbe grec ηκρίσιζ qui signifie trier, séparer, voire choisir pour retenir le bon et éliminer le mauvais.

Pour SOULAYROL (102), la crise est aussi « un tri, un choix dans l'utilisation de mécanismes de défense pour protéger le Moi contre les représentations pulsionnelles dangereuses ou inacceptables qui fournissent de trop grandes quantités d'angoisses.

Angoisses sans doute « périgénitales » (angoisse de castration) pour l'hystérie mais angoisse peut-être prégénitale (angoisse de mort, de dissolution, de morcellement) chez l'épileptique, où domine une agressivité qui ne trouve pas, dans la projection, la possibilité de se décharger à l'extérieur. L'épileptique peut alors vivre dans sa crise un moment psychotique qui menace l'intégrité acquise du Moi et peut-être de l'objet interne et qui le conduit à utiliser l'ultime mécanisme contre l'éclatement de soi : la régression... »

« L'épileptique meurt un peu pour s'épargner de mourir tout à fait » (102)

Enfin, la « crise » est un terme fréquemment usité à propos du processus de l'adolescence... bien que ce concept soit controversé, ne permettant pas de distinguer nettement normal et pathologique.

La crise de l'adolescence peut être comprise comme une phase décisive (et pas forcément pathologique) dans le développement de la personnalité du sujet ; comme une rupture dans la tranquillité de la croissance, qui surgit à travers les transformations corporelles et s'accompagne d'un travail psychique dont l'objectif est de se reconnaître dans un corps sexué.

Pour MARCELLI et BRACONNIER (77), les crises ne sont que l'expression manifeste de ruptures sous-jacentes et permettent de passer d'une phase instable et conflictuelle à un nouvel état de stabilité ; elles peuvent mettre en cause les mondes interne (la continuité psychique, la continuité de soi, l'usage des mécanismes de défense, l'organisation des identifications, le monde fantasmatique) et externe.

III.5. EVOLUTION ET PRONOSTIC

Les crises fonctionnelles peuvent avoir des répercussions très fâcheuses pour le sujet.

D'une part, ce mode de résolution de la problématique par les crises comporte des dangers pour la formation du Moi de l'enfant. Les différents stades de son évolution, qui se font à travers l'affrontement avec ses parents, risquent d'être scandés par les pertes de conscience lors des moments clés. Il ne faudra alors pas s'étonner du caractère rebelle de certaines épilepsies (53)...

D'autre part, les conséquences iatrogènes peuvent être très importantes.

La prescription d'anti-épileptiques est très fréquemment retrouvée dans la littérature au moment du diagnostic des crises fonctionnelles (certains étant même polymédiqués depuis des années) (97), avec tout ce que cela comporte de :

- iatrogénie (car ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires graves) ;
- non prise en compte de la souffrance psychique sous-jacente ;
- ainsi que du coût engendré par des thérapeutiques inappropriées, donc inefficaces et inutiles.

En outre, chez les patients ayant à la fois des crises épileptiques et des crises fonctionnelles, il faut être très vigilant quant à une escalade chimiothérapique, devant la persistance de la symptomatologie critique ; certains prenant alors deux, voire trois anti-convulsivants...

Sans compter que certains sujets non épileptiques peuvent être réanimés, intubés en cas « d'état de mal »...

Quant à la scolarité de l'enfant, elle risque d'être compromise par les effets secondaires cognitifs des anti-épileptiques, par l'absentéisme dû aux crises et aux hospitalisations.

Mais, globalement, le pronostic est bon chez l'enfant (en tout cas, nettement meilleur que pour l'adulte) puisque les crises fonctionnelles disparaissent après leur diagnostic dans environ 2/3 à 3/4 des cas.

Des facteurs pronostiques positifs ont été repérés au décours de nombreuses études :

- un jeune âge ;
- l'absence de pathologie psychiatrique associée ;
- une courte durée d'évolution de la maladie ;
- la précocité de la mise en place d'un traitement adapté, ainsi que la coopération de l'enfant et de sa famille pour la réussite de la prise en charge thérapeutique.

L'association des crises pseudo-épileptiques avec une maladie épileptique est controversée en ce qui concerne son rôle sur le pronostic des crises fonctionnelles. Certains auteurs l'assimilent à un facteur de mauvais pronostic, alors que d'autres ne relèvent pas de différence significative d'évolution des crises fonctionnelles entre le groupe de patients épileptiques et celui qui ne l'est pas.

