



Trouble somatoforme

Défaut somatoforme (ICD-10 V F45)

Les troubles somatoformes peuvent être divisés en trois groupes :

- 1 - Trouble de somatisation (trouble de la douleur) (CIM-10 F45.0)
- 2 - Trouble hypocondriaque (CIM-10 F45.2)
- 3 - Dysfonctionnement autonome somatoforme / dysfonctionnement végétatif (CIM-10 F45.3)

(Je me limiterai à ces trois perturbations).

Renseignements d'ordre général

Les troubles de somatisation sont multiformes et les plus fréquents. Comme déjà décrit dans Tölle et Windgassen, ils sont diagnostiqués sous des noms différents. Selon la CIM-10 F45, les troubles somatoformes sont classés comme un terme générique. Les plaintes physiques existent sans preuve médicale, mais doivent être vues dans des contextes psychosituationnels. "Somatoforme" signifie donc "apparaître sous forme physique". (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Les principales caractéristiques des troubles somatoformes sont décrites par les patients comme des troubles physiques qui ne peuvent être attribués à une maladie d'organe lors d'un examen médical. Dans ce trouble, comme le souligne Deister, n'importe quel organe peut être affecté. Les conséquences peuvent être graves parce qu'il y a une variété de symptômes différents. C'est pourquoi de nombreux examens sont nécessaires, éventuellement aussi dans le cadre d'opérations. Il faut souvent plusieurs années pour que le patient consulte un psychiatre. Cependant, il arrive souvent que les personnes concernées ne consultent pas de psychiatre. Cela mène à des maladies aiguës et chroniques. Le trouble somatoforme, aussi connu sous le nom de trouble psychogène, nécessite une stratégie diagnostique et thérapeutique spécifique (Deister A, 2005).

Diagnostic différentiel

Comme Dilling et coll. l'ont déjà décrit, il est difficile de distinguer le délire hypochondriaque du délire hypocondriaque en raison de la variété des symptômes. Il est donc utile que le médecin connaisse bien le patient et qu'il ait une bonne connaissance de soi. Il n'est pas contesté que la connaissance des symptômes est perçue comme désagréable par le patient.

(Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

Apparence

Comme Deister l'a déjà décrit, il existe une variété de symptômes : épuisement, symptômes douloureux, problèmes cardiovasculaires, symptômes sexuels et pseudo-neurologiques, troubles du tube digestif (plaintes gastro-intestinales), nausées et inconfort abdominal, plaintes intestinales, symptômes cardiopulmonaires (palpitations ou douleur thoracique) et autre douleur diffuse.

Souvent, il faut plusieurs années à la personne atteinte pour trouver son chemin vers le psychiatre, car ses troubles organiques ne se sont pas améliorés à la suite de nombreux examens et opérations antérieurs. (Deister A, 2005)

