

Extrait de la seconde édition de :

Psychopathologie, Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute

Chapitre 6

Syndromes somatiques fonctionnels

Psychologie médicale TDAH/ADHD

Récapitulatif du chapitre 6

Le stress ou syndrome général d'adaptation (SGA)

La psychosomatique

Les syndromes fonctionnels ou symptômes médicalement inexpliqués

Le syndrome de fatigue chronique

Le syndrome fibromyalgique ou fibromyalgie

La spasmophilie ou syndrome d'hyperventilation ou syndrome de tétanie latente

Le syndrome du côlon irritable ou colopathie fonctionnelle

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

Ce chapitre se situe au carrefour de la psychopathologie et de la médecine organique pour autant qu'on puisse de manière cartésienne séparer corps et esprit. Il va s'agir de décrire toute une série de plaintes physiques accompagnées ou non de plaintes psychiques. Le docteur Pascal Cathebras¹ et d'autres appellent **syndromes somatiques fonctionnels** un ensemble de **symptômes médicalement inexpliqués²** et **sans explication physiopathologique communément admise**.

Chaque spécialité médicale en connaît au moins une : la fibromyalgie pour le rhumatologue, le syndrome du côlon irritable pour le gastro-entérologue, les acouphènes pour l'oto-rhino-laryngologiste, la pelade décalvante totale pour le dermatologue, le syndrome de fatigue chronique pour l'interniste, le syndrome d'hyperventilation ou spasmophilie et les douleurs thoraciques non cardiaques pour les pneumologues et les cardiologues, les céphalées pour le neurologue, etc.

Diverses terminologies sont employées par les praticiens qui n'ont pas toujours un écho favorable aux oreilles des patients : symptômes fonctionnels, symptômes médicalement inexpliqués, troubles psychosomatiques, somatisations.

Le symptôme fonctionnel ou médicalement inexpliqué, pour les anglo-Saxons, est ainsi appelé lorsqu'il n'y a pas d'explication, ni en termes de lésion cellulaire (comme dans l'ulcère d'estomac), ni en termes de physiopathologie établie (comme dans l'asthme). L'approche anglo-saxonne est plus neutre et moins offensante pour les patients. D'une part,

¹ CATHEBRAS P., Plaintes somatiques médicalement inexpliquées, *Médecine*, 2006, 2:72-75.

² CATHEBRAS P., *Troubles fonctionnels et somatisation*, Paris, Masson, 2006.

parce l'histoire de la médecine nous apprend qu'une explication scientifique peut être trouvée et d'autre part que la fréquence des symptômes sans explication médicale est en croissance dans nos sociétés.

Le processus de somatisation ou le noyau phénoménologique³ de la somatisation répond à divers critères énumérés ci-après :

- plainte durable de symptômes fonctionnels
- attribution par le patient à une cause organique
- répugnance à relier les symptômes à une détresse psychique pourtant souvent perceptible
- quête infructueuse de soulagement auprès des professionnels de santé
- retentissement familial, social et professionnel

Selon le même auteur, la somatisation chronique induit une relation médecin-malade insatisfaisante et iatrogène. Le médecin est rassuré par la négativité des résultats et le patient le vit comme une négation de la réalité de ses symptômes. Ce double lien iatrogène mis en place « vous n'avez rien de grave » mais « on va quand même faire une RMN » ne satisfait aucun des protagonistes de la relation. La réassurance est très limitée et parfois l'anxiété s'accroît.

Pour P. CATHEBRAS, les idées fausses consistent à croire que les syndromes fonctionnels disparaîtront avec les progrès de la médecine, que le terme de somatisation implique la psychogenèse des symptômes et que le concept de somatisation exclut toute participation organique ou biologique à l'origine des symptômes.