Pour RICHARD (97), un niveau intellectuel faible et des antécédents de violence sont des facteurs pronostiques péjoratifs, probablement parce qu'il sont associés à de médiocres capacités de mentalisation.

III.6. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Même s'ils ne présentent pas d'épilepsie, les patients doivent voir leur souffrance psychologique reconnue et prise en charge.

Lorsque l'enfant souffrant de conversion somatique perçoit plus ou moins consciemment une authentique intentionnalité d'aide de la part du clinicien, il est courant qu'il renonce rapidement à (re)produire ses symptômes (37).

Inversement, aussi longtemps que la réponse reçue sera insatisfaisante (sous forme d'interventions « somatiques »), ou si le sujet perçoit un défaut d'intérêt voire un rejet masqué, celui-ci pourra passer à la surenchère dans la production des symptômes (60).

Les réactions de l'enfant et de ses parents à l'annonce du diagnostic de crises non épileptiques peuvent être très variées :

L'adolescent peut être soulagé à l'idée de ne pas être épileptique, de ne pas avoir à prendre de médicaments.

Ou, au contraire, il peut ressentir un sentiment de confusion, d'incertitude ou de perte de son identité.

Il exprime souvent des préoccupations par rapport au regard des autres, à l'idée que l'on puisse penser qu'il simule ou qu'il veut attirer l'attention sur lui.

Quant aux parents, ils peuvent ressentir un sentiment à la fois de honte à discuter de ce diagnostic avec leur famille et leurs amis, de culpabilité vis-à-vis de l'échec que représente pour eux l'impossibilité à reconnaître et prévenir la souffrance morale de leur enfant, et enfin de déception car cette pathologie n'a pas de substratum organique.

Certains parents, comme ceux de Virginie, refusent l'éventualité d'un tel diagnostic et vont faire du « nomadisme médical », à la recherche d'une « réelle » pathologie, plus « acceptable ».

L'annonce de ce diagnostic, auquel souvent ni l'enfant ni les parents ne s'attendent, surtout lorsqu'un diagnostic d'épilepsie et un traitement anti-épileptique sont en place depuis des mois voire des années, doit être présenté « comme une bonne nouvelle » : ce n'est pas une épilepsie, une maladie organique et le pronostic est très favorable.

La notion difficile et charnière à évoquer est celle de l'origine psychologique et non épileptique de cette pathologie.

Le patient ne doit pas penser qu'il est « pris pour un fou », surtout lorsque les problèmes psychologiques refoulés ne sont pas évidents pour lui.

La neutralité des termes employés (crises « fonctionnelles » non épileptiques) est alors essentielle pour l'acceptation du diagnostic.

Les stratégies thérapeutiques reposent sur les psychothérapies individuelles ou de groupe et sur les conseils de guidance au patient et à son entourage.

L'on doit expliquer au jeune patient que ses crises sont liées à un « état de stress psychologique ».

De même que leur enfant, les parents ont besoin d'être informés sur les circonstances de survenue des crises fonctionnelles afin de tenter d'éviter la pérennisation des facteurs de stress et des bénéfices secondaires.

Il est nécessaire d'aider les parents à contrôler l'anxiété qu'ils éprouvent lors de la survenue des crises fonctionnelles chez leur enfant.

La prise en compte du rôle environnemental dans la genèse des troubles est indispensable.

Les psychothérapies d'orientation analytique permettront au jeune de mieux comprendre et surmonter les conflits intra-psychiques et relationnels en jeu.

La relaxation peut se révéler très utile pour contrôler l'apparition des « crises » (quelle que soit leur nature).

Elle permet d'établir une relation psychothérapeutique, en particulier lorsque

l'expression verbale et la communication font défaut, comme dans les cas de conversions.

Elle utilise justement le corps « parlant » comme moyen thérapeutique, en permettant à l'enfant d'éprouver son corps autrement qu'à travers son symptôme ; le but n'étant pas d'obtenir la relaxation à tout prix.

Chez l'enfant, la méthode la plus utilisée est issue du training autogène de Schultz, faisant appel à l'auto-hypnose, l'auto-concentration (11). Elle permet de diminuer la fréquence des crises en recourant à l'auto-suggestion.

Les thérapies cognitives et comportementales sont très utilisées dans les pays anglophones. Elles s'appuient sur la constatation d'une implication de facteurs psychologiques, relationnels et plus largement externes dans la survenue des crises épileptiques.