9.3.1 Interrelation entre le stress psychosocial, la personnalité, l'affectivité et le concept de maladie

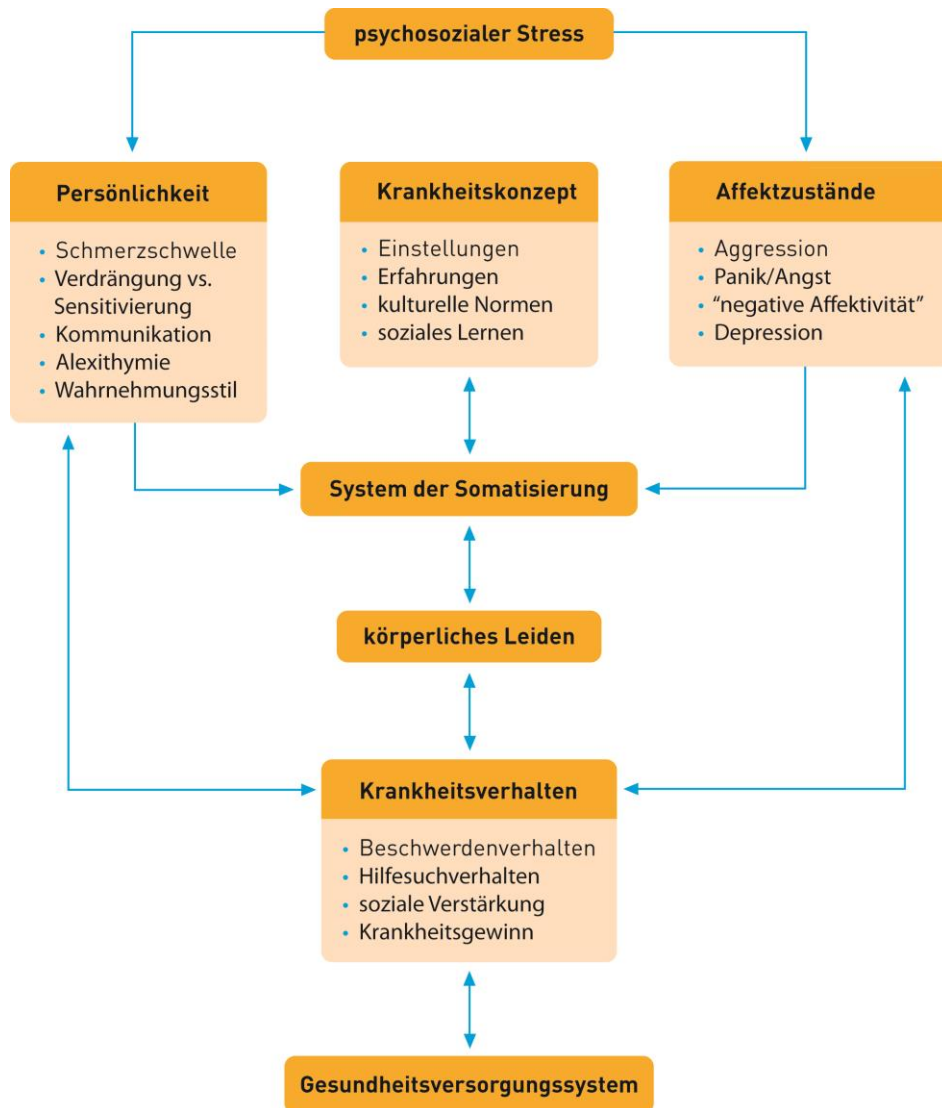


Fig. 14 : Interrelation entre le stress psychosocial, la personnalité, l'affectivité et le concept de maladie

Modifié d'après : Möller H J, Laux G, Deister A, 2005, p. 255.

Dans un sens plus large, il s'agit d'un dialogue difficile entre le patient et le thérapeute. Le patient est convaincu de ses troubles organiques. Lui et son environnement social n'en connaissent généralement pas les causes. Comme Dilling et al. l'ont déjà décrit, le comportement de recherche d'attention (histrionique) du patient est fortement prononcé. Les

personnes atteintes réagissent avec sensibilité si elles sont incapables de convaincre le médecin de la maladie telle qu'elles la voient (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Historique

Dans les concepts diagnostiques et les systèmes nosologiques plus anciens, les troubles somatoformes portent des noms différents. La soi-disant "hystérie" était déjà connue dans la Grèce antique. Le terme hypochondrie a été utilisé pour décrire des troubles que l'on soupçonnait "sous les côtes". Au XVIIe siècle, Sydenham reliait les deux termes. Paul Briquet voyait l'hystérie comme une maladie polysymptomatique au milieu du 19e siècle. Au cours des dernières décennies, les termes les plus divers tels que "complexe psychosomatique de la plainte", "syndrome psycho-végétatif" et "dystonie végétative" ont été utilisés avec des sens différents.

(Deister A, 2005, p. 254)

Épidémiologie

Le nombre de nouveaux cas dans l'année est de 13 %. Les femmes sont 2:1 plus susceptibles d'être touchées que les hommes. Parmi les patients d'un hôpital général, 17 à 30 % sont atteints de ces troubles, dont environ un tiers proviennent d'un service neurologique. Comme Frauenknecht et Brunnhuber l'ont déjà expliqué, les maux de dos et de tête sont la forme la plus courante de trouble somatoforme. Chez les deux tiers des personnes atteintes, elle se manifeste sous la forme d'une comorbidité de leur maladie sous-jacente, en particulier des syndromes dépressifs. Il convient d'établir ici une distinction claire entre le trouble affectif et les symptômes somatiques, mais il peut également y avoir un épisode dépressif accompagné de symptômes physiques ("dépression larvée"). En même temps, il y a souvent un diagnostic d'abus de substances ou de dépendance, de trouble de la personnalité, de phobie ou de trouble panique.

