

## L'approche psychosomatique de l'enfant asthmatique

### Résumé

L'enfance est l'âge d'or de la psychosomatique vu son immaturité psychique. L'enfant ne peut exprimer son malaise ou son mal-être que par des symptômes corporels. Certes, il peut clamer son malaise par des cris et des pleurs. Ceux-ci jouent d'ailleurs un rôle irremplaçable dans les échanges mère-enfant. C'est une sorte de cordon ombilical acoustique qui prolonge la relation intra-utérine. L'enfant est branché sur ce qu'il l'entoure, il est très sensible à l'ambiance familiale. Aussi, s'il pleure trop souvent ou trop longtemps, faut-il en chercher parfois les raisons dans un climat familial qui ne lui est pas favorable. Le corps va alors devenir le lien d'expression de ses difficultés psychoaffectives et les symptômes seront des plus divers : asthme, eczéma, insomnie etc.

L'empreinte du psychisme sur le corps prend parfois d'étranges détours !

**Dr F.Z. ABU SARI**

Institut de Psychologie et  
des Sciences de l'Education  
Université Mentouri  
Constantine, Algérie

### ملخص

إن الطفولة هي العمر الذهبي في التعبير النفسي-سوماتي نظرا لعدم النضج النفسي. لا يستطيع الطفل التعبير عن توتره إلا عن طريق الأعراض الجسدية كما أنه يعبر عن آلامه بالبكاء و الصراخ. وهذه الميكانيزمات لا يمكنها أن يحتل مكانة علاقة التبادل بين الأم والطفل.

J'ai été appelée à intervenir auprès des éducateurs spécialisés et des psychologues des centres pour insuffisants respiratoires, et ceci, dans le cadre de leur recyclage au centre national de la formation du personnel spécialisé dans l'handicap, pour parfaire leur formation et acquérir des connaissances dans le domaine de la médecine psychosomatique et des techniques pouvant les aider à mieux approcher et maîtriser leur domaine.

Combien leur intéressement était grand lorsque j'ai abordé la psychologie de l'enfant asthmatique, le choix de l'asthme, les caractéristiques de la maladie, trauma du corps, maladie somatique et l'asthme infantile, tenter de retrouver l'évolution des idées concernant les troubles somatiques, représente un travail considérable; pour cela, je souhaite me livrer à un survol orienté en fonction des attentes des éducateurs et des psychologues des centres pour insuffisants respiratoires, vivants une

و هما نوع من حبل سري سمعي كان به يواصل العلاقة الجينية ، و الطفل منتبه لكل ما يحيط به، و حساس للجو العائلي، فالذا بكى بطريقة متواصلة، لا بد أن نبحث عن الأسباب في جو عائلي لا يناسبه و يصبح الجسم موضوع تعبير عن صعوبات نفسية تكون الأعراض عديدة نتيجة ذلك " ربو، حساسية جلدية، اضطراب في النوم... الخ". إن التأثيرات النفسية على الجسم تأخذ أحيانا منحرجات غريبة.

réalité souvent difficile à surmonter par manque de formation dans le domaine de la psychosomatique et de la psychologie plus particulièrement.

### 1- L'interaction soma-psyché

La question de l'étiologie de la maladie somatique et du moment de sa venue a toujours été une question épineuse! Freud (1) se référait à l'existence d'une névrose actuelle, proche d'une névrose traumatique à laquelle le sujet répondrait par des symptômes corporels. En somme, la réponse de l'organisme à une situation externe, défavorable, car entraînant notamment l'impossibilité de décharge pulsionnelle et donc la stase libidinale à des empêchements purement externes, pourraient venir s'ajouter des composantes constitutionnelles liées aux caractéristiques de l'individu lui-même, comme la complaisance somatique, les différences quantitatives héritées de la libido, les facteurs liées à la constitution ou à la prédisposition.

Le modèle reste très pertinent puisqu'il s'allie à des éléments que l'on pourrait dire préférentiellement organiques et propres au sujet lui-même, des facteurs conjoncturels liés aux interactions avec les données de l'environnement.

