

## Objectifs de la matinée

- Connaître les modèles conceptuels de la somatisation
- Différencier les différentes classifications diagnostiques de la « somatisation »
- Analyser la dynamique de la relation médecin-patient dans la consultation
- Connaître les modalités de prise en charge du patient « somatisant »
- Découvrir et pratiquer un outil pour explorer les perspectives du patient « somatisant »
- Identifier les messages-clés utiles pour votre pratique

« *L'expression d'une souffrance intra-psychique ou psychosociale dans un langage de plaintes corporelles suivie d'une consultation médicale.* »

*Lipowski 1990*

## Un peu d'histoire..

- 17<sup>ème</sup>-18<sup>ème</sup>: oscillation entre *dualisme* et *monisme*
- 19<sup>ème</sup>: opposition entre *psychologie* et *physiologie*
- 1900: hystérie et troubles fonctionnels (Freud)
- 2 modèles: *symbolisation* (hystérie, conversion)  
*démantisation* (tr. fonctionnels)
- Stekel introduit le terme *somatisation*
- 20<sup>ème</sup> : Courant américain puis français
- Dès 1920-1930, USA: naissance de la *psychosomatique*
  - émotions influencent symptômes somatiques (Cannon)
  - profil de personnalité des patients psych.- somat. (Dunbar)
  - définit 7 maladies psychosomatiques (Alexander)
- 1960: Ecole de Paris, modèle de la *démantisation* (Marty, D'Uzan)

## Problème de santé publique

- Surtout en médecine générale
- Sous-évalué
- Troubles peu connus des psychiatres!
- env. 10% de population sur vie entière *Robins, 1991*
- 50% des patients co-morbidités psychiatriques
- 25% des patients en médecine générale souffrent de tr. somatoformes
- Co-morbidités psy: dépression et anxiété
- femmes, population précarisée, migrants
- Risque majeur de iatrogénicité
- Coûts élevés

*Fink, 2000*

## Modèle de la somatisation

- Modèle versus diagnostics
- Continuum entre sensations et symptômes
- 3 aspects du modèle *(Lipowski 1986)*
  - **expérience personnelle:**  
le vécu corporel propre conditionne la perception des sensations, perception de la notion de maladie, croyances de santé
  - **cognitif:**  
tendance à interpréter les sensations normales du corps comme pathologiques
  - **comportemental:**  
les actions du patient en fonction de l'interprétation cognitive

### CIM-10: troubles somatoformes

### Symptômes fonctionnels

- trouble somatisation
- trouble hypochondriaque
- dysfonct. neurovégétatif somatoforme
- sd douloureux somatoforme persistant
- trouble somatoforme indifférencié
- aigus: transitoires
- subaigus: < 6 mois
- chroniques: > 6 mois
  - fibromyalgie
  - fatigue chronique

**DD:** dissociatifs et factices

## Hypothèses étiologiques

⇒Étiologie multifactorielle

- Prédisposition héréditaire *Fink 2000*
- Modèle psychodynamique
- Modèles psychopathologiques: comportement-maladie
- Modèle de l'amplification des sensations  
*Miller 1984, James 1989*
- Facteurs prédisposants:
  - abus sexuel dans enfance
  - somatisation chez les parents

## Modèle psychodynamique

- Bénéfice primaire/secondaire
- Modèle de la *dépression masquée*  
*Blumer 1982, Smith 1992*
- Symptôme ou douleur *anti-souffrance* *Guex 1986*
- *Démantisation* *Marty 1963*
- *Ambivalence* (idéalisations/dévalorisations)
- *Impuissance acquise*

## Modèle de la démentalisation

- pensée opératoire
- dépression essentielle
- désorganisation progressive

Patient coupé de ses émotions



Perte individualité



Patients se ressemblent, ennui

*Marty, 1963*

## Modèles psychopathologiques

- *Comportement-maladie* *Mechanic 1992*
- Régression et déresponsabilisation du patient
- Absence de corrélation entre gravité objective du traumatisme et le vécu subjectif
- Actualisation de problématiques psychiques antérieures ou latentes
- Événement traumatique initial (surtout dans la douleur chronique)

## Facteurs de causalité

3 types:

- *prédisposants*  
apprentissage développ, génétique, personnalité, socio-culturels
- *précipitants*  
événements de vie, deuil, maladie, blessure, rupture relationnelle
- *de maintien*  
prédisposition individuelle, interactions complexes familiales et avec le personnel soignant

*Kellner 1986, Lipowski 1986*

**SYMPTOMES** → trouble somatisation

Crainte d'une **MALADIE**

→ trouble hypochondriaque

**DOULEUR** → sd doul. somatof. Persistant

**SENSATIONS** → dysfoncti. neurovég. somatof.

## Trouble somatisation

- Présence de **symptômes** physiques multiples, récurrents et variables
- Souvent l'appareil gastro-intestinal et la peau
- Règles douloureuses, dyspareunie
- Refus persistant d'accepter conclusions rassurantes
- ATCD nombreuses investigations négatives

## Trouble hypochondriaque

- Conviction d'être atteint d'une (ou plus) **maladie grave et évolutive** (cancer)
- Refus persistant d'accepter les conclusions rassurantes
- Absence d'idées délirantes!