Le trouble somatoforme survient souvent à l'adolescence et se manifeste au cours de la troisième décennie de la vie, mais peut aussi survenir à tout autre âge. Un peu plus tard, le trouble douloureux somatoforme apparaît presque toujours entre 40 et 50 ans. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008).

Étiopathogénèse

Il est supposé que différents facteurs pathogéniques travaillent ensemble, par exemple des conflits inconscients dans le langage corporel sont mis en évidence dans les procédures psychanalytiques. Dans le modèle neurobiologique, les troubles somatoformes sont plus fréquents chez les parents au premier degré.

Raisons de l'apparition de troubles somatoformes :

- Identification avec les parties liées concernées
- Structures de personnalité peu sûres d'elles-mêmes des personnes concernées
- Sensibilité individuelle de certains organes
- En cas de surmenage dû au stress, à l'effort physique et mental sur une longue période de temps
- Comme Frauenknecht et Brunnhuber l'ont déjà décrit, les phases critiques de la vie, la maladie physique ou la séparation sont souvent le déclencheur des troubles somatoformes. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Symptomatologie

La fatigue est perçue comme agréable par les personnes en bonne santé. Comme le décrivent Tölle et Windgassen, les personnes épuisées sont agitées et tendues, ce qui se traduit par de l'irritabilité, de l'agitation, un manque de concentration, une mauvaise performance, la dépression, des sautes d'humeur, de l'apathie et une humeur morose. En outre, il ya un vertige, tête non libre, étourdissements non systématique, étourdissements non systématique, maux de tête frappant, troubles du sommeil, surtout des difficultés à s'endormir, sommeil agité, clignotement devant les yeux, tremblements fins des doigts, sensation désagréable de pouls accéléré / extrasystoles, autres plaintes cardiaques sans résultats organiques, impuissance, diarrhées ou constipation et troubles gastriques. (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Divers symptômes de troubles somatoformes

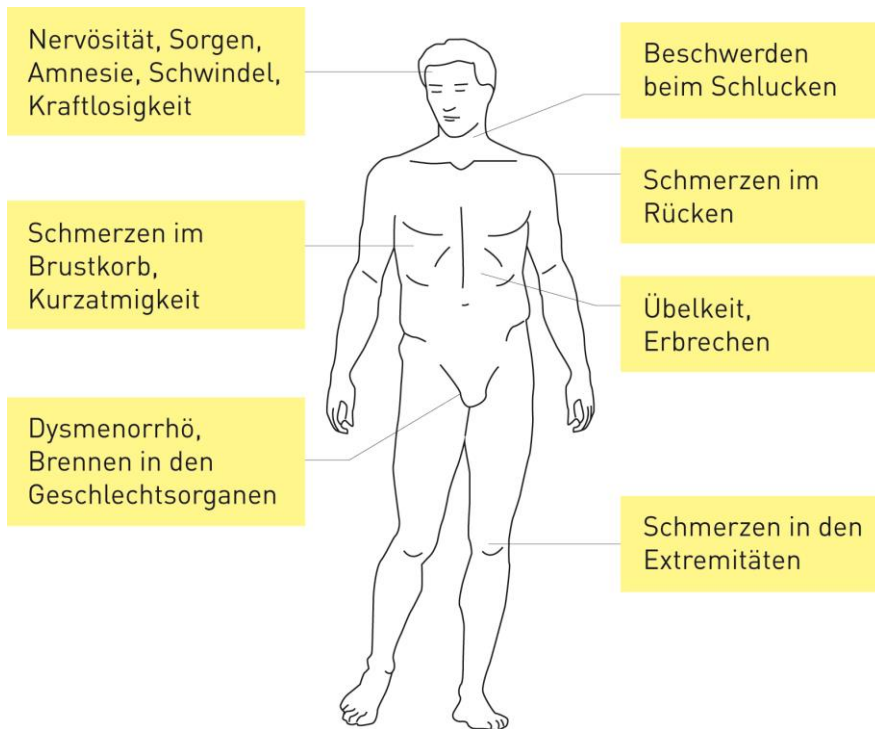


Fig. 15 : Divers symptômes des troubles somatoformes

Modifié d'après : Möller H J, Laux G, Deister A, 2005, p. 256

Trouble de somatisation et symptômes

Trouble de somatisation et symptômes (CIM-10 F45.0)

diagnostic différentiel

Troubles dépressifs anxieux et affectifs :