## II- L'approche psychosomatique de l'enfant asthmatique

Pour F. Alexander (2) le trouble psychosomatique apparaît lorsque se trouve réunie une triple conjonctions de facteurs:

- un type spécifique de conflit.
- une prédisposition particulière du corps du sujet appelé facteur somatique.
- une situation actuelle de conflit.

Les souffrances psychologiques de l'enfant sont des plus divers. Elles peuvent provenir de l'inadéquation des échanges entre l'enfant et une mère hyper-anxieuse qui finit par devenir envahissante. Il y a aussi danger lorsque l'enfant vient combler une souffrance affective (mère abandonnée-relation conjugale de mauvaise qualité). La maman s'investit alors totalement dans son enfant, l'engloutissant dans une relation hyper-possessive, l'enfant prenant une place pervertie dans son affectivité.

Dès que l'enfant vient ainsi colmater une relation de couple quelque peu fissurée, ce qui n'est pas son rôle, il peut la somatiser de différentes façons. En faisant de l'anorexie par exemple, c'est-à-dire en refusant de manger. C'est sa manière de dire à sa mère « fiche-moi la paix ». Comme il ne peut verbaliser son malaise, il le fait par le biais de la nourriture (l'aliment étant en temps normal le véhicule de l'amour maternel).

L'hyper-protection où l'angoisse de la mère peut aussi rejaillir sur le système O.R.L de l'enfant, par exemple, sous forme de rhino-pharyngite à répétitions. La mère exerce une telle pression sur l'enfant qu'elle l'empêche de respirer. Elle l'étouffe au sens propre comme au sens figuré. Pour certains psycho-somaticiens: "Le nez détecte non seulement la pollution de l'air mais aussi celle de l'atmosphère affective "Marty (3).

Second type de souffrances génératrices de troubles psychosomatiques : celles qui proviennent d'une carence affective fréquente chez l'enfant non désiré: l'hospitalité des parents déguisée en anxiété pourrait alors provoquer une allergie.

### **III- Projet d'enfant à l'enfant réel**

L'enfant qui vient de naître peut-être aussi une version décevante et bruyante de celui auquel ses parents avaient rêvé.

Il faut faire le deuil de l'enfant imaginaire. On sait que le premier enfant d'une famille est souvent le réceptacle de tous les désirs et de toutes les attentes des parents, mais aussi de leur problématique non résolue. C'est l'aîné qui en fait les frais. On sait, par exemple, que l'asthme peut être héréditaire et peut se manifester sur trois générations (grand-mère - mère - enfant). Si on apprend à une mère que son enfant est asthmatique, son image de marque atteint souvent la zone d'alarme: on la qualifiera de mère rejetante, anxieuse, sur-protectrice (hyper-protection masquant bien évidemment un rejet profond!). Bref, elle se culpabiliserait tellement qu'elle aurait du mal à l'accepter.

Certes, il existe la plupart du temps, un terrain prédisposant la fragilité particulière des bronches ou l'hyperactivité familiale aux pollens ou aux poils de chat, mais il faut tenir compte de l'interaction mère-enfant. On peut alors parler d'une contagion psychique qui aboutit à recréer chez l'enfant certains problèmes refoulés par la mère.

Cela-dit, ne fait pas de l'asthme qui veut, une hypersensibilité des bronches, probablement héritée, est tout d'abord nécessaire.

A cela vient s'ajouter un terrain allergique, hyper-réactivité aux poils d'animaux, aux pollens de graminées, aux acariens, etc.

Cependant, lorsque la maladie est installée, elle n'échappe plus du tout à l'influence des facteurs psychologiques. Il est courant de voir des crises d'asthme déclenchées par des contrariétés, des difficultés scolaires ou familiales, des émotions fortes. Même le sentiment de joie peut être le détonateur d'une détresse respiratoire; l'asthme et le psychisme agissent aussi l'un sur l'autre: c'est une maladie génératrice d'angoisse.

Cette hyper-réactivité des bronches qui se ferment empêchant l'air de circuler dans les poumons, crée chez l'enfant une grande peur. Cette impression de mourir est interne. Les crises, on le sait, se déclenchent volontiers le soir. Cela s'explique, en partie, par le rôle anxiogène de la nuit (le sommeil libère l'inconscient, et l'angoisse, jusque-là latente, s'exagère et déclenche la crise).

