Faculté de médecine d'Annaba
Cours de psychologie médicale, module II, 6^{ème} année
médecine

PRINCIPES PSYCHOSOMATIQUE

Dr. Mokhtari. Alia
Maitre-assistante en psychiatrie
EHS ER RAZI
ANNABA

PLAN DU COURS

I- Introduction

II- Définition

III- Approches psychosomatiques

1- Modèle freudien : conversion hystérique

2- L'école de Paris

3- Stress et profil comportemental de type A ou « coronarogène »

4- Alexithymie

IV- Maladies psychosomatiques

V- Aspects somatiques des troubles

1- Les symptômes « fonctionnels »

2- L'hypocondrie

3-les troubles somatoformes :

– trouble de conversion

– Somatisation multiples

– Troubles douloureux

4- La dysmorphophobie

III- Les aspects psychologiques des troubles somatiques

INTRODUCTION

- Depuis ses origines, la médecine s'est construite selon différents courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante.
- La psychosomatique est un nouveau regard sur l'homme malade et participe de ce fait à l'histoire de la médecine.
- La psychosomatique est le mode de fonctionnement normal de l'individu: elle remet en relation le soma et le psyché.

INTRODUCTION

- Le concept de « psychosomatique » fut introduit au XIXe siècle par le psychiatre allemand Heinroth,
- Cette notion engendra un nouveau courant médical issu du courant organiciste et expérimental de la médecine mais voulant rendre compte des facteurs d'ordre psychique dans l'étiopathogénie de certaines maladies somatiques.

INTRODUCTION

- cette approche s'est développée dans la pratique médicale (l'acupuncture, les « médecines naturelles », etc.) et cela d'autant plus que de récentes découvertes touchant les relations entre système immunitaire, système nerveux autonome (SNA) et système nerveux central (SNC) ont renouvelé les conditions d'un dialogue, complexe, entre différentes disciplines : médicale, biologique , psychiatrique et psychanalytique .

DÉFINITION

- Psychosomatique = catégorie intermédiaire entre maladie somatique et maladie psychogène (coexistence lésion organique et facteur psychogène).
- **Maladie psychosomatique** : ce sont des affections clairement définies sur le plan médical, et dans la genèse ou l'évolution desquelles interviennent des déterminants psychologiques.
- **Les "troubles" ou "syndromes psychosomatiques"** : ce sont des manifestations pathologiques somatiques sensibles aux phénomènes psychiques qui ne peuvent recevoir le statut de maladie. Manifestations somatisées de l'angoisse ou du malaise (striction laryngée, tachycardie, spasmes...).

APPROCHES DE LA PSYCHOSOMATIQUE

- Modèle freudien : conversion hystérique
- L'école de Paris
- Stress et profil comportemental de type A ou « coronarogène »
- Alexithymie

1- Modèle freudien : conversion hystérique

- Freud différenciait plusieurs formes d'hystérie : l'hystérie de conversion, l'hystérie de rétention, l'hystérie de défense, l'hystérie d'angoisse (phobie) et l'hystérie traumatique.
- L'hystérie de conversion reste le prototype des différents types d'hystérie : « Saut mystérieux de la psyché vers le soma », la conversion est la transposition d'un conflit (sexuel) psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans les symptômes moteurs (paralysie) ou sensitifs (anesthésie ou douleurs localisées).
- Ainsi, des représentations refoulées dans le psychisme . Leur composante affective se convertit par la voie nerveuse sous forme de « complaisance somatique » .

2- L'école de Paris

□ Failite de la mentalisation :

- Dans les années 1950, certains psychanalystes, en premier lieu Marty, mirent en évidence un destin particulier de fonctionnement psychique chez des malades somatisants : celui de la *faillite des défenses mentales* (*refoulement, déplacement, condensation, projection*).
- Les céphalalgies furent ainsi envisagées, dans un cadre économique, comme symptômes de défense voisins des défenses névrotiques classiques mettant en jeu cependant des mécanismes d'ordre somatique et biologique (vasoconstriction et vasodilatation par exemple) du fait d'une répression d'émotions agressives.

2- L'école de Paris

□ Répression de la vie affective et des représentations :

- Si le mécanisme de répression est employé, c'est qu'à un niveau inférieur, le mécanisme de refoulement n'a pas joué.
- Dans *La névrose d'angoisse (1895)*, Freud insiste surtout sur la répression des pulsions sexuelles. Ce même mécanisme s'applique aussi aux pulsions agressives, qu'elles soient spontanées ou bien consécutives à la frustration de pulsions sexuelles. On trouve chez Freud l'idée que la répression est volontaire, consciente, alors que le refoulement est involontaire.

2- L'école de Paris

□ Pensée opératoire :

- Pour comprendre la notion de pensée opératoire, il faut partir d'un principe freudien simple : les activités fantasmatiques et oniriques permettent d'intégrer, dans la subjectivité même, les tensions pulsionnelles, et protègent la santé somatique de l'individu en lui permettant de « transférer » sur l'activité psychique les excitations tant internes qu'externes.
- Dans cette conception, la pensée opératoire (PO) met en évidence une carence fonctionnelle des activités de pensée fantasmatique et onirique.
- La pensée opératoire : Elle est un mode de pensée actuelle, factuelle et sans lien avec une activité fantasmatique ou de symbolisation.
- Or, ce défaut de l'activité de penser n'est pas, d'après la « loi de compensation », sans avoir des répercussions négatives sur les fonctions organiques : Dans ces cas, serait-ce alors le corps qui « délire » ?

