

# **TROUBLES DISSOCIATIFS ET TROUBLES SOMATOFORMES**

## **Introduction générale :**

Les classifications « traditionnelles » définissent classiquement la névrose hystérique en symptômes de conversion hystérique (ou symptômes somatiques de conversion) et de dissociation hystérique (ou symptômes d'expression psychique) dans lesquels étaient classés les manifestations dissociatives (fugues, amnésie...)

En 1980 dans le DSM III, le concept d'hystérie disparaît et laisse place à ces 3 entités diagnostiques:

- **Les troubles dissociatifs** : amnésie psychogène, fugue psychogène et le trouble de personnalité multiple...
- **Le trouble de conversion** qui est inclus dans le chapitre des troubles somatoformes avec les troubles de somatisations, l'hypochondrie et la dysmorphophobie
- **Les troubles de la personnalité** de type histrionique

La disparition donc du concept d'hystérie des classifications internationales des troubles mentaux a catalysé, depuis une vingtaine d'années, un regain d'intérêt des chercheurs pour les troubles dissociatifs et somatoformes.

Le tableau ci-dessous rapporte les classifications retenues par la CIM 10 et le DSM-IV regroupant les troubles dissociatifs et de conversion de manière un peu différente.

<b>CIM 10</b>	<b>DSM-IV</b>
<b>F44 : Troubles dissociatifs (de conversion) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amnésie, fugue, stupeur, état de transe et de possession</li><li>- Troubles moteurs dissociatifs</li><li>- Convulsion dissociatives</li><li>- Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles</li><li>- Troubles dissociatifs mixtes</li></ul>	<b>Troubles somatoformes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Troubles de conversion</li><li>• Moteurs</li><li>• Sensitifs</li><li>• Convulsions</li><li>• Mixtes</li></ul>
<b>F48 : Autres troubles névrotiques :</b> Syndrome de dépersonnalisation/ déréalisation	<b>Troubles dissociatifs :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amnésie dissociative</li><li>- Trouble dissociatif de l'identité</li><li>- Dépersonnalisation/déréalisation</li><li>- Autre trouble dissociatif spécifié</li></ul>

## **A. TROUBLES DISSOCIATIFS :**

### **I- Introduction :**

- La dissociation peut se définir comme un trouble des fonctions normalement intégrées : l'identité, la mémoire, la conscience et la perception de l'environnement.
- La dissociation apparaît actuellement comme une entité transnosographique observée dans plusieurs troubles psychiatriques : troubles anxieux et de l'humeur, troubles de personnalité, dépendances à plusieurs substances et dans certains troubles organiques.
- Les troubles dissociatifs sont définis par les ouvrages de référence (CIM 10 ou DSM-5) comme la perte partielle ou complète de certaines fonctions allant des troubles de la mémoire à des troubles de l'identité en passant par des troubles moteurs.

### **II- Historique du concept : de la dissociation vers les troubles dissociatifs :**

- ♦ L'histoire des troubles dissociatifs rejoint celle de l'hystérie et de l'hypnose avec les travaux de Charcot, Janet et Freud à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle.

- ◆ Dans la suite des travaux de Charcot sur l'hystérie, Janet développe un nouveau concept, celui de la dissociation mentale, comme étant à la base de l'ensemble de phénomènes hystériques.
- ◆ L'intérêt des chercheurs pour la «redécouverte» des troubles dissociatifs est à mettre en lien à la fois avec l'augmentation des troubles liés au stress et au trauma et avec certains événements politiques et sociaux aux Etats-Unis (la guerre du Vietnam...)

### III- Aspects cliniques et critères diagnostiques selon le DSM-5 :

Compte tenu du fait que la plupart des études cliniques actuelles utilisent les critères diagnostiques du DSM, nous avons choisi de présenter les formes cliniques des troubles dissociatifs en suivant la classification nosologique du DSM-5.

#### 1. L'amnésie dissociative :

- L'amnésie dissociative est caractérisée par une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants, cette incapacité ne s'expliquant pas par une mauvaise mémoire.
- La forme clinique la plus commune est l'amnésie circonstancielle, où les patients sont incapables de se rappeler les événements concernant une période donnée, allant de quelques heures à quelques jours. Le diagnostic ne peut être retenu qu'après l'élimination systématique d'une cause somatique.