Les approches comportementales peuvent être classées suivant trois orientations :

- des procédures de renforcement (positif ou négatif) selon les bénéfices primaires ou secondaires (récompense / évitement) ; le traitement consiste, soit à valoriser la personne au cours des périodes sans crise, soit à lui témoigner de l'indifférence en période de crises ;
- le self-control s'adresse aux moyens que le sujet élabore lui-même pour lutter contre la survenue de certaines crises ; l'analyse des circonstances d'apparition des crises ayant pu indiquer des conditions répétitives ou reproductibles. Un programme comportemental peut encourager le sujet à une maîtrise plus générale de lui-même et une meilleure estime de soi ;
- la méthode psycho-physiologique fondée sur un conditionnement associatif par le jeu de combinaisons de prise de conscience et réaction vis-à-vis des bons et des mauvais aspects des conséquences des crises (9).

Ces techniques peuvent également être appliquées à des sujets faisant des crises fonctionnelles qu'ils soient ou non épileptiques.

Si la famille doit toujours être impliquée dans la prise en charge de l'enfant, une thérapie familiale est parfois nécessaire, en particulier en cas de dysfonctionnement majeur.

Parfois, l'approche psychothérapique sera refusée par l'enfant et ses parents.

Le « travail d'acceptation du diagnostic et du traitement » pourra se faire au cours de « consultations conjointes » associant pédiatre et pédopsychiatre, comme ce fut le cas pour Virginie.

Ces consultations obligent à une sorte de va-et-vient de la pensée entre la réalité du corps et la réalité psychique. Elles contraignent à une sorte de co-pensé entre le somaticien qui ramène par ses interventions au réel du corps et le pédopsychiatre qui concentre son attention sur la psyché et la réalité du fantasme (41).

Bien entendu, le sujet authentiquement épileptique devra continuer à être suivi par un neurologue, afin d'adapter au mieux la chimiothérapie anti-convulsivante.

En outre, il ne saurait être question d'attribuer de façon injustifiée la majorité des crises à des phénomènes psychologiques.

CONCLUSION

Si hystérie et conversion ont longtemps été liées par la tradition historique, il semble

que ces deux concepts puissent être séparés avec avantage.

D'une part, même en psychiatrie adulte, l'hystérie est un concept imprécis manquant de spécificité puisqu'elle désigne à la fois des manifestations psychopathologiques très différentes (depuis la personnalité, en passant par la névrose et jusqu'à la psychose « hystériques »).

Or il est bien difficile de parler de personnalité ou de névrose hystérique organisée, structurée chez l'enfant ; celui-ci étant en cours de développement.

D'autre part, les conversions ne se manifestent pas seulement sur des organisations névrotiques, mais aussi sur d'autres structures psychopathologiques (psychose, troubles caractériels et en particulier « structures dépressives »).

C'est pour cette raison que nous préférons parler de conversion somatique plutôt que de conversion « hystérique » ; locution qui tend à coller une étiquette étiologique (d'ailleurs, pas toujours à bon escient) et qui, sans qu'elle se veuille définitive, risque de figer la personnalité, notamment par les contre-attitudes négatives induites.

D'ailleurs, d'après MARCELLI : « reconnaître l'hystérie, c'est trop souvent méconnaître la souffrance du patient » (77).

En cela, le DSM IV, qui ne pose pas de diagnostic étiologique, laisse ouverte la question de la structure et des mécanismes sous-jacents au trouble de conversion.

Enfin, CRAMER insiste sur l'importance et la consistance de la notion de conversion, déterminée par un processus spécifique, représenté de la façon suivante :

- aspects dynamiques : phénomènes de clivage d'avec le corps, principalement ;
- aspects économiques : l'investissement du corps se fait aux dépens de la secondarisation des pensées et des affects, le corps étant investi comme objet et comme moyen symbolique, en particulier au moment des décharges pulsionnelles pubertaires ;
- aspects structuraux : la régression du Moi se fait de l'idéalisation à la corporalisation ;
- aspects génétiques : défaut de holding, de la capacité maternelle à contenir les projections de l'enfant (68).

Par ailleurs, il semble en effet exister des liens spécifiques entre processus pubertaire et conversion somatique ; celle-ci permettant la résolution de plusieurs types de conflits propres à l'adolescence :

- un conflit de désir par rapport aux pulsions sexuelles où le symptôme conversif constitue un aménagement défensif (par des mécanismes de refoulement, de contre-investissement) contre l'apparition de la sexualité génitale. L'inhibition d'une fonction du corps permet de « neutraliser » le fantasme de masturbation.