2- L'école de Paris

□ Dépression essentielle :

- La dépression essentielle (DE) est une dépression « sans objet », ni autoaccusation, ni culpabilité consciente.
- Cette symptomatologie dépressive se définit par un manque : il y a effacement, sur toute l'échelle, de la dynamique mentale des mécanismes de défense (déplacement, condensation, introjection, projection, identification, vie fantasmatique et onirique)
- Sur le plan du fonctionnement clinique du sujet : « l'absence de communication avec l'inconscient constitue une véritable *rupture avec sa propre histoire* ».

3- Stress et profil comportemental de type A ou « coronarogène »

(FRIEDMAN & ROSENMAN, 1959)

- Hyperactivité
- Compétitivité
- Agressivité
- Impatience
- Tension musculaire
- Besoin de contrôle
- Perfectionnisme

4- Alexithymie

- L'alexithymie, concept forgé par Sifneos en 1973 après plusieurs années de recherche sur la quête de modes spécifiques de fonctionnement psychologique chez des patients somatisants, désigne littéralement « l'absence de mot pour exprimer ses émotions » (a-lexis-thymie).
- Cet aspect se caractérise par une réelle incapacité à identifier et communiquer ses sentiments et à les différencier des sensations corporelles.), comprend quatre traits :
 - ✓ L'incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments;
 - ✓ La limitation de la vie imaginaire (absence de rêves, fantasmes, rêveries) ;
 - ✓ La tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits;
 - ✓ La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

- Ulcère gastro-duodéal
- Rectocolite ulcéro-hémorragique
- Hypertension artérielle
- Polyarthrite rhumatoïde
- Hyperthyroïdie
- Asthme
- Migraine
- Eczéma
- Les affections « Psychosomatiques » de l'ère moderne :
 - Spasmophilie
 - Fibromyalgie
 - Fatigue chronique
 - Sensibilités chimiques multiples
 - Syndrome du colon irritable

ASPECTS SOMATIQUES DES TROUBLES

- LES SYMPTOMES « FONCTIONNELS » :
Composantes somatiques des émotions
- L'HYPOCONDRIE : Croyance pathologique en l'existence d'une maladie
- LES TROUBLES SOMATIFORMES :
 - ✓ Trouble de conversion
 - ✓ Somatisation multiples
 - ✓ Troubles douloureux
- LA DYSMORPHOPHOBIE

➤ Les symptômes fonctionnels

- Cardio-vasculaires :
 - Palpitations, tachycardie
 - Douleurs précordiales
 - Augmentation de la pression artérielle
- Respiratoires :
 - Dyspnée, étouffement
 - Pesanteur thoracique

➤ Les symptômes fonctionnels

- Neurologiques :
 - Sensations vertigineuses
 - Céphalées, douleurs musculaires
 - Paresthésies, modifications sensorielles
 - Insomnie, sommeil superficiel
 - Difficultés de concentration ou de mémoire
 - Dépersonnalisation, déréalisation
 - Hypervigilance, fatigue
 - Tremblements

➤ Les symptômes fonctionnels

- Digestifs :

- Difficultés de déglutition, bouche sèche
- Douleurs épigastriques ou abdominales
- Diarrhée, aérophagie

- Autres :

- Polyurie
- Sueurs
- Rougeur
- Pâleur

➤ Les symptômes fonctionnels

- Rattacher les symptômes fonctionnels à l'anxiété
- ✓ Existence de symptômes psychologiques d'anxiété : Appréhension, inquiétude, anticipation, tension nerveuse, irritabilité, impatience, angoisse, panique,...
- ✓ Existence de manifestations comportementales d'anxiété : Inhibition, agitation, maladresse, fuite, évitement, compulsions (rituels, manies, recherche répétée de réassurance d'aide ou de sédation), utilisation d'alcool ou d'autres toxiques

➤ L'hypochondrie

- Trouble anxieux caractérisé par des inquiétudes concernant la santé :
- Le patient interprète de manière erronée ses symptômes somatiques,
- Il développe de ce fait des comportements pathologiques qui entretiennent son anxiété : vérifications multiples, demandes réitérées de réassurance, visites et examens médicaux répétés,
- Le patient a la conviction d'être atteint d'une maladie non découverte et pas seulement la peur de tomber malade dans le futur.

➤ Troubles somatoformes

- Conversion : Troubles d'allure neurologique marqués par la suggestibilité et l'indifférence.
- Somatisations : Plaintes somatiques chroniques et de nature variée survenant de manière répétée chez un même patient.
- Troubles douloureux

➤ **Dysmorphophobie :**

- Conviction erronée et pathologique d'avoir une déformation physique

LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DES TROUBLES SOMATIQUES

- LES RÉACTIONS À LA MALADIE
 - ✓ L'anxiété, la dépression
 - ✓ Le déni, la minimisation
 - ✓ L'isolation, l'intellectualisation, la maîtrise
 - ✓ Le déplacement, la projection, la revendication
 - ✓ La régression : retrait physique ou émotionnel d'un statut adulte et autonome à un statut infantile, dépendant et égocentrique