

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉTAT DES LIEUX DES PSYCHOTHÉRAPIES AUPRÈS D'INDIVIDUS
SOUFFRANT DE CONDITIONS LIÉES À LA SOMATISATION

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JULIE-ANNE GUERTIN

NOVEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Lyson Marcoux, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directrice de recherche
--	-------------------------

Jury d'évaluation :

Lyson Marcoux, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directrice de recherche
--	-------------------------

Julie-Marthe Grenier, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluatrice interne
---	---------------------

Paul Samuel Greenman, Ph. D. Université du Québec en Outaouais	évaluateur externe
---	--------------------

Sommaire

Communément appelés « symptômes médicalement inexplicables (SMI) » ou « trouble somatique fonctionnel (TSF) », les conditions liées à la somatisation s'insèrent dans la catégorie diagnostique des « Troubles à symptomatologie somatique et apparentés » du DSM-5. Les personnes qui en souffrent rapportent une douleur physique pour laquelle aucune cause médicale n'est clairement identifiée. Pourtant bien réelle, leur souffrance représente certes un défi à plusieurs niveaux. En plus de générer des séquelles sur la qualité de vie des patients, les symptômes somatiques sans cause médicale sont également associés à un coût sociétal élevé (p. ex., nombreuses consultations médicales, absentéisme au travail). La nécessité d'aider ces patients est sans équivoque. L'une des voies possibles est la psychothérapie. À ce sujet, plusieurs recherches ont été réalisées dans les dernières années, afin d'étudier l'efficacité d'approches psychothérapeutiques auprès de cette population. Le champ est large dans ce domaine et il importe d'éclairer le clinicien sur les meilleures avenues de traitements. Le présent essai vise donc à faire un état critique des recherches des onze dernières années portant sur l'efficacité des traitements psychologiques auprès d'échantillons de patients représentant différentes conditions de somatisation. Pour ce faire une recension des écrits publiés entre 2010 et 2021 a été réalisée à partir d'une consultation des bases de données « PsycINFO » et « PsyARTICLE ». Les approches retenues sont les thérapies cognitive-comportementales, les thérapies de pleine conscience et par l'acceptation et l'engagement, les approches découlant du courant psychodynamique ainsi que les thérapies intégratives et multidisciplinaires. Les résultats des études consultées

montrent la pertinence du traitement psychologique pour venir en aide aux personnes qui sont aux prises avec des symptômes liés à la somatisation. On retiendra toutefois que les effets sont modérés et qu'aucune approche psychologique ne se démarque des autres. Il faut donc préconiser un traitement ajusté à l'individu, basé sur une bonne alliance thérapeutique et sur les éléments à prendre en considération pour l'engagement et le maintien de ces patients en psychothérapie. La conclusion de cet essai amène à reconnaître qu'il s'agit d'un domaine complexe dans lequel les chercheurs sont confrontés à plusieurs défis irrésolus, notamment au niveau de la nosologie et de l'hétérogénéité de la clientèle. C'est pourquoi des pistes de réflexions sont proposées de même que des recommandations pour de futures recherches.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des abréviations et des sigles.....	viii
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	7
Définitions des concepts entourant la somatisation	8
Symptôme médicalement inexpliqué.....	9
Symptôme fonctionnel	10
Syndrome somatique fonctionnel	10
Trouble somatique fonctionnel	12
Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle	13
Trouble somatoforme et trouble à symptomatologie somatique.....	14
Syndrome de détresse corporelle	16
Autres termes	18
Méthode.....	20
Résultats	29
Thérapies cognitivo-comportementales	30
TCC et fibromyalgie	34
TCC et syndrome du côlon irritable.....	36
TCC et syndrome de fatigue chronique	38

Troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales	39
Thérapies basées sur la pleine conscience	40
Pleine conscience de première génération et fibromyalgie	45
Pleine conscience de deuxième génération et fibromyalgie	45
Pleine conscience et syndrome du côlon irritable.....	49
Pleine conscience et syndrome de fatigue chronique	50
Pleine conscience et syndrome de détresse corporelle	51
Thérapie d'acceptation et d'engagement	53
ACT et fibromyalgie.....	55
ACT et syndrome du côlon irritable	56
ACT et syndrome de fatigue chronique	59
ACT et syndrome de détresse corporelle	61
Thérapies psychodynamiques	62
Psychothérapies psychodynamiques brèves	65
Psychothérapie psychodynamique intensive brève.....	66
Thérapie par la conscience et l'expression émotionnelle	70
Thérapie interpersonnelle dynamique.....	74
Thérapie psychodynamique-interpersonnelle	77
Méta-analyse sur l'ensemble des PPD-brèves	79
Thérapies intégratives et multidisciplinaires.....	83
Facteurs ayant une influence sur la psychothérapie.....	87
Discussion	95

Réflexion concernant les limites générales de ce champ d'étude	96
Synthèse et critique des résultats	106
Discussion sur l'efficacité des thérapies selon les orientations théoriques.....	106
Éléments importants à considérer avant et pendant la thérapie	111
Résultats selon les types de diagnostics et les profils de personnalité.....	113
Nombre de rencontres et durée de la psychothérapie	114
Amélioration post-traitement	116
Place du psychothérapeute	116
Limites de l'essai et recommandations pour études ultérieures.....	117
Conclusion	120
Références	123