- un conflit d'autonomie par rapport à l'entourage où la conversion constitue alors une entrave au mouvement d'indépendance d'un enfant vis-à-vis de ses parents.

Elle permet de se protéger de la menace que représente le deuxième processus de séparation-individuation, chez un enfant dont le Self est défaillant.

A la faveur d'un défaut de holding, l'enfant a dû hyperlibidinaliser son corps tout entier, pour lutter contre des angoisses archaïques.

Des mécanismes de défense plus archaïques viennent alors suppléer au refoulement, incapable à lui seul de contenir l'émergence pulsionnelle particulièrement importante à la puberté : la projection dans le corps des excitations et le *clivage d'avec le corps*.

L'enfant, dans l'impossibilité de gérer ses conflits (notamment ceux concernant la génitalité), met en suspens son évolution vers l'adolescence et échappe ainsi aux angoisses qu'elle suscite.

Pour CRAMER, il existe ainsi un continuum dans les processus de conversion entre des niveaux névrotiques, chez des enfants sans antécédents notables, et des niveaux franchement pré-génitaux, chez des enfants aux antécédents déjà chargés.

Le pronostic dépend alors des fonctions économiques et dynamiques du symptôme.

Si la «conversion hystérique» est un mécanisme de résolution d'un conflit intra-

psychique, cette définition semble occulter un champ important de sa psychopathologie, en particulier chez l'enfant : la place du symptôme dans l'interaction avec l'environnement, tant la famille que les médecins qui prennent en charge le jeune patient.

D'une part, la régression permet au corps de l'enfant de redevenir le médiateur entre le jeune et son entourage. Il « s'exprime », à la place de l'enfant. Ce terme est d'ailleurs à prendre au pied de la lettre ; du latin *exprimo* : faire sortir la pensée du corps (104).

D'autre part, il ne faut pas négliger le rôle des parents (par leur sollicitude, leur complaisance) dans l'éclosion puis la pérennisation des troubles.

Nous avons souhaité distinguer les conversions durables et les conversions paroxystiques.

En effet, si les premières réalisent l'inhibition d'une fonction (motrice, sensitive ou de relation et de communication), dans les secondes, c'est plutôt la pensée qui est inhibée ; et le corps, clivé et hyperlibidinalisé, est donc livré tout entier à son pouvoir expressif... Elles constituent donc une conversion à la fois somatique et psychique.

Le diagnostic différentiel d'avec les crises épileptiques est d'autant plus difficile que les deux types de crises (organiques et fonctionnelles) peuvent être associés ; association qui était appelée « hystéro-épilepsie ».

L'épilepsie se met alors au service de la névrose, en lui offrant la voie somatique déjà toute frayée par les crises comitiales. L'épileptique dispose ainsi d'un mécanisme de défense supplémentaire pour résoudre sa problématique, où les crises (quelle que soit leur nature) permettent la décharge des excitations intolérables.

Les conversions somatiques constituent donc une expression symptomatique trompeuse imposant une étroite collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres.

L'abord multidisciplinaire permet une meilleure prise en charge tant diagnostique que thérapeutique. En effet, les modalités de l'approche diagnostique peuvent influencer

sur l'évolution et conditionnent toujours lourdement les chances de succès de l'approche thérapeutique ultérieure.

Ici, le rôle du pédopsychiatre de liaison est de reconnaître la souffrance de l'enfant et de faire le lien entre la psyché et le soma, qui sont clivés au cours des phénomènes de conversion.

Enfin, si l' « hystérie de conversion » a changé, si elle s'est adaptée à son temps et à qui la regarde, elle aurait même quasiment disparu chez l'adulte ; les conversions somatiques sont pourtant encore bien présentes dans les services de pédiatrie.

Elles sont d'ailleurs toujours aussi « grossières » et démonstratives chez l'enfant, ayant comme « résisté au temps ».

Toutefois, on note des conversions paroxystiques qui se font plus sophistiquées, moins convulsivantes (mimant des crises épileptiques partielles et permettant alors une conservation partielle de la conscience).

On pourrait émettre l'hypothèse que ce ne serait pas tant l'expression clinique de la conversion somatique qui aurait changé, en début d'adolescence, mais la problématique sous-jacente ; ceci serait en lien avec l'évolution du «contenant» socio- familial.