### **IV-Un écueil difficile à éviter : la sur-protection**

L'asthme se présente aussi comme une maladie très angoissante pour l'entourage. La famille de l'asthmatique est souvent agitée car inquiète, et de ce fait inquiétante.

La mère, notamment, aura tendance à couvrir, à sur-protéger son enfant, l'anxiété maternelle étant bien sûr liée au caractère alarmant de la sensation d'étouffement et de mort imminente. Dès lors, va s'établir une étrange symbiose entre l'enfant asthmatique et sa mère, car la nuit, c'est souvent la maman qui vient au chevet de son enfant qui étouffe.

Comme l'a écrit Held R. (4) «entre l'enfant qui court après sa respiration et la mère qui guette avec angoisse le retour de la perméabilité bronchique, va s'établir une

relation.

Certains psychanalystes n'ont d'ailleurs pas manqué de souligner le risque pour l'enfant favorisé, de cultiver cet étouffement, de multiplier les crises pour maintenir la mère "oxygène" le plus longtemps possible à ses côtés.

Cette sur-protection maternelle peut devenir à son tour dangereuse: la maman tisse autour de son enfant une sorte de cocon douillet. Elle le préserve, le dorlote lui évitant les efforts personnels. Cette attitude hyper-protectrice, captatrice, va se développer au détriment de sa maturation affective.

### **Un appel au secours**

Du fait de leur immaturité affective, les asthmatiques ont du mal à affronter ou à résoudre certains types de conflits. Ils développent alors une angoisse qui se déplace sur le circuit respiratoire; cette crise d'asthme serait donc, selon certains auteurs, un cri réprimé ou refoulé, un appel au secours à la mère, cette maman "oxygène" qui console et sécurise. Pour conforter cette hypothèse, il faut savoir que les asthmatiques ont parfois du mal à pleurer, à extérioriser leur souffrance. Cette inhibition des pleurs et du cri serait une des causes du symptôme asthmatique. Ne dit-on pas que l'asthmatique pleure avec ses bronches? Inversement, on s'est d'ailleurs aperçu que les crises cessaient dès que l'enfant se laissait aller à pleurer.

## **V- Le traitement**

Parallèlement aux médicaments indispensables, une psychothérapie conjointe mère-enfant, s'avère nécessaire afin de réparer la relation mère-enfant engagée, comme le souligne si bien Debray R. (5) "dans des distorsions plus ou moins bruyantes de leur relation qui altèrent la qualité de leurs premiers échanges et qui peuvent retentir gravement sur le développement de l'enfant comme sur l'équilibre général de la mère".

L'enfant est pris en charge par le psychologue en vue d'une psychothérapie. La mère est également prise en charge par une autre psychologue ou la même ayant la charge de l'enfant, en séances séparées. Puis, la mère et l'enfant se trouve réunis dans une même psychothérapie dite conjointe où ils se retrouvent et vivent ensemble une nouvelle expérience et établissent une nouvelle relation qui débloque la problématique. Le but de cette thérapie conjointe est la réparation de la qualité de la relation mère-enfant.

Pour ce qui est de la psychothérapie de la mère, c'est une relation d'aide où la mère va vivre une expérience de maturation et d'auto-développement. Là, elle apprend à se comprendre elle-même, à faire des choix indépendants et significatifs, à réussir des relations humaines de manière plus adultes.

Autre étape indispensable du traitement, la relaxation et la sophrologie donneraient d'excellents résultats

Au cours du recyclage, comme je l'ai déjà souligné en début d'article les techniques de relaxation ont été appliquées en salle de psychomotricité du CNFPH. Les éducateurs et les psychologues des CIR ont été initiés à ces techniques.

### **1- La sophrologie**

Du Grec-sos-phren-logos.

Sos: serein et sûr.

Phren: membrane qui enveloppe le cœur.

Logos: discours.