## Syndrome douloureux somatoforme persistant

- Souvent uniquement une **douleur** intense et persistante
- Non expliquée entièrement par un problème physique ou physiologique
- Contexte de conflits émotionnels et/ou problèmes psychosociaux

## Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

- **Symptômes neurovégétatifs** considérés comme anormaux et plaintes subjectives non spécifiques
- Systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et gastro-intestinal
- Hyperactivité neurovégétative

## Diagnostic différentiel

- Étiologie clairement somatique
- symptômes précoces dépressifs ou anxieux (fatigue, douleur, ralentissement, troubles du sommeil, manque appétit, tension musculaire, tremor, vertiges,..)
- idées délirantes: absentes dans tr. somatoformes
- tr. dissociatifs: conflit psychique, symbolisation
- tr. factices: production volontaire symptômes
- simulation?

### Dépersonnalisation:

- Patient ressent **ses sentiments** comme détachés et lointains, ne lui appartenant pas

### Déréalisation:

- Patient perçoit **son environnement** comme distant, irréel ou artificiel

⇒ Insight conservé: patient sait que cela se passe en lui-même, conscience de l'état

⇒ sentiment de s'observer avec distance

## Trouble dissociatif

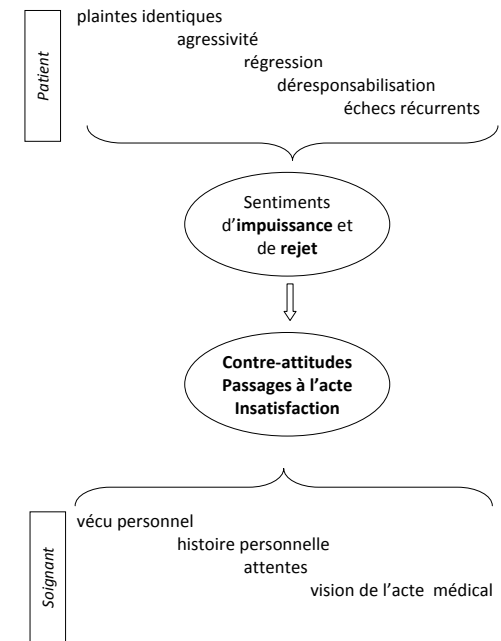
- Amnésie, convulsions, atteintes motrices,...
- Relation entre symptôme et stress/émotion
- Expression *symbolique* d'un conflit psychique, le symptôme est une solution au conflit  
⇒ *le symptôme exprime symboliquement une pulsion*
- *La belle indifférence*
- Exclure une étiologie somatique!

	Sd douloureux	Somatisation	Hypochondrie	Dysfct végétatif
caractéristiques	douleur	symptômes	maladie (grave)	sensations
traitement médic.		demandeur++, abus++	crainte du ttt	
risque dépendance		oui	non	
investig. médicales		peu demandeur	demandeur++	
nbre de plaintes	douleurs	multiples	souvent unique	
conscience du trouble	non	non	non	non
systèmes	variable	gastro-intestinal, peau		gast-int, resp, car-vasc
sexe	F+	F++	H = F	
Age	40-50 ans	jeune	âge avancé	
ATCD familiaux		oui	non	
Pronostic	Moyen	Moyen à mauvais	Bon	

# Facteurs de iatrogénicité

- Peur de manquer une maladie somatique
- Peur de poursuite, plaintes
- Peu de collaboration avec psychiatre
- Connaissances faibles, peu de techniques
- Approche bio-médicale
- Pudeur médicale, crainte d'être intrusif
- Crainte de générer une dépendance du patient
- Manque de temps

Balint 1957, Williamson 1981, Quill 1985, Fink 2000



# Relation thérapeutique

- Evaluation initiale **minutieuse!**
  - Questions ouvertes
  - Etre neutre et curieux
  - Empathie (feedback émotionnel)
  - Faciliter
  - Résumer (répéter, reformuler, interpréter)
  - Garder le focus de l'entretien
- => Le patient doit se sentir **entendu, compris et reconnu** dans sa plainte

Table 9.1 Main rules for interviewing in the TERM model

Do's	Don'ts
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socratic questioning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use closed questions (questions that can be answered by yes/no)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Be neutral and sincerely curious</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offer a advice</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Use open questions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offer premature corrections</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Use encouragement (facilitating)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Get involved in arguments and confrontations</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keep the focus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Try to persuade the patient to your view as ideas generated by the patients themselves are much more convincing</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Make frequent summaries</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use empathy / emotional feedback</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roll with resistance (rope-a-dope)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support and empowerment – let the patients find their own suggested solutions and support the patients' feelings of power</li> </ul>	

Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress, F. Creed, P. Henningsen and P. Fink, Cambridge Univ. Press, 2011.