Pour plusieurs auteurs, **la plainte somatique ou fonctionnelle** remplacerait le symptôme rejoignant ainsi Michael Balint lorsqu'il disait que la plainte représentait le stade inorganisé de la maladie. Il s'agirait de *comprendre d'avantage les déterminants du recours aux soins que les causes du symptôme lui-même*.

La plainte serait le stade inorganisé de la maladie

Détresse psychologique et conduites de maladie (*illness behavior*)

Le praticien en face des symptômes fonctionnels et de la somatisation est taraudé par la question de la vraie nature de la plainte somatique ou fonctionnelle. Est-elle l'expression d'un désordre psychologique, d'un trouble psychiatrique ou de personnalité, ou d'un problème psychosocial peu différencié ? Le concept de détresse psychologique permet d'évaluer l'intensité de la plainte plutôt que de la catégoriser, du moins dans un premier temps, de manière à accueillir le patient dans la globalité de son être.

Le concept sociologique de « conduite de maladie » (*illness behavior*⁴) permet de décrire la façon dont les personnes répondent aux modifications corporelles et viennent à les considérer comme normales. Le psychiatre australien Issy Pilowsky explique les attitudes de ces patients par la « *persistance d'un mode maladadaptatif de perception, d'évaluation et de réponse à leurs problèmes de santé malgré une évaluation médicale juste de la situation et de la conduite à tenir, laissant place à la discussion, la négociation et la clarification, basée sur l'évaluation attentive des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels impliqués* ».

³ *Ibidem*, p. 74.

⁴ Introduit par David Mechanic et cité par Cathébras, *ibidem*, opus cité.

Du point de vue étiopathogénique, nous pourrions dire que les causes de ces syndromes somatiques fonctionnels sont bio-psycho-sociales. Il ne s'agira donc pas de fustiger le patient dans un sens ou bien dans l'autre. Les progrès des chercheurs nous apporteront sans doute des explications plus fines dans quelque temps. Voir figure 5.1.

Dans ce chapitre nous n'envisageons pas :

- Les troubles somatoformes, troubles psychiatriques décrits au chapitre 14
- Les symptômes psychogènes de l'hystérie analysés au chapitre 9 (Hystérie)
- Les états de stress post-traumatique repris au chapitre 8 consacré aux troubles anxieux

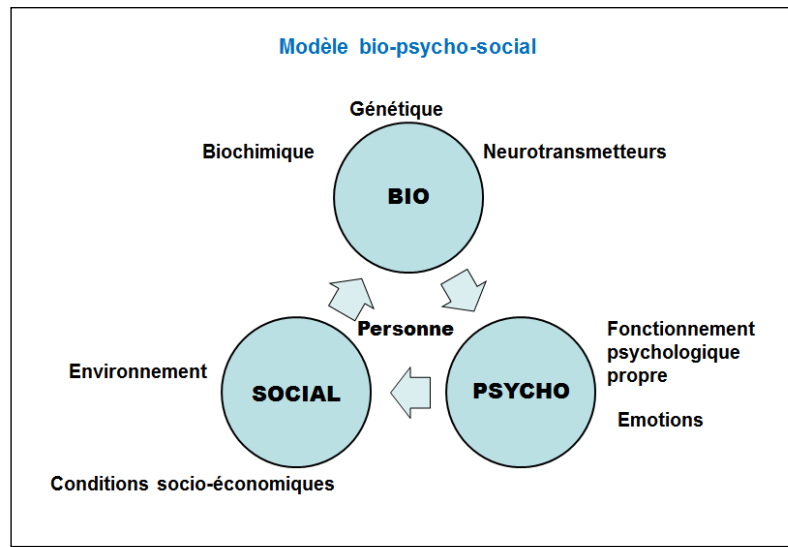


Figure 5.1 - Modèle bio-psycho-social

Nous aborderons tout d'abord le stress ou syndrome général d'adaptation décrit par Hans Selye et ensuite, après l'abord psychosomatique, divers syndromes somatiques fonctionnels. ...

à suivre dans le texte de l'ouvrage