

LES TROUBLES SOMATOFORMES

I/ Généralités

Névrose hystérique : l'angoisse s'est déplacée sur le corps. Ce sont des troubles qui sont caractérisés par des symptômes physiques suggérant une affection médicale, ils provoquent une souffrance ou une altération du fonctionnement professionnel / social / autre.

Le début, la sévérité et la durée des symptômes sont liés à des facteurs psychologiques ; ce ne sont pas des symptômes intentionnellement produit par le patient.

5 troubles somatoformes sont décrits dans le DSM =

- le **trouble somatisation** : nombreuses plaintes physiques touchant plusieurs appareils
- le **trouble de conversion** : 1 ou 2 plaintes neurologiques
- l'**hypocondrie** : croyance d'être atteint d'une maladie
- la **peur d'une dysmorphie corporelle**
- le **trouble douloureux** : c'est une douleur qui est provoquée ou aggravée par des facteurs psychologiques

Pour ces 5 troubles : quête médicale insistante et persistante, malgré des bilans négatifs répétés.

II/ Le trouble somatisation

Il se caractérise par un cortège de plaintes somatiques inexplicé ; *début* : avant 30 ans ; trouble **chronique** ; association de douleurs, de troubles gastro- intestinaux, de troubles sexuels, de troubles pseudo- neurologiques ; connu depuis l'Antiquité, s'appelait hystérie, ne devait concernait que les femmes (hystéro = utérus).

5 à 20 fois plus fréquent chez les femmes ; souvent : niveau socio- économique faible ou niveau d'étude peu élevé ; débute le plus souvent à l'adolescence ; *très souvent* : co- morbidité psychiatrique.

Etiologie :

- facteurs psycho- sociaux = le symptôme serait une forme de

communication permettant d'éviter certaines obligations (= les bénéfiques secondaires) et d'exprimer des émotions

- facteurs biologiques = il existerait une perception erronée des stimuli somato- sensoriels et une diminution du métabolisme au niveau frontal

Les caractères cliniques =

- nombreuses plaintes somatiques
- histoire clinique très compliquée
- **symptômes** les plus fréquents : nausées, vomissements, difficulté à déglutir, douleurs dans les membres, dyspnée de repos, difficulté pendant la grossesse et les menstruations
- impression d'avoir été malade pendant une grande partie de sa vie
- trouble associé à de l'anxiété, une dépression, une détresse, un problème interpersonnel
- menaces suicidaire fréquentes / TS rares
- souvent associé à des abus de substances

Diagnostic différentiel =

- une vraie maladie organique
- un autre trouble psychiatrique

Evolution et pronostic =

- affection chronique, invalidante
- évolution fluctuante, avec des périodes de recrudescence ou de développement de nouveaux symptômes pendant plusieurs mois

Traitement =

- avoir un seul médecin ; ne pas passer à côté d'un problème somatique, mais éviter trop d'investigation clinique / examens de laboratoires, qui vont renforcer le trouble
- rôle du généraliste ; amener le patient à prendre conscience de l'origine psychologique du trouble
- traitement psychiatrique : psychothérapie de soutien
- traitement médicamenteux : anti- dépresseurs si présence de symptômes dépressifs (ne fonctionne pas toujours)

III/ Le trouble de conversion

Présence d'un ou plusieurs symptômes neurologiques (paralysie, cécité, paresthésie) qui apparaissent ou se renforcent avec les facteurs psychologiques. S'appelait autrefois l'hystérie de conversion.

Chez l'enfant : fréquence du trouble plus importante chez la fille. Début : à l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Plus fréquent chez les femmes, dans les populations rurales, niveau

d'éducation peu élevé ou QI limite ; souvent associé à un état dépressif.

Le symptôme permet de faire diminuer l'anxiété ; il a une fonction de contrôle / de communication / de manipulation.

Clinique =

- **symptômes** les plus fréquents : paralysie, cécité, mutisme
- les symptômes sensitifs et sensoriels : anesthésie, paresthésie (surtout au niveau des extrémités des membres) ; ne répond jamais à la distribution anatomo- physiologique d'un trouble neurologique central ou périphérique (*trouble en gant ou en chaussette*) ; cécité, vision en tunnel, surdité (uni ou bi- latérale)
- les symptômes moteurs: mouvements anormaux, faiblesse, troubles de la marche, paralysie, tremblements ; tous ses mouvements s'aggravent si on n'y prête attention ; les paralysies peuvent toucher 1, 2 ou 4 membres ; aucune correspondance avec un territoire neurologique
- les symptômes épileptiques : pseudo- crise d'épilepsie, parfois difficile à différencier d'une vraie crise d'épilepsie
- *autres caractéristiques* : le symptôme maintient le conflit hors du niveau de conscience (= **bénéfices primaires**) / **bénéfices secondaires** = avantages tirés du fait d'être malade / la **belle indifférence** = détachement du sujet par rapport à ses symptômes / l'**identification** = le sujet copie les symptômes sur un proche

Diagnostic différentiel =

éliminer une affection médicale

Evolution et pronostic =

- les symptômes disparaissent la plupart du temps en quelque jours ou mois
- dans 75% des cas : pas de récurrence
- dans 25% des cas : évolution chronique ou période similaire à chaque état de stress

Traitement =

- psychothérapie de soutien
- relaxation
- un peu d'anxiolytiques
- parfois : hypnothérapie
- traitement difficile si le trouble est installé depuis longtemps

IV/ L'hypocondrie

Crainte ou croyance d'être atteint d'une maladie sérieuse, fondée sur l'interprétation erronée de certaines sensations ou symptômes physiques.

Ce sont des gens qui restent inaccessible à la ré- assurance ; ils sont persuadés que leur maladie n'a pas encore été découverte ; cette conviction persiste malgré des résultats de laboratoire négatifs.
Ils sont retissant à toute forme de prise en charge psychologique.