## « Pièges »

- Interprétation *sauvage*
- Dichotomie somatique versus psychiatrique
- Simplification de la situation
- Confronter le patient
- Argumenter le symptôme

## Prise en charge en 2 temps

1. Evaluation et bilan
2. Suivi au long cours

## Techniques de réattribution

*Goldberg et Gask 1989, Fink 2000*

= aider le patient à voir le symptôme d'une manière différente

3 étapes :

1. Etre **entendu et compris**
2. **Reconnaissance** du symptôme
3. Travailler le **lien corps-psychisme**

## 1. Etre entendu et compris

- Anamnèse complète
- Facteurs sociaux et familiaux
- Croyances de santé
- Représentation de la maladie
- Niveau de fonctionnement
- Attentes du patient
- Evénements de vie

## 2. Reconnaissance du symptôme

- Donner un feedback de l'examen
- Reconnaître la réalité du symptôme et le communiquer au patient
- Clarifier avec le patient l'inutilité et la iatrogénicité d'autres examens/interventions

## 3. Faire le lien soma-psyché

- Explications:
  - anxiété:  
« quand on est anxieux, on sécrète plus deadrénaline et le cœur bat plus vite. »
  - dépression:  
« quand on est déprimé, cela augmente la tension dans la nuque et provoque des maux de tête. »
- Démonstrations:
  - **Pratique:** provoquer tension musculaire
  - Etablir le lien entre les **événements de vie** et le symptôme
  - **Ici et maintenant:**  
« je remarque que vous avez d'avantage mal maintenant, quand on parle de ces choses ensemble. Cela doit être difficile pour vous. »

## Suivi au long cours

- *Aigu:* pas de nouveau RV
- *Subaigu:* RV fixés et régulier
- *Chronique:*
  - prise en charge régulière et fixée d'avance
  - prise en charge dans la durée
  - « contrat de soins »
  - ne pas attendre de miracle ni de guérison!
  - ne pas attendre de changement rapide
  - contact avec un psychiatre ou consultation conjointe
  - éviter examens et interventions
  - le moins de médication possible, pas de risque de dépendance
  - minimiser le nombre d'intervenants
  - ne pas travailler seul et communiquer avec les pairs

Fink 2002

## Médication psychotrope

- Littérature pauvre concernant les troubles somatoformes
- Efficacité dans le **syndrome douloureux** persistant, fibromyalgie avec ttt antidépresseurs
- Efficacité des **antidépresseurs** dans les tr. somatoformes



## Syndrome douloureux

- Ttt antidépresseurs **efficaces** sur douleurs neuropathiques, céphalées, sd douloureux:

**tricycliques > SNRI**

Peu d'efficacité des SSRI

=> **tricycliques**: profil d'effets secondaires et de risque en cas de co-morbidités somatiques

## Dosages

- amitriptyline:
  - Saroten® 25mg/soir à augmenter à 50-75mg/j.
  - Tryptisol® 10mg/soir jusqu'à 50-75mg/j.
- SNRI:
  - venlafaxine (Efexor®): dès 75mg/j.
  - duloxétine (Cymbalta®): 60mg/j.
- **CAVE**: association tramadol + SSRI  
=> risque de syndrome sérotoninergique

## Autres molécules

- BZD:
  - Dans l'attente de l'efficacité de antidépresseur
  - **Règles d'or** de la prescription des BZD:
    - 1 seule molécule
    - faible dosage
    - durée limitée
    - pas de reconduction systématique

## Indication à psychothérapie?

- D'abord respecter le mode de présentation de la plainte
- Prise de conscience par le patient nécessaire.
- Si la demande de soins psychiques est explicite, indication excellente
- psychanalytique, TCC, thérapies corporelles, systémiques, relaxation,..

## Soi-même

- Du *savoir* au *chercher à comprendre*
- *Réfléchir* au lieu de *faire*
- Tolérer son impuissance et sa frustration
- Accepter ses propres limites

## Aide aux soignants

- Supervision
- Intervision
- Consultation psychiatrique pour le patient
- Consultation conjointe avec psychiatre
- Expérience personnelle

## Synthèse

- Ecoute active
- Respecter le symptôme
- Pas l'ambition de guérir
- Pas supprimer le symptôme absolument
- Connaître ses limites
- Se faire aider

## Pour en savoir plus..

- Allaz A.-F., *Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques*, Médecine et Hygiène, 2003.
- Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 1996.
- Fauchère P.-A., *Douleur somatoforme*, Médecine et Hygiène, 2007.
- Fink P, Rosendal M, Toft T., *Assessment and treatment of functional disorders in general practice*, Psychosomatics. 2002 Mar Apr;43(2):93-131.
- Goldberg D, Gask L, O'Dowd T., *The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution*, J Psychosom Res. 1989;33(6):689-95.
- Lipowski ZJ. *Somatization: The concept and its clinical application*. Am J Psychiatry 1988; 145(11): 1358-1368.