En effet, autrefois, la problématique du conflit pulsionnel, s'exprimait sur un mode névrotique, dans des sociétés aux règles transactionnelles rigides.

A présent, s'y substitue une problématique du lien, dans une société où les exigences narcissiques vont croissant, où les barrières intergénérationnelles s'effacent et les familles sont éclatées. D'où une actuelle surreprésentation des pathologies narcissiques qui mettent en jeu le corps de l'adolescent...

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1. **ADOMNICAI I., AMAR M.**
Des difficultés du diagnostic d'hystérie chez l'enfant
Neuropsychiatrie de l'enfance, 1987, 35 (1), 1 – 8.

2. **AISENSTEIN M., GIBEAULT A.**
Le travail de l'hypocondrie (contribution à l'étude de la spécificité de l'hypocondrie, notamment par rapport à la conversion hystérique et à la maladie organique).
Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie, 1990, 21, 19 - 48.

3. **AJURIAGUERRA J. (DE)**
Manuel de psychiatrie de l'enfant
Editions Masson, 2^{ème} édition, 1980.

4. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
DSM III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 3^{ème} édition)
Editions Masson, 1983.

5. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 4^{ème} édition)
Traduction française par J.D. GUELFY, Editions Masson, 1996.

6. **ANDRE J., LANOUZIERE J., RICHARD F.**
Problématiques de l'hystérie
DUNOD, Paris, 1999.

7. **ANZIEU D.**
Le Moi-peau
DUNOD, Paris, 1995 (1^{ère} édition en 1985).

8. **ANSERMET F.**
Psychanalyse et pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1994, 42^{ème} année, n° 4-5, p. 173 - 179.

9. **BALDY – MOULINIER M.**
Epilepsies en questions
John Libbey Eurotext, Paris, 1997.

10. **BEAUCHESNE M., BROUSSAUD G.**
L'épilepsie chez l'enfant
In LEOVICI S., SOULE M., DIATKINE R. : Nouveau Traité de Psychiatrie del'Enfant et de l'Adolescent, tome 2 Presses Universitaires de France, collection Quadrige, 1999 (1^{ère} édition, 1985).

11. **BERGES J.**

Thérapeutiques de relaxation chez l'enfant
*Editions Techniques - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris, France),
Psychiatrie, 1992, 37 208 D 10, 4 p.*

12. BERNER P.

Suggestion et hypnose dans l'hystérie
La Revue du Praticien, 1995, 45, n° 20, p 2568 – 2570.

13. BESANCON G.

Théories en psychosomatique
*Editions Techniques - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris, France),
Psychiatrie, 1992, 37 400 C 10, 8 p.*

14. BONHOMME P., ROBERT P., BRACCINI T., DARCOURT G.

Conversion, troubles somatoformes et hystérie : à partir de l'étude informatique
de 959 dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie
Psychologie médicale, 1985, 17, 11 : 1723 - 1727.

15. BOUCHARD R., LORILLOUX J., GUEDENEY C., KIPMAN D.

L'épilepsie essentielle de l'enfant
PUF, 1975.

16. BOWMAN E. S., MARKAND O. N.

Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects .
American Journal of Psychiatry, 153 ; 1 , January, 1996, p 57 – 63.

17. BRUSSET B.

Interprétation psychanalytique des névroses
*Editions techniques - Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris, France),
Psychiatrie,
37 - 300 - F - 10, 1993, 6 p.*

18. BRUSSET B.

L'hypocondrie
Editions PUF, collection Que sais-je ?, 1998.

19. BURSZTEIN C., DANION-GRILLIAT A.

Névroses et troubles névrotiques chez l'enfant
*Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France), Psychiatrie, 37 - 201 - A -
60,1995, 10 p.*

20. BURSZTEIN C, GOLSE B., MISES R.

Classifications en psychiatrie de l'enfant
*Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier
SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37 - 200 - B - 10, 2003, 9 p.*

21. CAPDEVILLE C., BRUNET G.

Conversion et épilepsie

Psychologie Médicale, 1985, 17, 11 : 1735 - 1736.

22. CASAROTTI H.

Histoire du diagnostic différentiel des crises « hystériques » et épileptiques
Evolution psychiatrique, 1999, 64, 511 - 530.