La sophrologie doit être entendue comme science de l'esprit serein et le corps y participe. Elle vise à mettre l'individu à même de prendre en main la conduite de sa propre totalité psychosomatique:

- par le vécu de sa propre conscience.
- par la maîtrise des moyens qui permettent d'en modifier le contenu, les états et les niveaux de vigilance.
- Par le contrôle qu'il opère sur son propre psychisme et sur son propre corps, de la façon la moins directive possible.

La sophrologie se veut préventive, prophylactique. Elle compte à son actif un grand nombre de techniques corporelles qui se pratiquent en individuel ou en collectif.

Avant de décrire la technique conditionnée, je voudrais faire connaître au lecteur certains termes usuels en sophrologie afin de s'y familiariser.

#### **A- Sophronisation de base**

Processus fondamental d'entrée en état de relâchement neuro-musculaire. Elle comprend:

- une relaxation musculaire modifiant le tonus.
- une modification des niveaux de la conscience (détente mentale).
- une évolution de durée extrêmement variable en niveau sophro-liminal (relâchement musculaire profond).
- une désophronisation systématique devant-être contrôlée (ce qu'on appelle communément la reprise du tonus).

#### **B- La sophro-acceptation progressive S.A.P**

Après la sophronisation de base, il est demandé au patient de se représenter une image positive dans un avenir proche, c'est-à-dire une situation dans laquelle il intervient personnellement, qu'il choisisse une scène qui puisse se passer dans un ou deux mois où qu'il se représente lui-même à une heure agréable du jour ou de la nuit, seul ou en compagnie de personnes qui lui sont agréables. Une fois cette situation obtenue il en informe le sophrologue. Ce dernier s'emploie alors à renforcer l'acceptation du schéma corporel du patient (sensation du bien-être) puis l'acceptation progressive d'un bon schéma existentiel.

#### **C- La technique conditionnée**

Elle compte parmi les techniques de sophrologie. Elle utilise le réflexe conditionné selon les données pavloviennes.

Le technique est symptomatique puisqu'elle consiste à substituer un geste à un symptôme. Ce dernier ne disparaît donc pas véritablement mais sa substitution gestuelle apporte un soulagement immédiat à certains troubles. L'expérimentation de cette méthode se poursuit déjà depuis plusieurs années avec des résultats probants en tant que palliatif immédiat.

**- La technique :**

Après une sophronisation simple du patient, le niveau de relâchement neuromusculaire atteint, nous procédons à stimuler positivement des structures ou des phénomènes psychosomatiques spécifiques dans un sens thérapeutique. Ceci va mettre en place un symptôme à la place de l'autre au gré du praticien. Nous avons choisi et accoutumé de substituer telle douleur par la réunion du pouce et des quatre autres doigts de la main gauche. Cette suggestion doit être répétée pour obtenir un résultat. Le geste nous semble simple et propre à une réelle substitution symptomatique dans quantité de cas.

**- Indications :**

Le champ d'application de la technique conditionnée est vaste, mais elle a montré une capacité privilégiée à lutter contre la crise d'asthme prise à son début. En l'espèce, nous enseignons au malade, tout en lui faisant mentalement visualiser ses bronches, à les dilater immédiatement en réalisant le geste de jonction du pouce et des quatre autres doigts de la main gauche. Peu à peu, le réflexe conditionné s'installe: geste- dilatation des bronches.

Il ne s'agit en fait que du signe - signal anticipé auquel le patient aura recours en état de veille normale chaque fois que le besoin se fera sentir. A partir d'un entraînement quotidien, l'asthmatique va pouvoir libérer ce réflexe conditionné dès l'apparition de la crise.

**- Présentation d'un cas pratique:**

Le cas d'une fille nommée Nahla, âgée de 10 ans, souffrant d'insuffisance respiratoire chronique depuis l'âge de deux ans et demi. Elle est la troisième dans le rang de la fratrie.

Elle fut l'objet de plusieurs crises d'asthme par semaine; leur caractère spectaculaire et souvent angoissant pour l'entourage, oblige les parents à une hospitalisation urgente pour des séances d'oxygénation et de mesures thérapeutiques strictes provoquant une médicalisation importante avec un risque d'enlèvement dans une médication lourde spécifique à cette pathologie pouvant aboutir à une véritable cortico-dépendance entretenue avec l'angoisse maternelle.

