MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Pr Khalid MOUHADI
Professeur agrégé en psychiatrie
FMP Agadir

I- DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS

- Le terme PS provient du grec : *psukhé* "âme" et *soma* "corp"
- Il désigne les aspects de la pathologie générale qui sont en rapport avec la vie psychique.
- La médecine psychosomatique n'est pas une partie de la médecine : **c'est une conception de la médecine**. Elle considère que les événements de la vie psychique et ceux de la vie somatique sont liés et s'influent mutuellement.
- La question psychosomatique oblige à penser le malade avant la maladie.

II - HISTORIQUE

- Hippocrate a défendu une approche humaine globale de l'individu.
- Maïmonide, au 12ème siècle, considère la maladie comme une rupture d'un équilibre physique et psychique.
- La terme PS a été crée par un psychiatre allemand HEINROTH (19ème).
- Plusieurs courants d'idées ont donné naissance au mouvement psychosomatique :

  - un courant physiologique.

  - Un courant psychanalytique
- M'UZAN et De MARTY, en France ont décrit dans les années 60 un mode de fonctionnement mental caractérisant la structure psychosomatique.
-

III- EPIDÉMIOLOGIE :

- Pas de chiffres exacts concernant la prévalence des maladies PS.
- Les femmes sont plus atteintes que les hommes. On estime que 38% des femmes et 26 % des hommes sont touchés par une maladie de ce type à un moment de leur vie.

IV- CLASSIFICATION

Classique :

- Troubles fonctionnels ; sans atteinte lésionnelle.
- Maladies psychosomatiques, avec atteinte lésionnelle.

Moderne :

- **DSM 5**: décrit « facteurs psychologiques influençant une affection médicale » comme un ou plusieurs facteurs psychologiques ou comportementaux qui altèrent significativement l'évolution ou le pronostic d'un trouble médical général, ou augmentent significativement le risque d'évolution défavorable.
- **CIM 10** : catégorie : facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou troubles classés ailleurs.
-

V – MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

A - L'appareil digestif

Nous décrirons essentiellement deux grands syndromes :

a - L'ulcère gastro-duodénal :

Cette pathologie ulcéreuse a dominé dans les manifestations somatiques présentées par les populations civiles lors des bombardements alliés durant la seconde guerre mondiale.

b - la rectocolite hémorragique

De nombreux auteurs ont insisté sur l'influence des conflits intériorisés et non exprimés. La personnalité prévalante est marquée de traits obsessionnels.

D'autres organes peuvent êtres touchés : boule de l'œsophage, dyskinésie vésiculaire..

B - L'appareil respiratoire

- La question de l'asthme est intriquée avec le problème de l'allergie, ayant elle-même une composante psychosomatique.

C - L'appareil cardio-vasculaire

a - L'infarctus du myocarde

- Les coronaires sont sous l'influence des fibres nerveuses sympathiques et parasympathiques.

b - L'hypertension artérielle.

- L'hypertension artérielle se présente comme une réaction rapide, quasi instantanée aux stress important.
-

D - L'appareil locomoteur.

- Les syndromes lésionnels que sont certaines maladies rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde et la périarthrite scapulo-humérale.
-

E – Peau et phanères :

- Les eczémas, le psoriasis, le lichen plan ou la pelade décalvante.
-

F - Les fonctions endocrines

- Citons le diabète, la maladie de Basedow ou la thyroïdite de Hashimoto.
-

G- Appareil génitourinaire :

- énurésie polyurie émotionnelle, aménorrhée, avortement spontanée..
-

F- Neurologiques :

- Migraines, torticolis spasmodique..
-

VI - LE DIAGNOSTIC

A – l'examen d'un malade psychosomatique :

1. Modalité de rencontre : avec un somaticien ou un psychiatre qui fait le diagnostic.
2. Dans le discours de ces patients, ce sont beaucoup plus les manques qui donnent des indices psychopathologiques, que ce qui est rapporté positivement d'emblée.
3. Il faut expliquer en simplifiant le concept de PS.
4. Il faut aider le patient à situer le symptôme dans son histoire personnelle, rechercher les évènements de vie, évaluer le mode de fonctionnement mental du patient.
5. Proposer une offre de soins.