Comme Deister l'a déjà décrit (Deister A, 2005), l'anxiété et la dépression plus ou moins graves sont associées aux troubles de somatisation. Vous n'avez pas besoin de faire un diagnostic supplémentaire ici. Un diagnostic supplémentaire (anxiété/dépression) ne doit être posé que dans le cas d'une affection permanente qui est au premier plan. Après l'âge de 40 ans, de multiples symptômes physiques indiquent l'apparition de la dépression.

Troubles physiques :

Comme Deister l'a déjà mentionné, dans le cas d'un trouble chronique de somatisation, on peut supposer qu'une maladie physique se développe au fil des ans (par exemple, l'hyperacidité/la gastrite de l'estomac entraîne plus tard un ulcère gastrique).

- Refus du patient d'accepter les conseils et l'assurance des médecins pour être en bonne santé. Les symptômes existants ne sont basés sur aucune maladie physique.
- La conviction de la présence d'une ou plusieurs maladies, malgré de nombreuses enquêtes non concluantes. Étude des hypothèses sur le développement de cette maladie.
- La durée de la perturbation est d'au moins six mois.
- Malgré l'invisibilité organique, les symptômes physiques sont multiples
- Le comportement résultant de ce trouble affecte l'environnement social et familial.
- L'apparition des symptômes peut se référer à n'importe quelle partie du corps ainsi qu'à n'importe quel système du corps. (Deister A, 2005)

Trouble de somatisation et symptômes après le DSM-IV

Les plaintes physiques surviennent avant l'âge de 30 ans, durent des années et affectent l'environnement professionnel et social.

Les critères suivants doivent être remplis, comme Deister l'a déjà souligné (Deister A, 2005)

devoir être présent. Il est important que les symptômes individuels soient apparus au cours du trouble :

- Symptôme pseudo-neurologique, quatre symptômes de douleur affectant quatre parties différentes du corps.
- A part la douleur, deux symptômes gastro-intestinaux
- Sauf la douleur, un symptôme sexuel.

Symptômes gastro-intestinaux:

intolérance à la nourriture, nausées, vomissements, diarrhée, sensation de satiété.

Symptômes douloureux

Maux de tête, douleurs pendant la miction, douleurs pendant les rapports sexuels et les menstruations, douleurs articulaires, douleurs thoraciques ou rectales et douleurs aux extrémités, douleurs dorsales et abdominales.

Symptômes sexuels et gynécologiques

Indifférence sexuelle, menstruations irrégulières, souvent accompagnées de saignements abondants, vomissements plus fréquents pendant la grossesse, troubles de l'éjaculation, dysfonction érectile.

Symptômes pseudo-neurologiques

Crises convulsives, troubles de l'équilibre ou de la coordination, aphonie, boulette dans la gorge, faiblesse ou paralysie musculaire localisée, difficulté à avaler, rétention urinaire, cécité, engourdissement, vision double image, hallucinations, sensation de douleur ou perte de sensation tactile.

Trouble de somatisation

Trouble de somatisation (CIM-10 F45.0)

Au fil des ans, les symptômes se sont répétés et ont évolué à la suite d'un examen compliqué ou souvent négatif dans diverses institutions médicales. Il y a également eu des opérations infructueuses. Comme l'ont déjà décrit Dilling et coll., les troubles gastro-intestinaux les plus fréquemment perçus sont les nausées, les éructations, les vomissements, la rumination et la douleur. Des sensations cutanées exceptionnelles peuvent se manifester par des sensations de brûlure, des picotements, des démangeaisons, des douleurs, des engourdissements et des éruptions cutanées. Les troubles menstruels et sexuels sont également fréquents, tout comme l'anxiété et la dépression. L'évolution des symptômes est chronique et influence également l'environnement social. Les patients deviennent incapables de travailler. Les symptômes énumérés sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et commencent habituellement au début de l'adolescence. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

Diagnostic

- En cas de plaintes organiques multiples pendant au moins deux ans sans résultats médicaux,
- il y a une déficience dans les rapports avec la société et la famille en raison de la souffrance et du comportement qui en résulte,
- le patient est convaincu d'être physiquement malade, il refuse de reconnaître les causes mentales et les visites et examens chez les différents médecins sont fréquents.