23. CHEVALIER J.F., PLAS J.

Aspects neurologiques de l'épilepsie
Editions techniques
Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris – France), Psychiatrie, 37 - 219 - N - 10, 1992, 4 p.

24. CHEVALIER J.F., PLAS J.

Troubles psychiques de l'épilepsie
Editions techniques
Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris – France), Psychiatrie, 37 - 219 - N - 20, 1992, 8 p.

25. CRAMER B.

Vicissitudes de l'investissement du corps : symptômes de conversion en période pubertaire
Psychiatrie de l'enfant, 1977, 1, p. 9-127.

26. CONSOLI S.M.

Les confins de l'hystérie
La Revue du Praticien (Paris), 1995, n° 20, 2556 -2261.

27. CORCOS M. et JEAMMET P.

Expression névrotique. Etats limites. Fonctionnement psychotique à l'adolescence.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales ElsevierSAS, Paris), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37 - 215 - B - 20, 2002, 10 p.

28. DAR COURT G.

Peut-on définir la conversion ?
Psychologie médicale, 1985, 17, 11 : 1719 - 1722.

29. DAR COURT G.

La personnalité hystérique
La Revue du Praticien, 1995, 45, n° 20, p 2550 – 2554.

30. DEROUESNE Ch.

Hystérie de conversion
La Revue du Praticien, 45, n° 20, p. 2535 - 2540.

31. DEVINSKY O., GORDON E .

Epileptic seizures progressing into non epileptic conversion seizures

Neurology, 1998 ; 51 : 1293 – 1296.

32. DOLTO F.

L'image inconsciente du corps
Seuil, 1984.

33. DOSTOIEVSKI F.

Les Frères Karamazov (1879 – 1880)
Le Livre de Poche.

34. EGGERS C.

Symptômes et syndromes de l'hystérie de conversion chez l'enfant et l'adolescent
Neuropsychiatrie de l'enfance, 1987, 35 (10), 461 - 468.

35. EPELBAUM C.

Organisations névrotiques
*dans FERRARI P. : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Editions Flammarion, 1993.*

36. EPELBAUM C., SEBIRE G., CHAINE F.

“Coma” céphalalgique et deuil pathologique : du corps à la parole
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1997, 45 (1 - 2), p. 72 - 76.

37. ESCANDE M.

L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie
MASSON, PARIS, 1996.

38. ESCANDE M.

L'hystérie
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37 - 340 - A - 10, 1996, 10 p.

39. ETTINGER A.B. and al

Postictal symptoms help distinguish patients with epileptic seizures from those with non-epileptic seizures
Seizure, 1999 ; 8 : 149 -151.

40. EY H., BERNARD P., BRISSET Ch.

Manuel de psychiatrie
Masson, Paris, 1960, 1978 (5 ème édition).

41. FERRARI P.

Pédiatrie et pédopsychiatrie - Pédopsychiatrie de liaison
*In : FERRARI P. : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Editions Flammarion, 1993.*

42. FREUD S.

Cinq psychanalyses (1905)

PUF (1^{ère} édition 1954).

43. FREUD S.

Dostoïevski et le parricide (1928)

In : Résultats, idées, problèmes II (1921 - 1938)

PUF, 1985.

44. FREUD S.

Le Moi et le Ça (1923)

In : Essais de Psychanalyse

Editions Payot & Rivages, 2001.

45. FREUD S.

Le refoulement

In : Métapsychologie

Editions Gallimard, 1968.

46. FREUD S.

Névrose, psychose et perversion

PUF (1^{ère} édition 1973).

47. FREUD S.

Pour introduire le narcissisme (1914)

In : La Vie Sexuelle

Editions PUF, Paris, 1969.

48. FREUD S.

Trois essais sur la théorie sexuelle (1905)

Editions Gallimard, 1987.

49. FREUD S.

L'Esquisse d'une psychologie scientifique (1895)

In : Naissance de la Psychanalyse

PUF, 1969 (2^{ème} édition).

50. FREUD S., BREUER J.

Etudes sur l'hystérie (1895)

PUF (1^{ère} édition 1956).

51. GRIMAL P.

Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine

PUF, 1^{ère} édition : 1951.

52. GUEDENEY A.

Actualité clinique du phénomène de conversion chez l'enfant

Perspectives Psychiatriques, 1984, IV, n° 98, p 327 - 334.

