

Un lourd secret

La honte: dans l'angle mort de la psychosomatique?

Marzio Sabbioni

Facharzt für Innere Medizin, Psychiatrie & Psychotherapie, Schwerpunkt Psychosoziale und Psychosomatische Medizin, Bern

Qui ne connaît pas ces situations déconcertantes dans le traitement de personnes atteintes de troubles psychosomatiques, où surgissent colère et frustration chez les médecins et les patientes et patients, qui se tiennent mutuellement responsables de la souffrance, et où l'on constate seulement après la consultation que des questions personnelles essentielles (p. ex. symptômes cognitifs, psychiques) n'ont pas été posées?

Ma participation à un projet sur le rôle de la honte ressentie lors de l'acceptation d'aide [1] ainsi que la lecture de «Lob der Scham» (Louange de la honte) de Hell m'ont donné à réfléchir sur mon activité professionnelle [2].

En psychothérapie, la honte n'a gagné en importance qu'au cours des 30 dernières années [3]. Dans les nouveaux manuels de psychosomatique, le mot-clé «honte» est toutefois quasiment absent des index.

À mon avis, la honte joue un rôle central dans les mécanismes pathologiques connus en psychosomatique ainsi que dans la relation entre patientes et patients et médecins.

La honte est un sentiment désagréable qui naît lorsque le sujet constate un décalage entre le «moi» idéal et le «moi» réel. Modérément prononcée, la honte est un sentiment d'autoréflexion qui encourage l'autocohérence et peut motiver l'individu au changement.

Mais la honte déclenche aussi la pulsion de se cacher. La honte croît lorsqu'elle est abordée. Elle peut se généraliser rapidement. Elle est en outre contagieuse.

La honte peut toutefois aussi prendre une ampleur démesurée, comme cela peut être dé-

clenché par l'humiliation et la mortification, mais surtout par un traumatisme et un abus.

La honte est contrée par les mécanismes de défense typiques de la personne. Cela peut avoir pour conséquence que la patiente ou le patient et la ou le médecin évitent ou refoulent la thématique de la honte de manière collusoire. Cela a probablement contribué au fait que la honte a suscité peu d'attention dans le traitement ou la théorisation psychosomatique.

Panksepp & Biven n'ont évoqué la honte que marginalement [4]. Ils ne l'ont pas classée parmi les émotions primaires que nous partageons avec le monde animal, mais parmi les émotions sociales complexes qui ne sont apparues qu'avec le développement de capacités cognitives et sociales supérieures. Tomasello décrit comment, il y a 400 000 ans, les aptitudes des premiers humains à concevoir l'intentionnalité partagée, l'empathie et la capacité de mentaliser ainsi que l'interdépendance lors de la chasse collective ont permis le développement de sentiments moraux [5].

Nous devons partir du principe que la souffrance psychosomatique et les thèmes psychosociaux associés sont chargés de honte, tout comme le traitement qui ne peut pas faire autrement qu'aborder des thèmes eux aussi teintés de honte.

Il existe des symptômes psychosomatiques (je pense au rougissement du visage, au vertige et autres symptômes végétatifs) qui peuvent être interprétés comme l'expression corporelle de la honte (incomplètement) refoulée. Un symptôme psychosomatique aura notamment pour fonction de neutraliser un conflit lié à la

honte sous forme d'une défense inconsciente. Les souffrances associées au stress présentent elles aussi, en substance, une thématique de la honte. Le stress est dû au fait que le sujet ne parvient pas à relever un défi (honte due à l'incompétence). Les premières mesures visent généralement à améliorer les stratégies de gestion du stress, ce qui renforce encore la honte en cas de nouvel échec. Seule l'acceptation de la honte pourrait ouvrir la voie pour adapter le «moi» idéal, qui détermine que le défi est surmontable, aux possibilités réelles.

La tentative de nombreux patients et patientes ou médecins de trouver un diagnostic somatique aux souffrances psychosomatiques cherche à éviter les thèmes chargés de honte. Continuer de refouler la honte mène à une situation bloquée ne comportant que des perdants et une médecine hors de prix du fait d'examen discutablement indiqués et de mesures reflétant une «résistance médicale collusoire». Accepter et surmonter la honte (sous forme d'un processus de gestion de la honte par analogie au processus de deuil) peut être un premier pas pour la prise de responsabilité progressive concernant le traitement des thèmes associés à la honte et la souffrance psychosomatique.

De même, en cas de maladie chronique, il ne suffit pas de surmonter celle-ci, mais aussi la honte liée à la maladie et ses conséquences (p. ex. en cas de syndrome de Parkinson [6]).

Modérément prononcée, la honte est vécue comme une perte de l'estime de soi et surtout comme une blessure narcissique dans le contexte d'une humiliation. L'amour-propre est bafoué, ce qui est difficile à supporter et

demande une décharge immédiate. L'autre personne est rendue responsable et une réparation est exigée (p. ex. exiger de la ou du médecin: «guéris-moi»).

Pour atténuer la blessure, les patientes et patients ont aussi recours à des mesures telles que se plonger dans des univers oniriques ou des fantasmes de grandeur, ou encore se surstimuler par des sollicitations sensorielles ou la prise de substances [2]. Nous rencontrons aussi ces expériences et comportements chez les patientes et patients atteints de troubles psychosomatiques et il est essentiel d'identifier et de traiter la thématique de la honte pour ne pas approfondir la blessure.

