

Symposium 7

Conversion ou conversions de l'enfant et l'adolescent.

Présidente : Sophie Symann

Argument général:

Les symptômes conversifs sont retrouvés chez 2,3 à 4,2/100 000 des enfants en clinique pédiatrique, soit une prévalence moindre que chez les adultes. Le processus des troubles conversifs est de mieux en mieux étudié chez les adultes, mais moins bien connu chez les enfants, et pourtant L'étude des enfants nous informe sur des processus plus « authentiques », non encore transformés par des processus conscients et cognitifs, ainsi que sur l'association complexe des facteurs génétiques, environnementaux, intrapsychiques, qui conduisent au processus conversif.

Nous proposons une série de 6 arguments pour étayer l'hypothèse qu'il existe non pas un, mais différents types de conversions, ce qui nous permet d'une part de mieux comprendre le démantèlement de la notion d'hystérie, et d'autre part de pouvoir poser des paradigmes expérimentaux neurobiologiques qui tiennent compte de ces hypothèses : arguments symptomatiques ; de la clinique psychopathologique ; de la clinique du fonctionnement familial ; issus de la description que Freud a faite de l'hystérie ; du croisement de la théorie de l'attachement et de la phylogenèse ; enfin, des études neurobiologiques.

Symposium 7

Conversion ou conversions de l'enfant et l'adolescent.

Présidente : Sophie Symann

Convergence des données cliniques, psychodynamiques, familiales, neurobiologiques, vers un modèle neuropsychanalytique

Nous proposons de détailler quatre des arguments qui étaient l'idée de l'existence non pas d'un, mais plusieurs processus à l'œuvre dans les conversions

1. Symptomatologie : perte, ou excès ? il existe deux types de symptômes : perte d'une fonction, ou excès (mouvements anormaux, pseudo crises d'épilepsie, douleur...)
2. Freud a décrit lui-même trois types d'hystéries :
 - l'une se référant à Breuer, avec clivage de la conscience, durant des états hypnoïdes ;
 - les hystéries de défense, acquises, dues à l'intention volontaire du patient, qui n'atteignent cependant pas le but assigné, et provoquent une dissociation de la conscience et répression consécutive ;
 - enfin, les hystéries de rétention, avec peu de mécanismes de clivage, sans réaction à l'expérience traumatique, qui peuvent être traitées par abréaction
3. La théorie de l'attachement : Kozłowska et Williams (2011) ont proposé un modèle dans lequel les symptômes conversifs pendant l'enfance seraient des comportements sensorimoteurs reliquats de deux organisations éthologiques différentes : l'une inhibitrice avec perte fonctionnelle, immobilisation ou « freeze response » ; l'autre, activatrice, avec symptômes positifs, et « comportement défensif d'apaisement ».
4. Enfin, les découvertes neurophysiologiques nous permettent de proposer trois hypothèses neurobiologiques conduisant au symptôme conversif chez l'adulte (Vuilleumier 2012):
 - changements fonctionnels sans lésion des voies motrices ou sensorielles, distinctes de la simulation ou l'inhibition volontaire
 - modulation/blocage des aires sensorimotrices et de l'exécution motrice, par les aires limbiques, et changements dans les boucles corticales/ganglions de la base, qui surviennent de manière inconsciente, et sont vécues comme non- volontaires
 - Anomalies au sein des circuits impliqués dans l'expérience de contrôle : déficit d'accès conscient aux signaux générés dans les cortex sensorimoteurs, déficit des processus de « confiance » motrice et absence d'encodage affectif des actions ou de leur contrôle.

Nous proposons un modèle neuropsychanalytique qui permettrait de rendre cohérents ces arguments, en se référant tant à la théorie analytique, à la clinique, qu'au système neurobiologique de causalité circulaire décrit par Panksepp et Solms (2012), en distinguant trois processus de production du symptôme conversif chez l'enfant et l'adolescent :

- Non inscription des expériences précoces pénibles, processus renvoyant au concept Freudien de « troisième inconscient » (1923), en raison de leur inscription préverbale, et du défaut de symbolisation primaire et secondaire, agissant sur le système sous cortical,
 - Non inscription des expériences traumatiques, qui restent vivantes et intrusives, agissant au niveau des systèmes des ganglions de la base et de la boucle limbique
 - refoulement de représentations non acceptables, le plus souvent sexuelles, agissant au niveau cortical, par activation des aires préfrontales inhibitrices
- Nos premiers résultats chez les enfants et adolescents donnent des arguments positifs à ces hypothèses. Les troubles conversifs doivent être étudiés et compris comme des phénomènes complexes, paradigmatiques de ce que pourrait être un fait neuropsychanalytique.

Lisa OUSS
Hôpital Necker, Paris

Symposium 7

Conversion ou conversions de l'enfant et l'adolescent.