53. HALBRONN - KLEIN N.

Epilepsie : la crise parle-t-elle ? Hystérie - Psychosomatique

Perspectives Psy, volume 35 ; n° 3, juillet - septembre 1996, p 199-206.

54. HAYEZ J.Y.

Le pédopsychiatre face aux enfants atteints de troubles dits “fonctionnels” ... et à leurs pédiatres.

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1996, vol. 44, n° 8, p 321 - 330.

55. HAYEZ J.Y.

Le psychiatre à l'hôpital d'enfants - somatisations et pédopsychiatrie de liaison
PUF, le fil rouge, 1991.

56. HEIMANN J.P., HABINGER E.

Le concept de personnalité borderline dans l'enfance et l'adolescence
Une revue de la littérature anglo-saxonne.

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1994, 42 (7), 312 - 321.

57. HORASSIUS – JARRIE N., HORASSIUS M., SELIN M.

L'hypocondrie chez l'enfant

Comptes – rendus du congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française

LXXII – Auxerre – 9 au 14 septembre 1974

Masson et Cie Editeur.

58. HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F. (sous la direction de)

Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent
PUF, 2000.

59. HOUZEL D., CATOIRE G., HENRY A.

Troubles névrotiques chez l'enfant

La Revue du Praticien (Paris), 1990, 40, n° 24, p 2291 - 2295.

60. ISRAEL L.

L'hystérique, le sexe et le médecin

Masson, Paris, 1976, 2001.

61. KANNER A.M. and al.

Supplementary motor seizures mimicking pseudoseizures : some clinical differences

Neurology, 40, september 1990, p1404 – 1407.

62. KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.

La faim et le corps

PUF, le fil rouge, 1972, 1998.

63. KREISLER L.

L'examen médical

In : LEOVICI, DIATKINE, SOULE : Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PUF, Collection Quadrige, p 581 - 586.

64. KREISLER L., FAIN M., SOULE M.

L'enfant et son corps
PUF, le fil rouge, 1^{ère} édition 1974.

65. KREISLER L., SZWEC G.

Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance.
Généralités cliniques – Propositions théoriques.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37 - 404 - A - 10, 1998, 12 p.

66. LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.

Vocabulaire de la psychanalyse
Presses Universitaires de France, 1^{ère} édition 1967.

67. LAURANSAN S.

L'enfant qui "oubliait de voir"
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, n° 22, novembre 1998, p58 - 62.

68. LEOVICI S.

L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent
Confrontations psychiatriques n° 25, 1985, p. 99 - 119.

69. LEMONNIER E., ALLILAIRE J.F.

Traitements des hystéries
La Revue du Praticien, 1995, 45, n° 20, p 2573 - 2577.

70. LEMPERIERE T.

La personnalité hystérique
Confrontations psychiatriques, 1968, 1, 53 - 66.

71. LESSER R.P.

Psychogenic seizures
Neurology, 1996 ; 46 : 1499 - 1507.

72. MAHONY P.

Dora s'en va - Violence dans la psychanalyse
Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, 2001.

73. MAISAMI M., FREEMAN J.M.

Conversion reactions in children as body language : a combined child psychiatry / neurology team approach to the management of functional neurologic disorders in children
Pediatrics, vol 80, n° 1, July 1987, p 46 - 52.

- 74. MALBRONN - KLEIN N.**
75. MARCEL E., SCHIOPU B.
Troubles psychiques et épilepsie partielle complexe
Evolution psychiatrique, 1998, vol. 63, n° 3, p. 395 - 408.
- 76. MARCELLI D.**
Enfance et psychopathologie
Editions Masson, 1982, 1999.
- 77. MARCELLI D., BRACONNIER A.**
Adolescence et psychopathologie
Masson, Paris, 1983, 1999.
- 78. MARIE - CARDINE M.**
Syndrome névrotique : Hystérie de conversion (diagnostic, principes du traitement)
La Revue du Praticien, 1992, 42, n°12, 1573 – 1580.
- 79. MATOT J.P.**
Pour situer la question de l’hystérie chez l’enfant
Neuropsychiatrie de l’Enfance, 1989, 37 (4) ; 179 - 186.
- 80. MATOT J.P., APPELBOOM J.**
Pédiatrie et pédopsychiatrie : l’avenir d’une liaison - Conclusion
Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence, 1996, vol. 44, n° 12, p 655 - 657.
- 81. MAZET P., HOUZEL D.**
Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent
Maloine, Paris, 1978.
- 82. MAUREL H.**
Actualités de l’hypocondrie
Comptes-rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Editions Masson, Paris, 1975.
- 83. MILLE C.**
Conversion somatique
In : FERRARI P. : Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent Editions Flammarion, 1993.
- 84. MILLE C., DAROUX J.L., RAFFENEAU F., BENALLAL L.**
Des vomissements cycliques aux “crises d’angoisse” périodiques
Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, 2001, 49, 541 - 546.
- 85. MISES R.**
Les pathologies limites de l’enfance
PUF, le fil rouge, 1^{ère} édition : 1990.
- 86. MISES R.**