Malgré cette prise en charge médicale sérieuse, l'état de Nahla ne s'améliora guère; elle fut envoyée pour un long séjour dans un centre climatique pour insuffisants respiratoires à Chréa.

Malheureusement, malgré l'air pur de la montagne, la prise en charge médicale et psychologique dans ce centre s'avéra défectueuse à cause de l'absentéisme et le manque de sérieux chez le personnel médical, para-médical et psychologue, sans doute dû à un manque de formation adéquate chez ce personnel quant à la prise en charge de l'enfant asthmatique séjournant dans un centre climatique.

Nahla retourna chez ses parents plus malades que jamais sans oublier les répercussions psychologiques de la séparation avec son environnement familial même si celui-ci fut asthmatogène. Le désespoir des parents atteignit son paroxysme. Dans cette même période, j'ai fait la connaissance des parents de Nahla. Je fus très attentive à leurs problèmes, et ai proposé d'emmener Nahla chez moi pendant les vacances d'hiver.

Deux raisons ont motivé mon initiative:

- d'une part, comme le souligne Debray R., l'éloignement du foyer familial suffirait à faire cesser les crises, ce que l'on a appelé la parentectomie. Loin du milieu familial qu'il soit frustrant ou gratifiant, l'asthme disparaît complètement pour reprendre parfois dès que le sujet retrouve ses parents, ce qui constitue une situation pour la moins paradoxale.

- D'autre part: pour une aide psychologique et l'application de la technique conditionnée.

Les parents ont accepté et Nahla séjourna quinze jours chez moi. Après s'être familiarisée avec moi et ma famille, nous avons établi une bonne relation par le biais de jeux, de dessin et de tests qui lui ont permis l'expression de tous ses fantasmes et de toutes ses angoisses.

D'une part, comme le souligne Muchielli A. (7), "le jeu permet la libération par l'expression-action; d'autre part, la répétition des séances avec le même jeu a un effet de désensibilisation progressive". Le jeu est un pur défolement produisant une véritable cartharsis.

Nous avons choisi le jeu des marionnettes de Rambert M. (8): le matériel de base qui offre à l'enfant des moyens d'expression est un ensemble de marionnettes qui sont rendus mobiles lorsque l'enfant glisse trois doigts, un doigt pour la tête et deux doigts pour les bras, dans beaucoup de tissus et qu'il fera bouger à sa guise. Le thérapeute entre dans l'histoire en animant lui aussi telle ou telle marionnette nécessaire au jeu et réclamée par l'enfant. Alors, figurent dans le matériel trois ou quatre dames (la maman, la tante, l'institutrice la bonne ou la grand-mère), trois ou quatre hommes (le père le médecin ou l'instituteur), les enfants de tout âge et des deux sexes, le gendarme, le diable, la mort, la sorcière et quelques animaux. C'est par ses gestes, par son attitude, par sa voix, que l'enfant nous révèle l'intensité du conflit et la gravité du drame qu'il joue. En plus de la thérapie par le jeu, nous avons utilisé le dessin et certains tests faciles: le dessin de la famille afin d'approcher la dynamique familiale et la patte noire comme test projectif de la personnalité.

En parallèle de ces psychothérapies nous avons appliqué la technique conditionnée. Nahla a été familiarisée avec la relaxation neuro-musculaire de type training autogène de Schultz et les techniques respiratoires qui s'y rattachent.

Après une sophronisation simple et lorsqu'on s'est assuré par le bio-feed-back de la détente complète du patient, nous l'entreprenons:

- Tu es couché dans ton lit...dès que cette image apparaîtra indique le avec l'index de la main droite.

- Tu vas maintenant te voir en train de t'endormir puis au cours de la nuit, tu te réveilles. Lorsque les images apparaissent, contente-toi de lever l'index. Au moment du réveil, tu perçois les prémices de la crise d'asthme, tu les sens réellement, avec une certaine difficulté respiratoire; dès que tu as la sensation, lève l'index.

- Maintenant, tu vas fixer ton attention sur tes bronches. Tu les connais bien pour les avoir vu représentées sur des images anatomiques. Ces bronches, tu vas simplement les dilater, tu vas les voir se dilater.