Modèle de diagnostic des troubles somatoformes

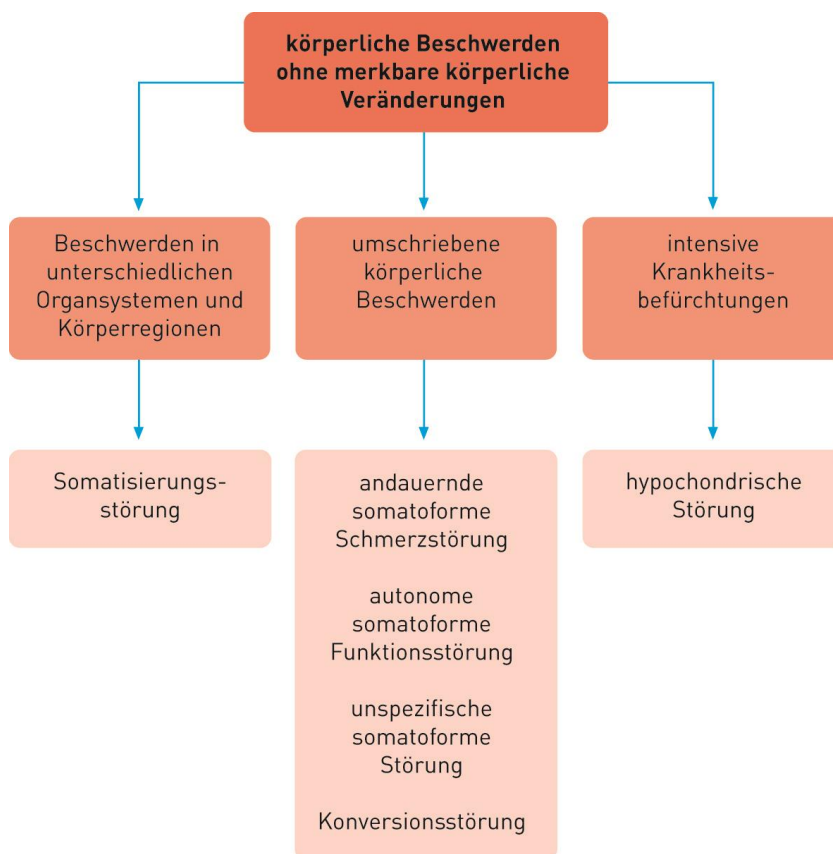


Fig. 16 : Modèle de diagnostic des troubles somatoformes.

Adapté de : Möller H J, Laux G, Deister A, 2005, p. 263

Trouble hypocondriaque

Trouble hypocondriaque (CIM-10 F 45,2)

Diagnostic différentiel:

Comme Dilling et al. l'ont déjà souligné, l'individualité des symptômes et la reconnaissance des effets sont importantes dans ce trouble. Il faut prêter attention à la présence d'une psychodynamique sérieuse et à ses effets sur la maladie. Le patient attache de l'importance aux examens approfondis (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Les résultats doivent confirmer les hypothèses du patient. Ici s'exprime le désir d'un traitement pour éliminer les symptômes. Une consommation exagérée de médicaments peut également être observée. L'observance pendant la thérapie est manquante. Le patient se méfie des médicaments prescrits et craint d'éventuels effets secondaires. Néanmoins, il cherche à être rassuré lors de visites fréquentes chez le médecin (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Apparence d'un point de vue subjectif

Comme Deister l'a déjà décrit, les patients atteints sont constamment préoccupés par la possibilité d'être atteints d'une maladie organique. Subjectivement, les plaintes sont interprétées comme étant exceptionnellement stressantes. Les personnes touchées ont une peur excessive de souffrir d'autres maladies. Les performances professionnelles et les relations sociales sont affectées par le souci constant des réclamations. "Le shopping chez le médecin fait partie du comportement des personnes affectées. Un changement constant de médecin fait partie de la vie quotidienne. Enfin, l'orientation vers un psychiatre est perçue comme désagréable et pénible. (Deister A, 2005)

Le point de vue du patient

Le patient est en mesure de nommer plus précisément sa maladie supposée (par ex. tumeur maligne, cancer de l'estomac, SIDA) et tout malaise physique confirme son opinion. Après des examens détaillés, ces symptômes décrits par le patient ne sont pas confirmés par les résultats.

