

DEUXIEME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Trouble psychosomatique

Question 289

Rédaction : M. Ferreri - Fl. Ferreri - C. Agbokou - M. Lejoyeux

Le trouble psychomatique se définit comme un trouble somatique dont la dimension psychologique est prépondérante dans sa survenue et dans son évolution. Dans la définition restrictive du trouble psychosomatique, il s'agit d'une maladie comportant une altération organique. Une définition plus large inclut certains troubles dits fonctionnels tels que les conversions, les somatisations, les douleurs et le stress.

Les conceptions du trouble psychosomatique s'inspirent de deux écoles de pensée.

- L'École Psychoanalytique met en avant le rôle prévalant de l'inconscient dans le déterminisme des manifestations corporelles.
- L'École Cognitivo-comportementale fait jouer un rôle majeur à l'apprentissage et aux croyances.

L'École de Paris (Fain, Marty, de Muzan) a développé une théorie rendant compte des troubles psychosomatiques : la pensée opératoire.

Cette organisation psychique se caractérise par

- un discours factuel, rationnel avec un déficit du fantasme
- une difficulté à mobiliser et exprimer ses affects, à élaborer les conflits ou à les refouler.

Le patient est focalisé sur les symptômes de son corps et ne peut s'en éloigner qu'avec difficulté pour parler de sa vie. L'évocation de ses émotions reste modeste. La relation apparaît impersonnelle, neutre. On parle de relation blanche marquée par l'absence de mots adaptés pour exprimer les émotions. Les manifestations corporelles n'ont pas de sens par rapport à la vie du sujet. Les psychosomaticiens ont pu parler de « bêtise du symptôme ». Lorsque les défenses sont débordées, la pensée opératoire augmente le risque d'un retentissement désorganisant le corps. La conception de pensée opératoire a été reprise d'une manière voisine sous le terme d'alexithymie par Sifneos. L'alexithymie se définit par l'incapacité à lire ses émotions. L'individu éprouve de la gêne à ressentir ou à parler de ses états affectifs. Sa vie imaginaire est limitée. Dans ses propos, les énoncés factuels et la description « sèche » des symptômes prédominent. Les passages à l'acte sont fréquemment utilisés pour tenter de résoudre les conflits.

La notion d'événements de vie

La théorie psychosomatique envisage également le rôle des événements de vie. Ce concept d'événement de vie qualifie l'impact d'événements stressants obligeant à un effort d'adaptation pour recouvrer un équilibre antérieur.

Selon le degré d'impact des événements sont distingués :

- les événements majeurs, éprouvants, traumatisants, pouvant entraîner un traumatisme majeur
- les événements mineurs représentés par les soucis, les tracas de la vie quotidienne, dont l'effet cumulatif peut entraîner une situation de stress et un trouble psychosomatique.

Selon le moment, sont distingués :

- les événements anciens, précoces. Ils apparaissent tôt dans la vie de l'enfant. Ils sont repérés comme traumatisants lorsqu'ils comportent une perte, un éloignement ou un décès de l'un des parents, en particulier de la mère. S'il n'y a pas de personne de substitution, ils aboutissent à une vulnérabilité qui se manifeste surtout chez l'adulte par des états dépressifs lors de situations de stress (rupture sentimentale, licenciement...)
- les événements récents. Ils peuvent précipiter la survenue d'un trouble psychosomatique.

Les facteurs de personnalité

La personnalité de type A est repérée comme déterminant la vulnérabilité dans la pathologie coronarienne. Elle est caractérisée par :

- la célérité dans l'action
- la compétitivité
- l'investissement professionnel majeur
- la modestie de la demande d'aide
- une agressivité éventuellement contenue

Ce profil de personnalité est caractérisé par une hyper-réactivité au stress. Il détermine la survenue de pathologies somatiques et de pathologies psychosomatiques.

La notion de locus de contrôle

Il distingue une attribution de la causalité des événements internes ou externes.

Le lieu de contrôle est dit interne lorsque le sujet pense être à l'origine de toutes les situations.

Le lieu de contrôle est dit externe lorsque le sujet attribue aux situations qu'il vit une cause externe qu'il ne maîtrise pas.

Un sujet dont le lieu de contrôle est fréquemment interne est davantage vulnérable dans les situations de stress et vis à vis des maladies psychosomatiques. Il pense qu'il ne peut contrôler les situations. La vulnérabilité est d'autant plus importante qu'il existe une contradiction entre les personnalités et les lieux de contrôle.

La notion de coping ou d'adaptabilité

Le coping est la capacité à faire face. Il est lié à l'évaluation subjective du sujet, à la fois de la situation et de ses compétences pour pouvoir l'aménager. Le sujet affronte la situation sachant qu'il peut la surmonter. Le fait de ne pas l'affronter ou de demander une aide de l'entourage apparaît aussi comme un mode d'adaptation.

Exemples cliniques de troubles psychosomatiques

Les troubles psychosomatiques sont étudiés dans chaque spécialité médicale. De nombreuses pathologies apparaissent comme liées aux frustrations, aux traumatismes et aux conflits. Les pathologies les plus souvent impliquées sont : les asthmes en pneumologie, les eczémas en dermatologie, les colopathies en gastroentérologie, l'aggravation des coronaropathies en cardiologie, les céphalées en neurologie, les coliques idiopathiques en pédiatrie. Chaque patient souffrant de trouble psychosomatique nécessite un abord particulier pour inscrire sa pathologie dans sa propre histoire, déterminer les principaux mécanismes et les facteurs déclenchants afin de proposer les indications thérapeutiques appropriées.