#### 2. Le trouble dissociatif de l'identité (Personnalité multiple) :

Le trouble dissociatif de l'identité (auparavant appelé personnalité multiple) est caractérisé par la présence de deux ou plusieurs identités ou "états de personnalité" distincts qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet, s'accompagnant d'une incapacité à évoquer des souvenirs personnels. Cette incapacité est trop importante pour s'expliquer par une mauvaise mémoire.

#### 3. La dépersonnalisation/déréalisation :

- Il s'agit d'un sentiment de perte de sens de soi-même, dans lequel un individu ne possède aucun contrôle de la situation.
- Le symptôme peut être ressenti pendant quelques secondes à la suite d'un stress intense et prolongé. Malgré son caractère relativement bénin, le phénomène est très impressionnant et engendre de grands niveaux d'anxiété, ce qui peut renforcer le phénomène.
- La dépersonnalisation est une expérience subjective de déréalisé de l'individu en lui-même, alors que dans le cas de la déréalisation c'est le monde extérieur qui apparaît étrange.

#### 4. Le trouble dissociatif non spécifié :

Le trouble dissociatif non spécifié dont la caractéristique principale est un symptôme dissociatif mais qui ne répond pas aux critères d'aucun des troubles dissociatifs spécifiques. Par exemple, états de dissociation chez les sujets qui ont été soumis à des manœuvres prolongées de persuasion coercitive (lavage de cerveau, redressement idéologique, endoctrinement en captivité).

#### ❖ Critères diagnostiques selon le DSM-5 :

<b>Amnésie dissociative</b>	<p><b>A.</b> Incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes</p> <p><b>B.</b> A l'origine d'une détresse cliniquement significative</p> <p><b>C.</b> N'est pas imputable aux effets d'une substance ou à une autre affection médicale</p> <p><b>D.</b> Ne s'explique pas par un trouble dissociatif de l'identité, un PTSD...</p> <p><b>Spécifier si :</b> avec <b>fugue dissociative</b> : voyage apparemment intentionnel ou errance.</p>
-----------------------------	--

<b>Trouble dissociatif de l'identité (Personnalité multiple)</b>	<p>A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession.</p> <p>B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques.</p> <p>C. Détresse cliniquement significative</p> <p>D. Non imputable aux effets d'une substance ou une autre affection médicale générale.</p>
<b>Dépersonnalisation/ déréalisation</b>	<p>A. Expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation, ou bien les deux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dépersonnalisation</b> : expérience d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de son corps ou de ses actes.</li> <li>• <b>Déréalisation</b> : expérience d'irréalité ou de détachement du monde extérieur.</li> </ul> <p>B. L'appréciation de la réalité demeure intacte lors de ces expériences</p> <p>C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative</p> <p>D. Non imputable aux effets d'une substance ou une autre maladie générale</p> <p>E. N'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme la schizophrénie, trouble panique, ou un trouble dépressif caractérisé, un PTSD.</p>

#### **IV- Hypothèses étiologiques :**

- Le mécanisme exact des troubles dissociatif n'est pas précisément connu. On observe toutefois qu'ils sont fréquemment associés à des traumatismes dans l'enfance comme des abus sexuels, de la violence physique ou psychique ou une négligence affective.
- Les études récentes au moyen d'IRM fonctionnelles, ont permis d'observer des blocages de certaines zones du cerveau chez ces malades. Cela semble confirmer les théories psychologiques qui suggèrent qu'un traumatisme psychique peut bloquer activement une région du cerveau et provoquer des symptômes physiques liés à l'activité neurologique de la zone concernée.