Des événements de l'enfance et traumatismes aversifs se retrouvent souvent dans les antécédents de souffrances psychosomatiques [7]. Dans ce contexte, le concept de la «pain-proneness», qu'Engel avait déjà proposé en 1959, a été confirmé [8]. Les patientes et patients présentant des expériences aversives de l'enfance ont souvent un risque accru de douleurs chroniques. La honte (et la culpabilité) sont une conséquence d'événements aversifs vécus pendant l'enfance et d'abus sexuel. Il est alors également question d'une «shame-proneness», qui présente des facteurs de risque similaires à ceux de la «pain-proneness» [9].

Comment la honte et la douleur sont-elles liées? Lors d'expériences aversives de l'enfance, l'enfant se perçoit comme étant sans valeur et s'approprie un défaut pour comprendre le comportement dévalorisant et dépassant les limites des personnes de référence. L'enfant s'efforcera de satisfaire les personnes de référence afin d'atténuer le risque d'une perte d'amour et d'objet. De cette situation naissent la tendance au perfectionnisme (ne rien faire de faux) ainsi qu'un faux soi (je dois être comme j'imagine que les personnes de référence m'aimeraient). L'enfant ne fait pas l'expérience d'une réflexion suffisante, ni d'une reconnaissance empathique qui pourraient l'aider à développer ses aptitudes à mentaliser, à réguler ses émotions et à tisser des liens, ce qui accroît la vulnérabilité aux souffrances psychosomatiques.

En 2022, Schär et al. n'ont certes pas pu trouver de répercussion à court terme de la douleur expérimentale sur la culpabilité induite [10]. Je suis d'avis que les modèles durables de vécu et de comportement mentionnés ci-dessus, survenus dans le contexte d'expériences aversives de l'enfance, en sont responsables.

Une autre étude a identifié la honte comme le facteur mettant en relation la réfutation de l'expérience douloureuse, principalement par les proches, avec la survenue de symptômes

dépressifs, pouvant à leur tour favoriser une chronicisation des douleurs [11].

Lors du traitement de patientes et patients atteints de souffrances psychosomatiques, la thématique de la honte se cache derrière le symptôme et viendra torpiller la relation et le traitement si elle n'est pas prise en compte de manière adéquate. Or la honte doit d'abord être identifiée pour être prise en compte de manière adéquate. Cela signifie que nous devons:

- réfléchir à notre propre vulnérabilité à l'égard de la honte et aux mécanismes de refoulement de la honte,
- améliorer notre propre tolérance de la honte,
- examiner nos interventions diagnostiques et thérapeutiques selon leur potentiel d'humiliation et y apporter des corrections si besoin,
- améliorer nos capacités à identifier une problématique liée à la honte chez la patiente ou le patient et la gérer de manière constructive.

Je souhaite sensibiliser les psychosomaticiennes et psychosomaticiens à la honte et les encourager à thématiser la honte dans la recherche et l'enseignement, à la clinique et au cabinet, en formation continue et postgraduée, tout comme dans la supervision et l'expérience personnelle, afin d'améliorer la compréhension des tableaux cliniques psychosomatiques et des patientes et patients concernés, mais aussi la relation entre patientes et patients et médecins ainsi que nos concepts thérapeutiques.

Remerciements

Je remercie le Dr méd. Kyrill Schwegler pour sa critique constructive sur ce manuscrit.

Conflict of Interest Statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Correspondance

Dr. med. Marzio Sabbioni
Hochfeldstr. 101
CH-3012 Bern
sabbioni.marzio[at]bluewin.ch

Références

- 1 Ein Teilprojekt von «geben & annehmen!» – Freiwilligenengagements für Sorgende Gemeinschaften www.geben-annehmen.ch
- 2 Hell D. Lob der Scham. Verlag Herder; 2019.
- 3 Jens L. Tiedemann. 4th ed. Giessen: Scham. Psycho-sozial-Verlag; 2022.
- 4 Panksepp J, Biven L. Archeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions. New York: Norton & Company; 2012.
- 5 Tomasello M. Eine Naturgeschichte der menschlichen Moral. Suhrkamp; 2016.
- 6 Angulo J, Fleury V, Péron JA, Penzenstadler L, Zullino D, Krack P. Shame in Parkinson's Disease: A Review. J Parkinsons Dis. 2019;9(3):489–99.

- 7 Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seggige Krenke I, Cierpa M, editors. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Schattauer, 4. Überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
- 8 Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. Am J Med. 1959 Jun;26(6):899–918.
- 9 Wojcik KD, Cox DW, Kealy D. Adverse childhood experiences and shame- and guilt-proneness: examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. Child Abuse Negl. 2019 Dec;98:104233.
- 10 Schär S, Vehlen A, Ebner J, Schicktz N, de Quervain DJ, Wittmann L, et al. M. grosse Holtforth, S. Protic, A. Wettstein, N. Egloff, K. Steinberger, K.I.M. Schwegler. Guilt is effectively induced by a written auto-biographical essay but not reduced by experimental pain. Front Behav Neurosci. 2022;16:891831.
- 11 Boring BL, Walsh KT, Nanavaty N, Mathur VA. Shame mediates the relationship between Pain invalidation and depression. Front Psychol. 2021 Dec;12:743584.