- Alors, c'est un peu comme si tu pénètres dans ces conduits qui permettent à l'air de circuler, et que tu disposes des étaux pour en rendre le resserrement impossible.

- Tu sens ta respiration s'améliorer; tes bronches se dilatent de plus en plus pour s'ouvrir de plus en plus largement.
  - Ton début de crise d'asthme s'arrête et tu sens pénétrer l'air avec facilité.
  - Lorsque tu as cette sensation, tu lèves l'index de la main droite.
- C'est très bien.

On insiste évidemment beaucoup sur la dilatation bronchique avant de passer au conditionnement.

- Pour ouvrir tes bronches comme tu viens de le faire, il te suffira désormais de joindre le pouce et les quatre doigts de la main gauche.

Chaque fois que tu répéteras ce geste, en n'importe quelles circonstances, de jour comme de nuit, tes bronches s'ouvriront instantanément pour laisser passer l'air.

Tu parviendras ainsi peu à peu à maîtriser toi-même les crises d'asthme par cet automatisme.

Tu remplaceras la crise par ce geste symbolique du pouce qui rejoint les quatre doigts de la main gauche.

Et nous poursuivrons la sophronisation habituelle en insistant continuellement sur le conditionnement.

La séance est enregistrée. Les cassettes seront très utiles en permettant, par répétitions, l'établissement du conditionnement. Ainsi, proposons-nous au patient l'écoute quotidienne au cours de la première semaine; puis un jour sur deux, enfin hebdomadairement.

Le discours utilisé a été un mélange d'arabe et de dialecte.

Cette technique a été appliquée deux fois par jours pendant les quinze jours de son séjour chez moi. Une cassette de la technique enregistrée lui a été remise afin de poursuivre l'entraînement chez-elle pour établir le conditionnement.

Un fait important à signaler durant ces quinze jours, Nahla n'a pas fait une seule crise d'asthme ni absorber de médicaments.

Chaque fois, ses parents téléphonaient très inquiets, pensant que Nahla faisait des crises d'asthme. Brièvement, je dirai que Nahla, en plus de sa prédisposition allergique, des facteurs familiaux (tension familiale, anxiété de la mère, etc.) ont provoqué cette maladie grave.

Nahla a répondu à cette atmosphère conflictuelle par des crises d'asthme d'une façon générale, comme le souligne Debray R.: "l'expression somatique de type allergique paraît souvent liée dans son aspect de crise ou de poussées à une non-expression de l'agressivité qui n'emprunterait pas les voies habituelles de décharges, engageant chez le jeune enfant le caractère et le comportement". Ce même auteur ajoute: "intolérance aux conflits inter-personnels qui l'entourent et impossibilité d'exprimer ouvertement des émotions agressives".

Nous n'avons pas encore appliqué cette technique à un échantillon représentatif d'une population souffrant d'asthme. Toutefois, elle est très précieuse en matière de traitement d'urgence de l'asthme.

## CONCLUSION

La désorganisation, quelle que soit la forme qu'elle emprunte, joue comme un frein, parfois même un arrêt, sur le développement psychosomatique général. L'expression somatique n'a pas en elle-même un sens ni un effet significatif en soi, car le sens du



symptôme ne peut se comprendre qu'en fonction de la place qu'il occupe dans l'état psychosomatique générale de la mère, du père et donc aussi de l'enfant.

### Ouvrages consultés

1. Freud S. : Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, Payot, 1973.
2. Alexandre F. : La médecine psychosomatique, Paris, 1977.
3. Marty P. : Des processus de somatisation, Paris, Masson, 1984.
4. Held R. : Psychothérapie et psychanalyse, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1968.
5. Debray R. : Bébés / Mères en révolte, Paris, Paidos/ le Centurion, 1987.
6. Huber J.P. : Traité de sophrologie, tome 2: Méthode et techniques, Paris, Courrier du Livre, 1985.
7. Muchielli A. : Educateur ou thérapeute, Paris, ESF, 2ème édition, 1986.
8. Rembert M. : La vie affective est morale de l'enfant, Delachaux-Nestlé, 2ème édition, 1949.