#### **V- Traitement des troubles dissociatifs :**

- La prise en charge des patients présentant un trouble dissociatif aigu nécessitant une prise en charge urgente.
- Dans le contexte de l'urgence, il s'agit avant tout :
  - de «réveiller» les patients,
  - d'évaluer les risques de passages à l'acte auto ou hétéroagressifs
  - et de diminuer les symptômes dissociatifs aigus en favorisant une réafférentation spatio-temporelle.
- Le recours à une hospitalisation provisoire aux urgences est préférable à une hospitalisation psychiatrique, qui devrait être envisagée uniquement en présence de certaines comorbidités (troubles dépressifs avec des symptômes psychotiques et/ou des idées suicidaires envahissantes, anorexie grave, comorbidités somatiques) et en cas d'absence d'alliance thérapeutique.
- Si une désorientation spatio-temporelle est présente, il convient d'envisager un diagnostic différentiel somatique avec un examen clinique attentif et au minimum une glycémie capillaire.
- Après la disparition des symptômes aigus, la psychothérapie ambulatoire reste le traitement de choix des troubles dissociatifs.

### ◆ **Psychothérapie et troubles dissociatifs :**

- Il n'existe pas de traitement psychothérapeutique standardisé pour l'ensemble des pathologies du spectre des troubles dissociatifs.
- Au-delà de la singularité inhérente à la rencontre psychothérapeutique, l'approche thérapeutique varie en fonction du type clinique de la dissociation et surtout en fonction des comorbidités psychiatriques.
- Les techniques psychothérapeutiques les plus utilisées sont :
  - L'inspiration psychodynamique (associations libres, ou à partir des expériences dissociatives),
  - l'hypnose (travail sur des états de consciences modifiées)
  - et plus récemment des techniques cognitivo-comportementales.
  - certaines approches psychothérapeutiques de groupes et familiales ont également été décrites.

### ◆ **Pharmacothérapie et troubles dissociatifs :**

L'approche psychopharmacologique dépend avant tout des comorbidités psychiatriques : troubles anxiodépressif, utilisation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, ou la présence de certains symptômes psychotiques, nécessitant l'introduction d'un antipsychotique.

## **B. TROUBLES SOMATOFORMES :**

### **I- Introduction :**

- ◆ Le qualificatif de « somatoforme » a été choisi pour désigner un ensemble de symptômes, syndromes ou plaintes de type physique ou concernant la santé physique et pour lesquels aucune anomalie organique identifiable de type lésionnel ne peut être incriminé.
- ◆ En psychiatrie, une telle catégorie diagnostique implique, quelle que soit la classe plus précise du trouble :
  - ▷ Un niveau significatif de retentissement du trouble (souffrance psychique, altération du fonctionnement socioprofessionnel)
  - ▷ La non-imputabilité du trouble à un autre trouble mental caractérisé (tel qu'un trouble anxieux, un trouble de l'humeur, un trouble délirant)
  - ▷ Une participation psychologique à l'étiopathogénie du trouble (troubles sous-jacents de la personnalité, facteurs de stress ou situation conflictuelle repérable, précédant la survenue du trouble).
- ◆ La 5<sup>ème</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) publié par l'American Psychiatric Association (APA) en 2013, a remplacé la catégorie des troubles somatoformes par la catégorie, troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

<b>DSM-IV-TR</b>	<b>DSM-5</b>
Troubles somatoformes	Troubles à symptomatologie somatique et apparentée
Trouble somatisation	Trouble à symptomatologie somatique
Trouble de conversion	Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle
Trouble douloureux	Trouble à symptomatologie somatique à prédominance douloureuse
Hypocondrie	Crainte excessive d'avoir une maladie
Trouble psychosomatique	Facteurs psychologiques influençant une affection médicale

### **II- Etude clinique et critères diagnostiques selon le DSM-5 :**

Les troubles somatoformes sont caractérisés par des symptômes et des signes cliniques d'allure non psychiatriques reliés en fait à un trouble mental. Il n'existe pas d'anomalies lésionnelles mais de très probables modifications psychophysiologiques fonctionnelles.

## **CLINIQUE :**

### ► **Symptômes et signes fonctionnels :**

Il s'agit de plaintes fonctionnelles pouvant toucher les domaines corporels suivants :  
Gastro-intestinal ; Cardio-vasculaire ; Génito-urinaire ; Cutané.