-

B- Echelles d'évaluation en PS :

- Echelle d'alexitymie de Bermond-Vorst, ou le TAS-20.
- Echelle d'évaluation du réajustement social (SRRS)
- Echelle d'évènements récents de Holmes er Rahe.
-

C - Le diagnostic différentiel

Il se pose avec les autres affections psychiques trouvant leur expression dans le corps.

1 - L'anxiété

Les manifestations somatiques de l'anxiété sont essentiellement des manifestations fonctionnelles, accompagnées de troubles sensoriels (vision brouillée, bourdonnements d'oreille, vertiges et paresthésies) et de troubles neuromusculaires (frissons tremblements, horripilation).

2 - La dépression

Les troubles somatiques de la dépression sont marqués par l'asthénie et des perturbation des conduites instinctuelles comme l'insomnie, l'anorexie et les troubles sexuels.

3 - L'hystérie

Les signes physiques ne sont pas en rapport avec le corps réel, mais le corps symbolique ou fantasmatique. La "belle indifférence".

C - Le diagnostic différentiel (suite)

4 -Troubles somatoformes : absence de lésion.

5 L'hypochondrie : Le corps est pris comme support de la plainte sans en présenter les stigmates physiques ; et le discours du malade sur son corps est particulièrement riche.

6- pathomimie : pathologie provoquée pour des raisons qui échappent à la conscience.

7- Les affections psychiques d'origine somatiques

* Les affections mentales secondaires aux lésions du système nerveux central : Le syndrome frontal, les démences dégénératives, les états confusionnels…

* Les affections mentales d'origine endocrino-métaboliques

* Les formes mentales des intoxications aigues : - CO, LSD

VII- EVOLUTION-COMPLICATION :

- L'évolution est caractérisée par des complications somatiques liées à la maladie, mais aussi un retentissement socioprofessionnel et affectif souvent disproportionné, avec parfois apparition de véritables troubles dépressifs, conduites addictives et suicides.
-

VIII - APPROCHE ÉTIOPATHOGÉNIQUE

A- Le corps souffrant

La maladie psychosomatique exprime une souffrance par le corps. C'est par cette souffrance corporelle que le sujet s'introduit dans le champ médical.

B- L'alexithymie :

(1) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels; (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui; (3) une vie fantasmatique réduite; (4) un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou "pensée opératoire".

C – Coping ou adaptabilité :

Modèle cognitivocomportemental d'ajustement ; caractérisé par la capacité à faire face aux situations difficiles.

IX - LES ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE

A- ***Les traitements biologiques :***

dans les maladies psychosomatiques (au sens lésionnel) il est toujours ou presque nécessaire d'effectuer *un traitement biologique* classique concomitant à une approche psychologique,

IX - LES ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE (suite)

B- Psychothérapies :

1- La psychanalyse a étudié de façon très approfondie le rôle de l'interprétation des fantasmes corporels, le traitement psychanalytique des patients atteints de maladie somatique vise à permettre au patient malade de retrouver ou de trouver son meilleur niveau de fonctionnement psychique possible.

2- *Le bio feed back* (autocontrôle, ex : relaxation) représente sans doute le type de traitement psychosomatique au sens strict du terme, car il fait appel au contrôle volontaire des fonctions physiologiques.

3- Importance de la relation médecin-malade: le patient doit se sentir compris et soutenu.

4- TRT des comorbidités psychiatriques : L'importance de la psychiatrie de liaison dans la prise en charge de ces patients.

CONCLUSION :

- La médecine PS entend intégrer la psychologie dans l'appréhension de la pathologie organique. Le psychisme va se trouver impliqué dans l'étiologie de la morbidité comme dans son évolution et sa thérapeutique.
-