Comme l'expliquent déjà Frauenknecht et Brunnhuber, le phénomène de la "maladie de l'étudiant en médecine" se produit chez les étudiants en médecine, surtout pendant la phase clinique. Les maladies organiques sont suspectées, en particulier celles qui font actuellement

l'objet d'une étude. Les nouvelles connaissances médicales apportent avec elles une attention accrue à son propre corps. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Diagnostic du trouble hypocondriaque (CIM-10 F 45,2)

Le trouble hypocondriaque se caractérise par un souci extrême pour son propre corps et par des images fantastiques alléchantes. Dans ce cas, ce n'est pas l'hypocondrie comme une maladie, mais l'apparition d'un syndrome.

Sensations subjectives

L'attitude anxieuse concerne les inquiétudes concernant les organes urinaires et sexuels, le tractus gastro-intestinal, le cœur, le cerveau et la moelle épinière. Comme Tölle et Windgassen l'ont déjà expliqué, la peur et les hormones de stress qui en résultent provoquent un dysfonctionnement du système nerveux végétatif. Ceci conduit également à une intensification du symptôme hypocondriaque (circulus vitiosus). L'inquiétude extrême du patient peut être liée aux symptômes physiques réels des organes. Cette malposition hypocondriaque (surestimation) remet en question la tendance du patient à la phobie. Il est à noter que tout être humain a des traits hypocondriaques. Cependant, les hypocondriaques peuvent aussi souffrir d'une maladie grave. (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Termes connexes:

- nosophobie
- dysmorphophobie
- trouble dysmorphique corporel
- hypocondrie
- névrose hypocondriaque

(Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

Diagnostic du trouble hypochondriaque selon le DSM-IV

- L'occupation du patient avec sa maladie est prise au sérieux et les examens médicaux correspondants sont organisés. Les résultats sont discrets et sont confirmés par le médecin pour calmer le patient.
- Une mauvaise interprétation des symptômes physiques des personnes concernées conduit à une préoccupation excessive à l'idée de souffrir d'une maladie grave.

Épidémiologie

La majorité des omnipraticiens et des internistes (Deister A, 2005) trouvent des troubles dans leur diagnostic, comme le décrit Deister.

Trouble de somatisation : Ce dysfonctionnement végétatif affecte les femmes plus fréquemment que les hommes. Dans les hôpitaux généraux, la proportion de personnes touchées se situe entre 20 et 40 %, dans les cabinets de médecins généralistes environ 10 % et dans la population générale environ 4 %. Le trouble somatoforme le plus courant est le dysfonctionnement végétatif.

Troubles douloureux somatoformes : ils surviennent fréquemment dans les familles et touchent aussi bien les hommes que les femmes.

Troubles hypochondriaques : affectent de 4 à 6 % de la population générale, ils affectent les hommes et les femmes également.

Dysfonctionnement autonome somatoforme

Dysfonctionnement autonome de Somatoforme (trouble végétatif) (CIM-10 F45.3)

Les patients décrivent leurs symptômes comme des manifestations purement physiques. Le fait est, cependant, que, comme déjà décrit par Dilling et al., les symptômes physiques proviennent du système nerveux à contrôle végétatif (autonome), du système cardiovasculaire, gastro-intestinal et respiratoire. Le système urogénital est également affecté. Les formes les plus courantes de plaintes sont les troubles du système cardiovasculaire (névrose cardiaque), du système respiratoire (hyperventilation psychogénique) et du système gastro-intestinal (diarrhée et névrose gastrique).

Dans le diagnostic, il est utile de connaître deux groupes de symptômes qui ne sont pas typiques des symptômes organiques.