### ► **Symptômes et signes d'allure neurologique :**

Il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique pouvant :

- Toucher la sphère motrice
- Toucher la sphère sensorielle et sensitive
- Être des mouvements anormaux, des convulsions, ou des crises d'allure épileptiques avec perte de connaissance.

Ces symptômes ou signes ne respectent pas l'organisation anatomique du SNC ou périphérique. Ils peuvent être influencés par la suggestion. Ils peuvent, cependant, être associés dans 30% des cas à une maladie neurologique.

### ► **Les symptômes douloureux :**

Il s'agit de douleurs dont l'intensité doit être évaluée par une échelle visuelle anatomique.

On parle de symptômes douloureux aigus si la durée est < 6 mois, et chroniques si la durée est > 6 mois. Une pathologie médicale non psychiatrique peut être associée à ces symptômes, mais celle-ci n'explique pas alors la sévérité et/ou le maintien de la douleur.

### ► **Les troubles psychiatriques :**

Il existe 3 troubles à symptomatologie somatique principaux : le trouble à symptomatologie somatique, la crainte excessive d'avoir une maladie et trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle).

Ces troubles se distinguent en fonction du type de symptômes ou signes cliniques :

- S'il s'agit de symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels, on évoquera le trouble à symptomatologie somatique
- S'il s'agit de symptômes ou signes cliniques neurologiques, on évoquera le trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle)
- Et s'il s'agit de symptômes de préoccupation d'avoir une maladie grave, on évoquera la crainte excessive d'avoir une maladie.

## **1) Crainte excessive d'avoir une maladie (Hypocondrie du DSM IV-TR) :**

### **Définition :**

- Crainte ou croyance d'être atteint d'une maladie sérieuse, fondée sur l'interprétation erronée de certaines sensations ou symptômes physiques, même si l'on ne retrouve aucune affection médicale.
- Les préoccupations du patient entraînent une souffrance significative et une altération du fonctionnement professionnel, social et personnel

### **Épidémiologie :**

- 4 à 6% sur 6 mois en population générale
- Pas de différence significative entre les 2 sexes
- Début entre 20 et 30 ans

### **Evolution :**

- ♦ Fluctuante
- ♦ Liens entre facteurs de stress psychosociaux et exacerbation des symptômes

### **Critères diagnostiques DSM-5 :**

- A. Préoccupation concernant le fait d'avoir ou de développer une maladie grave
- B. Les symptômes somatiques sont absents
- C. Anxiété importante concernant la santé
- D. Comportement excessifs par rapport à sa santé (vérifications répétées de son corps)
- E. Les préoccupations sont présentes depuis au moins 6 mois
- F. N'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (TP – TAG – TOC – Trouble délirant somatique)

### **Spécifier le type :**

- ✓ A type de demande de soin
- ✓ A type évitant les soins

### **Traitement :**

- Réticent ++ à toute prise en charge psychiatrique
- Psychothérapie de groupe avec gestion du stress et des moyens pour faire face à la chronicité
- Examens somatiques programmés
- Traitement pharmacologique des troubles associés

## **2) Trouble à symptomatologie somatique (Trouble somatisation du DSM IV-TR) :**

### **Définition :**

Cortège de plaintes somatiques qui ne peuvent être expliquées de manière adéquate par un examen physique ou des examens complémentaires

### **Épidémiologie :**

- 0,1 à 0,2% en population générale
- 5 à 20 fois plus fréquent chez les femmes
- Faible niveau socio-économique
- Début avant l'âge de 30 ans
- Personnalités paranoïaques, obsessionnelle compulsive
- Trouble bipolaire et abus de substance

### **Évolution :**

- Chronique et invalidante
- Évolution fluctuante
- Association entre exacerbation des symptômes et stress.