Présidente : Sophie Symann

Le trouble de conversion de l'enfant et de l'adolescent : au croisement d'un phénomène dynamique familial, intrapsychique, et biologique

Le trouble de conversion, lorsqu'il survient durant l'enfance et l'adolescence, nous permet d'évaluer et d'inscrire le symptôme convertif (son apparition et son maintien) au sein des familles que nous rencontrons. Il apparaît en effet, que même si le symptôme est (ap)porté par le patient, il circule de façon dynamique dans le psychisme de chacun et que bien souvent, c'est d'histoires et de relations familiales dont nous parlons.

Matériel et méthode

Nous avons étudié le fonctionnement familial de 34 patients enfants et adolescents ayant consulté ou ayant été hospitalisés à l'Hôpital Necker-Enfants-Malades pour un symptôme somatique d'allure neurologique, avec un diagnostic CIM 10 de conversion, et de leur famille, à l'aide de l'outil FACES. Une caractérisation des troubles, des données cliniques et psychopathologiques, est également proposée.

Résultats

Avec ces résultats, nous sommes amenés à plusieurs constats :

- Le vécu propre de chaque membre des triades se situe majoritairement sur un mode de fonctionnement familial équilibré ou moyen, avec très peu de fonctionnements complexes rapportés.
- Ces modèles vécus sont rapportés significativement comme étant peu flexibles, dans une moindre mesure très cohésifs, avec un modèle idéal plus flexible, adaptation nécessaire à la période concernée, celle de l'entrée dans l'adolescence.
- Les données familiales recueillies montrent que les mères présentent sensiblement plus d'antécédents dépressifs et anxieux que dans la population générale et que les pères.

Conclusion

Nos premiers résultats amènent à penser la problématique convertive comme un phénomène dynamique dans la famille, de l'investissement fait de l'enfant par le ou les parents, des endroits où l'enfant est encore prisonnier de l'aire narcissique parentale et où l'enfant est parfois l'instrument d'expression de sentiments refoulés, à la valeur interactionnelle du symptôme prenant place dans une constellation familiale particulière, permettant parfois une relance du processus de grandissement, et d'autonomisation. Ces constats étayent l'idée qu'il existerait non pas un, mais plusieurs processus de conversion chez l'enfant et l'adolescent.

Elise TORDJMAN
Lisa OUSS
Hôpital Necker, Paris

Symposium 7

Conversion ou conversions de l'enfant et l'adolescent.

Présidente : Sophie Symann

Evaluations projective chez les enfants et adolescents avec conversion

On ne trouve quasiment aucune publication explorant le fonctionnement psychique des enfants et adolescents avec symptôme conversif. Les évaluations projectives au sein de la population d'enfants et adolescents suivis à Necker (Hurvy et Ouss-Ryngaert 2009) ont permis de proposer que les symptômes de conversion peuvent revêtir des significations très diverses suivant :

- d'une part, leur moment d'apparition impliquant une distinction indispensable entre période prépubertaire (où le complet développement de la libido avec l'accès à la génitalité manque encore) et la période postpubertaire (où le remaniement « après-coup » en lien avec la puberté va pouvoir jouer son réorganisateur)

- et d'autre part, le degré d'organisation de la névrose infantile, avec la nécessité d'une évaluation globale de la personnalité du sujet, c'est-à-dire savoir si la conversion résulte d'un échec momentané de « traduction », compte tenu de l'avance libidinale sur le niveau de constitution du Moi du sujet ou si elle reflète un véritable défaut d'instauration de la latence et constituerait un facteur de mauvais pronostic. Hurvy (2008) a en évidence 4 sous-groupes aux évaluations projectives: névrotique/labile, narcissique/labile, mixte labile et rigide, et enfin un groupe plus composite où prédomine l'inhibition, recouvrant en grande partie les trois sous-types précédemment évoqués. Le phénomène conversif retarde le renoncement à l'objet oedipien, plus qu'il ne le met au travail. Les patients enfants et adolescents conversifs oscillent entre deux registres : conflictualisation entre les axes narcissique et objectal, avec un registre oedipien (évitement de la proximité) et préoedipien (recherche du contenant).

La présente communication aura pour but de comparer le fonctionnement psychique, et cognitif, de deux types de patients : les enfants et adolescents avec conversion, et ceux présentant un trouble douloureux, accompagnant, ou non, la conversion. Le but est d'essayer de déterminer si les hypothèses précédemment testées sont suffisantes pour comprendre le phénomène conversif, ou si l'on doit complexifier le modèle en faisant entrer en ligne de compte d'autres dimensions que celle de la puberté ou du degré d'organisation infantile, en comparant les liens entre deux dimensions : celle de l'élaboration cognitive, et celle de l'organisation défensive, en fonction des différentes catégories symptomatiques.

Nous présenterons dans un premier temps nos hypothèses de recherche, pour ensuite proposer nos premiers résultats chez ces patients, en illustrant de vignettes cliniques

Mickael GAUTIER