Le premier groupe comprend les symptômes idiosyncrasiques, subjectifs et non spécifiques tels que la sensation de brûlure, l'oppression, la sévérité, la sensation de douleur ou le fait d'être désagrégé. Le deuxième groupe présente des symptômes causés par la stimulation du système nerveux autonome tels que tremblements, bouffées de chaleur, transpiration, palpitations cardiaques.

Ces troubles sont basés sur des troubles végétatifs. Du point de vue du patient, la maladie d'un organe est à l'origine de ses douleurs. Les patients affectés peuvent souvent être attribués à un stress psychologique, des problèmes et des difficultés. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

Diagnostic

Afin d'établir un diagnostic précis, tous ces critères doivent être remplis, comme le soulignent Dilling et coll:

- Aucun signe d'organe ou de dysfonctionnement d'un organe.
- Sentiment subjectif de maladie lié à un seul organe spécifique.
- Adhésion pathologique du patient à l'idée d'avoir une maladie d'organe, d'être en bonne santé malgré l'assurance du médecin.
- Effets permanents de la stimulation végétative tels que bouffées de chaleur, transpiration, palpitations et tremblements. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

Thérapie

Les psychothérapies, en particulier les approches de traitement cognitivo-comportemental, sont particulièrement efficaces dans le traitement des troubles dysmorphiques et hypochondriaques du corps. Pour d'autres troubles, cette forme de traitement est moins efficace. Des effets positifs peuvent être observés dans les troubles douloureux gastro-intestinaux et somatoformes.

Éléments d'un programme de psychothérapie cognitivo-comportementale / thérapie spécifique :

Établissement de relations:

Comme le soulignent déjà Frauenknecht et Brunnhuber, il est important que le patient décrive ses plaintes et que le thérapeute écoute attentivement, exprime son appréciation et adopte une attitude emphatique.

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Motivation pour la thérapie

Des approches psychothérapeutiques expliquent au patient les effets (par exemple, la relaxation musculaire selon Jacobson pour soulager la douleur, important aussi la réduction du stress). S'entendre sur les objectifs ensemble.

gestion des symptômes

Apprentissage de techniques de relaxation (par exemple, relaxation musculaire progressive), distraction par ces exercices, conduisant à l'auto-observation des symptômes par le journal des symptômes.

Élaboration d'un modèle général de maladie

Accepter la souffrance de la personne affectée par l'intervention (p. ex. méthodes de biofeedback, expériences comportementales, explication des liens entre le psychisme et le corps par des méthodes scientifiques).

Analyser et changer les pensées dysfonctionnelles

tenir un registre des croyances dysfonctionnelles concernant la maladie.

Réduction du repli social et des comportements nuisibles:

Le patient doit être encouragé à trouver des activités significatives pour lui et à maintenir à nouveau des relations sociales, à s'engager dans des activités sportives et à assumer progressivement des responsabilités à la maison et au travail.

Réduction du stress et motivation pour la joie de vivre :

Stratégies d'apprentissage pour résoudre des problèmes, développer des passe-temps, des stratégies de gestion du stress.

Interventions organo-médicales et réduction des interactions liées à la maladie

Demander au patient de discuter de la fréquence et du type d'interventions somatiques. L'objectif de cette mesure est l'omission totale de la réassurance.

Réduire l'abus de drogues

Sensibiliser le patient aux effets secondaires des médicaments et signaler le danger de dépendance (par exemple, l'utilisation prolongée du paracétamol pour les maux de tête entraîne un effet paradoxal).

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Conseils pratiques pour les traitements psychosomatiques

- Observation des perturbations fonctionnelles
- Éviter les enquêtes inutiles
- Acceptation des plaintes du patient
- Cibles thérapeutiques précises avec formulation de sous-cibles
- Éviter de confronter le patient trop tôt avec des modèles de troubles psychologiques

- Coopération et échange d'information avec les médecins de famille et les thérapeutes d'autres spécialités
- Important: Motivation pour la thérapie

Pharmacologie

Ils mentent, comme Frauenknecht et Brunnhuber le décrivent déjà, seuls quelques résultats confirmés sont disponibles pour le traitement médicamenteux des troubles somatoformes.