### **Critères diagnostiques DSM-5 :**

- A. Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne
- B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques
- C. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être présent, l'état symptomatique est durable (typiquement + de 6 mois)

**Spécifier si :** Avec douleur prédominante (T. douloureux du DSM IV-TR)

**Spécifier si :** chronique (+ 6 mois)

**Spécifier la sévérité actuelle :** Léger – Moyen - Grave

### **Diagnostic différentiel :**

- ✦ Affections médicales
- ✦ EDM

### **Traitement :**

- Nécessité d'une prise en charge par un médecin unique
- Consultations régulières
- Psychothérapie individuelle et de groupe

### 3) Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble de conversion du DSM IV-TR) :

#### Définition :

- Regroupe l'ensemble des symptômes ou des déficits pseudo-neurologiques (absence d'anomalie anatomique ou physiologique) psychogènes.
- Les facteurs psychologiques (événements stressants, traumatismes ou conflits) précèdent ou aggravent les manifestations cliniques.
- L'origine psychique des troubles échappe au sujet

#### Épidémiologie :

Âge de survenue des premiers symptômes :

- 21,6% entre 9 et 20 ans
- 35% entre 20 et 41 ans
- 13,7% > 60 ans

#### Autres données :

- Niveau éducation peu élevé
- Rejet, manque d'attention et d'affection de la part des parents
- Groupes socio-économiques bas et sur représentation des milieux ruraux
- Abus physique et/ou sexuel durant l'enfance

#### Evolution :

Facteurs de bon pronostic :

- ✓ Apparition récente des symptômes
- ✓ Trouble anxieux ou dépressif coexistant
- ✓ Précipitation par un facteur de stress
- ✓ Début brutal des symptômes
- ✓ Bon fonctionnement prémorbide
- ✓ Absence de trouble psychiatrique associé
- ✓ Trouble de conversion de type moteur

#### Comorbidité :

- Élevée++
- Troubles dépressifs : 18 à 41%
- Troubles anxieux : 7 à 15%
- Troubles de la personnalité : Histrionique : +++, passive agressive, borderline, paranoïaque, obsessionnelle et antisociale

#### Critères diagnostiques DSM-5 :

- A. Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles
- B. Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique ou médicale reconnue
- C. Ne sont pas expliqués par un autre trouble médical ou mental
- D. Entraîne une détresse ou une altération cliniquement significative.

#### Spécifier :

- Avec faiblesse ou paralysie
- Avec des troubles de l'élocution
- Avec mouvements anormaux
- Avec attaques ou crises épileptiformes
- Avec des symptômes de déglutition
- Avec anesthésie ou perte sensorielle

#### Traitement :

- Valorisation de la guérison
- Recherche des bénéfices secondaires
- Alliance médecin-malade
- Chimiothérapie :
  - Anxiolytiques et antidépresseurs
  - Relaxation
  - Hypnose
  - Psychothérapies

#### 4) **Trouble factice :**

##### **Trouble factice auto-induit :**

- A. Falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures ou de maladies, associées à une tromperie identifiée
- B. L'individu se présente aux autres comme malade, invalide ou blessé
- C. Le comportement de tromperie est évident, même en l'absence de bénéfices objectivables
- D. N'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique.

**Spécifier si :** Episode unique/ Episodes répétés

##### **Trouble factice imposé à autrui (T.F. par procuration) :**

Même critères que T.F. auto-induit mais provoqué chez autrui (son enfant par exemple).

Mêmes spécifications

#### 5) **Autres troubles somatoformes :**

- **Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales**
- **Autre trouble à symptomatologie somatique spécifié** (absence de l'ensemble des critères de l'un des troubles de cette classe)
  - ➔ Trouble à symptomatologie somatique Bref (< 6 mois)
  - ➔ Crainte d'avoir une maladie brève (durée des symptômes < 6 mois)
  - ➔ Grossesse nerveuse (pseudocycèse) : croyance erronée d'être enceinte associées à des signes objectifs et à des symptômes associés à la grossesse.
- **Trouble à symptomatologie somatique non spécifié** (information insuffisante pour faire un Dc plus spécifique)

### **III- Diagnostic différentiel :**

#### ⌘ **Pathologies médicales psychiatriques :**

Des troubles psychosomatiques (pathologies médicales non psychiatriques avec lésions identifiables pour lesquels des facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant comme facteurs déclenchant ou entretenant).