Pathologies limites de l'enfance
*Editions Techniques - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris, France),
Psychiatrie, 37 -201 - A - 30, 1994, 5 p.*

87. MISES R. et coll.

Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R 2000
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2002 ; 50 ; 233 - 61.

88. MYQUEL M.

Hystérie de l'enfant
La Revue du Praticien - Monographie - 15 décembre 1995, tome 45, n° 20 (2547 - 2549).

89. MORON P.

Le phénomène de conversion somatique chez l'enfant
*Comptes-rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française
LXXII - Auxerre - 9 au 14 septembre 1974
Masson et Cie Editeurs.*

90. MOURAD I., ADES J.

Syndrome névrotique : Hystérie de conversion (diagnostic, traitement)
La Revue du Praticien, 1998,48, p 909 – 911.

91. MYQUEL M.

La personnalité hystérique chez l'enfant.
Psychologie médicale, 1985, 17, 11 : 1707 - 1708.

92. NATHAN T.

Hystérie aujourd'hui
Perspectives psychiatriques, 1984, IV, n° 98, p. 291 - 292.

93. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CIM 10 (Classification Internationale des Maladies - 10^{ème} édition)
Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement
Critères diagnostiques pour la recherche
Editions MASSON , 1994.

94. PAQUET J.M., TURPIN J.C., LUAUTE J.P., GROSS J.C.

Diagnostic des pseudo-crisés d'épilepsie grâce à l'EEG prolongé couplé à la vidéo
Annales Médico-Psychologiques, 1998, 156, n° 9, p. 631 - 634.

95. PELICIER Y.

Histoire de la psychiatrie
PUF, collection Que sais-je ?, 1^{ère} édition : 1971

96. PLASSE Y., JANNOT G., GRANON M., GOY M., PORTE M., MYQUEL M.

Pérégrinations autour du corps de Florent
Psychologie Médicale, 1985, 17,11 : 1733 -1734.

97. RICHARD Pascal

Crises épileptiques ou crises fonctionnelles ? Quelques situations où les crises posent des problèmes de diagnostic
Perspectives Psy ; volume 35, n° 3, juillet-septembre 1996.

98. RUFO M.

Le psychiatre dans un service de pédiatrie
*In : S. LEOVICI, R. DIAKTINE, M. SOULE : Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Paris, PUF, collection Quadrige, 1995 (1^{ère} édition : 1985).*

99. SAMSON - DOLFUS D.

Electro-encéphalographie de l'enfant
Masson, Paris, 1998, 2001.

100. SCHAEFFER J.

Le rubis a horreur du rouge - Relation et contre-investissement hystériques
Revue Française de Psychanalyse, 3 / 1986, p. 923 - 944.

101. SHEN W., BOWMAN E.S., MARKAND O.N.

Presenting the diagnosis of pseudoseizure
Neurology, 40, may 1990, p 756 – 759.

102. SOULAYROL R., DUGNAT M., SOULAYROL L.

Hystérie et épilepsie chez l'enfant
L'information psychiatrique, 66 , 1, 1990, p.29 à 38.

103. VINCENT M., LEOVICI S.

L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent
*In : LEOVICI S., DIAKTINE R., SOULE M. : Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
PUF, Collection Quadrige, 1999.*

104. VINCENT T.

L'anorexie
Editions Odile Jacob, 2000.

105. VISIER J.P., MAURY M.

L'enfant dont le corps dysfonctionne et son entourage : méconnaissance, reconnaissance
Psychologie médicale, 1985, 17, 11 : 1729 - 1732.

106. WIDLOCHER D.

Avant-propos

La Revue du Praticien, Monographie : "Hystéries", Tome 45, n° 20, p 2533 - 2534.

107. WINNICOTT D. W.

De la pédiatrie à la psychanalyse
Editions Payot, 1969.