- Inhibiteur du recaptage de la sérotonine dans les troubles dysmorphiques et hypochondriaques du corps avec effet efficace.
- Opipramol (dérivé tricyclique de pipérazinyle, anxiolytique) dans le traitement du trouble autonome somatoforme et des troubles de somatisation.
- Antidépresseurs tricycliques à faible dose (amitriptyline 10-75 mg) dans le traitement de la douleur somatoforme. Les neuroleptiques et les préparations de benzodiazépines doivent être évités en raison de leurs effets secondaires (symptômes moteurs extrapyramidaux, développement de la dépendance) (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008).

Prévision

L'évolution des troubles somatoformes est habituellement chronique. Les rémissions spontanées sont rares. Le tableau des troubles sociaux, professionnels et physiques varie considérablement d'un cas à l'autre.

Prévisions défavorables :

Les facteurs suivants ont des effets négatifs: gain élevé de maladies secondaires, s'accrocher à la conviction de la guérison organique, les symptômes ne se produisent pas en relation avec des expériences stressantes ou effrayantes.

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Prévision favorable

D'un point de vue psychanalytique et de thérapie comportementale, comme le décrit Ermann, 65% des patients ont la possibilité d'une amélioration durable.

Les résultats dépendent :

- l'apparition d'une deuxième transformation
- plus le début du traitement est précoce, meilleures sont les chances de guérison (Ermann M, 2004).

D'un point de vue psychanalytique

Les méthodes d'analyse se présentent sous diverses formes :

- Les conflits sont traités, les tensions déclencheuses sont éliminées, les psychotropes sont parfois utilisés en combinaison avec des procédures imaginatives.
- La thérapie de groupe analytique peut donner de bons résultats parce que les conflits sociaux et les traits narcissiques au sein du groupe peuvent être bien traités.
- Un séjour hospitalier est recommandé afin de renforcer la motivation pour le traitement.
- La motivation du patient pour l'analyse est indispensable pour atteindre l'inconscient, car toutes les causes d'un trouble sont supprimées dès qu'elles apparaissent. Au cours de ce processus, le patient reconnaît ses parties inconscientes et accepte son problème et sa souffrance.
- Le patient ne doit pas seulement recevoir l'attention et les soins de ses proches. Le comportement et la compassion pour la personne atteinte ainsi que la satisfaction des besoins névrotiques soutiennent leurs syndromes et les renforcent.
- Une thérapie familiale devrait être envisagée avant le traitement proprement dit. (Ermann M, 2004)
- Personnellement, je suis sûr que reconnaître et accepter la souffrance est la voie de la guérison.

Du point de vue de la thérapie comportementale

Sur le plan physiologique, il existe de nombreuses applications, comme l'a déjà mentionné Ermann (Ermann M, 2004) :

- Biofeedback et surcharge du stimulus, exercices de relaxation, désensibilisation systématique et restructuration cognitive, etc.

Processus de perception tactile dans les troubles somatoformes

Katzer A, Oberfeld D, Hiller W, Gerlach A et Witthoft M, de l'Université Johannes Gutenberg de Mayence et de l'Université de Cologne, montrent dans leur étude commune (2011) le lien entre les processus de perception tactile et les troubles somatoformes.

32 participants en bonne santé et 33 participants atteints de troubles somatoformes ont été examinés. Le but de l'étude était de déterminer si le seuil de perception est plus bas chez les personnes atteintes de troubles somatoformes que chez les témoins sains. L'étude s'est concentrée sur le sens du toucher des personnes examinées, à savoir le temps de réaction à un stimulus au bout des doigts. Un stimulus visuel supplémentaire a été donné dans le groupe témoin.

Grâce à des stimulations lumineuses, une amélioration du sens tactile des deux groupes a été obtenue. Ce résultat a été obtenu au cours de la deuxième moitié de la période d'essai. Dans le groupe de patients, il y avait des indications des effets de la perception tactile et en particulier des symptômes pseudo-neurologiques. Dans la mesure du groupe présentant des troubles somatoformes, la signification est plus faible avec $r = 0,86$. Par rapport au groupe en bonne santé, la perception a été positivement confirmée. Dans le groupe des troubles somatoformes, la distribution des symptômes est influencée par des modèles cognitifs (Katzer A, Oberfeld D, Hiller W, Gerlach A L, Witthöft M, 2012).

Prof. Dr. Andrawis