#### ⌘ **Pathologies médicales non psychiatriques :**

Le bilan complémentaire permettra d'éliminer une pathologie médicale non psychiatrique pouvant mieux expliquer la sémiologie.

### **IV- Comorbidité :**

Un trouble somatoforme peut être associé à d'autres troubles psychiatriques comorbides qu'il s'agit d'évaluer, en particulier :

- Un trouble dépressif caractérisé
- Les troubles anxieux
- Le trouble de l'adaptation
- Les troubles de la personnalité
- Les troubles dissociatifs peuvent être également associés au trouble conversion
- Pathologie médicale non psychiatrique à ne pas sous évaluer.



## **V- Hypothèses étiologiques :**

Elles sont aussi nombreuses que variées allant de la psychodynamique à la neurobiologie.

### **a) Facteurs biologiques :**

- Dysfonctionnement dans la neurotransmission de la sérotonine dans le cas des troubles somatoformes, [Belous et Rief]
- Un moins bon fonctionnement des récepteurs aux benzodiazépines dans le cortex frontal, temporal et pariétal des patients, [Tokunaga- Miller]
- Plusieurs recherches génétiques ont été menées. Chez ces patients, l'ensemble des études génétiques tendrait à trouver une proportion plus importante de troubles de la personnalité de type antisocial dans les familles au premier degré de patients atteints de troubles somatoformes.

### **b) Facteurs environnementaux :**

Différents facteurs contextuels sont régulièrement mentionnés au chapitre des hypothèses étiologiques :

- Les antécédents traumatiques, surtout dans l'enfance, pouvant affecter les perceptions physiques (tels que les abus sexuels)
- Exposition, dans l'enfance, à des décès, divorces, maladies graves dans la famille ou également des douleurs chroniques chez les membres de la famille
- Un diagnostic de syndrome post-traumatique a été retrouvé chez 22% des patients ayant, au préalable, un diagnostic de troubles somatoformes ; [Rogers]
- Les patients présentant, à l'âge adulte, un trouble somatoforme auraient eu des parents renforçant l'expression somatique chez eux au détriment de l'expression des émotions

## **VI- Traitement :**

Il serait certainement plus exact de parler de prise en charge des troubles somatoformes plutôt que de traitement au sens strict du terme. Ces prises en charge, dont il est clair qu'elles s'inscriront dans la durée, seront de meilleure qualité si elles s'inscrivent avant tout dans le cadre d'une étroite collaboration entre somaticiens et psychiatres :

### **◆ Traitements médicamenteux :**

Les traitements médicamenteux portent essentiellement sur le traitement de la dépression. Les antidépresseurs de différentes familles, semblent donc avoir un effet positif.

Par contre, les benzodiazépines ne sont pas mentionnées, voire clairement déconseillées comme traitement des troubles anxieux adjoints des troubles somatoformes.

### **◆ Psychothérapie :**

L'intérêt d'une thérapie familiale brève pour les troubles somatoformes a été mentionné dans plusieurs études,

Les thérapies cognitivo-comportementales.

## **Conclusion :**

- Le terme général de troubles somatoformes recouvre un ensemble de diagnostics ayant, comme point commun, l'existence de plaintes somatiques importantes et invalidantes qui, soit ne peuvent être totalement expliquées par la présence d'un substrat somatique retrouvé, soit ne correspondent à aucun substrat somatique identifiable.

- Les patients se trouvent aux prises avec une souffrance profonde, laquelle s'exprime sur un plan somatique alors que son origine se situe sur un plan psychique, origine qui, dans la plupart des cas, est réfutée par le patient.
- La réponse au questionnement que le patient souffrant de troubles somatoformes adresse à son médecin, n'est donc ni «vous n'avez rien sur le plan somatique», ni «c'est tout dans la tête», car la douleur est parfaitement authentiquement ressentie sur le plan physique.
- Les troubles somatoformes posent fréquemment un problème social majeur en termes de perte d'adaptation au travail et de consommation importante en soins médicaux.
- Il est donc important de fournir des prises en charge structurées dont la clé de voûte reste l'étroite collaboration entre psychiatre et somaticien.