Le stress

Le stress est, selon les auteurs, considéré comme faisant ou non partie des troubles psychosomatiques. Le concept de stress précise que le sujet est en équilibre avec son milieu, selon des capacités d'adaptation variables en fonction des individus. La réaction de stress est la réponse à une sollicitation de l'environnement. Le stress normal ne dépasse pas les possibilités adaptatives du sujet. Il représente un apprentissage positif. Le stress pathologique correspond à une rupture d'équilibre entre le sujet et son milieu. Il aboutit à une désadaptation.

Trois phases de stress sont observées : la phase d'alerte, la phase de lutte et la phase d'épuisement.

1 - La phase d'alerte : le système sympathique et médullo-surrénalien sont activés. Il s'agit d'une réponse physiologique immédiate et brève marquée par la libération des catécholamines :

- adrénaline par le système sympathique

- noradrénaline par la médullo-surrénale

Le rôle des catécholamines est d'anticiper l'effort avec augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.

2 - **La phase de lutte** : le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien. Il prend le relais de la réponse précédente. Sa durée est d'environ deux heures. Le système a une double fonction :

- la néoglycogénèse productrice d'énergie
- le contrôle de la réaction excessive, pathogène des autres systèmes

3 - **La phase d'épuisement** : lorsque l'adaptation dépasse les possibilités du sujet et que la réaction de stress se prolonge, apparaissent :

- un épuisement des surrénales
- une atrophie du thymus
- d'autres pathologies possibles comme les ulcères de stress.

Clinique du stress

La phase d'alerte est dominée par l'hypervigilance :

- stimulation des processus intellectuels
- stimulation des processus biologiques
- activation du comportement, notamment l'anticipation de l'action et l'élaboration d'une stratégie de réponse

La phase de lutte

Elle correspond à l'adaptation de la stratégie de réponse avec élaboration de nouvelles stratégies adaptatives pour recouvrer un nouvel équilibre avec l'environnement.

La phase de rupture

Elle correspond à une phase de désorganisation avec désadaptation du sujet à son milieu. Les capacités adaptatives sont débordées, tant dans les registres physiques, psychiques et comportementaux.

Les troubles somatoformes au sens de la classification américaine du DSM-IV

Les troubles somatoformes ne sont pas à proprement parler des troubles psychosomatiques. Ils sont cependant caractérisés par la coexistence de manifestations physiques et de symptômes psychologiques.

Trouble somatisation

Le trouble somatisation correspond à une reformulation en termes de critères diagnostiques d'une entité classique de la psychiatrie : la conversion hystérique. La définition du DSM propose un tableau clinique coupé de toute étiologie inconsciente. La définition psychanalytique classique de la conversion hystérique rattache ce symptôme à un conflit inconscient. Les critères du trouble somatisation sont les suivants :

- Des symptômes douloureux touchant au moins quatre locations ou fonctions du corps (par exemple la tête, le dos, les articulations, les extrémités, la poitrine, le rectum, les règles, les rapports sexuels, la miction).
- Des symptômes gastro-intestinaux autres que des douleurs (par exemple ballonnements, vomissements en dehors de la grossesse, diarrhée ou intolérance à plusieurs aliments différents).
- Des symptômes sexuels (par exemple, désintérêt sexuel, anomalie de l'érection ou de l'éjaculation, règles irrégulières, règles excessives, vomissements tout au long de la grossesse).
- Des symptômes pseudo-neurologiques (par exemple trouble de la coordination ou de l'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire localisée, difficultés de déglutition ou boule dans la gorge, aphonie, rétention urinaire, perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, diplopie, cécité, surdité ou crises pseudoépileptiques).

Le trouble conversion

Le DSM limite la notion de conversion

- aux déficits moteurs (par exemple trouble de la coordination ou de l'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire),
- aux déficits sensitifs ou sensoriels (par exemple perte de sensibilité tactile, diplopie ou cécité),
- aux crises d'allure épileptique ou convulsions

L'hypocondrie

L'hypocondrie ne se rapporte que de manière indirecte aux troubles psychosomatiques. Elle représente, là encore, une situation où s'associent des manifestations physiques et psychiques. L'hypocondrie se définit par la préoccupation

centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. Cette préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. La plupart du temps, l'hypochondriaque reconnaît que sa préoccupation est excessive ou déraisonnable. Elle n'a pas la tonalité d'un délire.

Conclusion

Les troubles psychosomatiques classiques sont des affections somatiques dont le déterminisme est principalement en rapport avec des troubles psychologiques. Parallèlement aux manifestations psychosomatiques classiques, existent de nombreuses entités « frontières » entre les phénomènes somatiques et psychiques.

En pratique, l'approche thérapeutique devra exclure une étiologie somatique : pour les allergies cela les exclut de fait et prendre en charge la dimension psychopathologique par une psychothérapie. La recherche d'une dépression, d'un trouble anxieux ou d'une conduite de dépendance à l'alcool fera elle aussi partie de l'évaluation psychiatrique de ces troubles.