Liste des tableaux

Tableau

1	Études répertoriées pour les thérapies cognitivo-comportementales	24
2	Études répertoriées pour la 3 ^e vague des thérapies cognitivo-comportementales.....	25
3	Liste des études répertoriées pour les thérapies psychodynamiques	27
4	Études répertoriées pour les thérapies intégratives et multidisciplinaires ainsi que les facteurs ayant une influence sur la psychothérapie	28

Liste des abréviations et des sigles

ABCT:	<i>Attachment-Based Compassion Therapy</i>
ACT:	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> ; thérapie d'acceptation et d'engagement
ENCERT:	<i>Enriching Cognitive-Behavioral Therapy with Emotion Regulation Training</i>
MBCT:	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i> ; thérapie cognitive basée sur la pleine conscience
MBT:	<i>Mindfulness Based Therapy</i> ; thérapie basée sur la pleine conscience
MBSR:	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
PC :	Pleine conscience
PPD :	Psychothérapie psychodynamique
PPD-brève :	Psychothérapie psychodynamique brève
PPDI :	Psychothérapie psychodynamique interpersonnelle
PPDi-brève :	Psychothérapie dynamique intensive brève
SME :	Symptôme médicalement expliqué
SMI :	Symptôme médicalement inexpliqué
SCI :	Syndrome du côlon irritable
SFC :	Syndrome de fatigue chronique
SSF :	Syndrome somatique fonctionnel
TCC :	Thérapie cognitivo-comportementale
TSF :	Trouble somatique fonctionnel

Remerciements

J'aimerais remercier mes proches. Ma famille, mon copain, mes amis. Vous m'avez apporté, chacun à votre façon, une aide précieuse durant mon parcours et je ne saurais vous dire à quel point je vous en suis reconnaissante. Je réalise que la force d'avancer vers un projet significatif nécessite indéniablement la connexion à l'autre et à ce titre, je me considère chanceuse d'avoir autour de moi des personnes comme vous.

Je termine en formulant un merci tout singulier pour Lyson Marcoux, ma directrice. Lyson, merci pour ton accompagnement et ton soutien. Tes idées débordantes et ton dynamisme ont su nourrir mon intérêt pour l'univers de la recherche.

Introduction

Les professionnels de la santé et les médecins sont souvent confrontés à des patients qui ressentent des symptômes physiques pour lesquels aucune cause médicale n'est associée. Le terme « symptômes médicalement inexplicables » (SMI) est souvent utilisé pour faire référence au vécu de ces patients, car il met de l'avant leur tronc commun, c'est-à-dire la présence de symptômes physiques pour lesquels il n'y a pas de cause identifiable. Toutefois, de nombreux autres termes existent pour désigner ce phénomène, dont « somatisation », « symptômes fonctionnels », « troubles somatoformes » ainsi que « syndromes et troubles somatiques fonctionnels ». Outre l'absence de consensus sur la nosologie existante au sein de la littérature scientifique, les conditions entourant la somatisation sont relativement fréquentes et elles représentent une réelle source de souffrance pour l'individu qui en est atteint.

Il nous arrive à tous de vivre un malaise ou l'apparition d'un symptôme sans qu'une cause médicale précise n'y soit associée (Hiller et al., 2006). Parmi les symptômes les plus fréquents, on retrouve notamment des intolérances alimentaires, des douleurs (dorsales, articulaires, migraineuses), des problèmes musculaires, gastro-intestinaux ou encore cardiovasculaires (Hiller et al., 2006; Rief et al., 2001). Dans la majorité des cas, ces symptômes sont transitoires et finissent par disparaître sans qu'une consultation médicale ne soit nécessaire, ni même envisagée (Cathébras, 2006). Or, il arrive que les

symptômes soient dérangeants au point de mener à une consultation auprès d'un professionnel de la santé.

Lorsqu'aucune cause médicale explicative n'est relevée après une consultation, les patients sont parfois rassurés et leurs symptômes finissent par disparaître d'eux-mêmes, sans traitement ou investigation médicale supplémentaire. Cependant dans certains cas, les symptômes persistent, de même que l'inquiétude les concernant. Les patients peuvent alors multiplier les consultations médicales ou encore être référés en médecine spécialisée pour des examens supplémentaires (Cathébras, 2006). Environ 2 % de la population générale ferait l'expérience de tels symptômes physiques médicalement inexpliqués persistants et récurrents au point de multiplier les consultations médicales (McGorm et al., 2010; Verhaak et al., 2006). On estime d'ailleurs que les SMI représenteraient entre 15 et 33 % de toutes les consultations au sein des services de santé de première ligne (p. ex., médecin de famille) (Kirmayer et al., 2004; Kroenke, 2003) et qu'au moins un symptôme médicalement inexpliqué serait diagnostiqué chez environ 50 % des patients en soins de santé primaires (Haller et al., 2015).

En somme, nous pouvons voir les SMI sur un continuum allant des symptômes transitoires bénins aux symptômes invalidants et persistants qui causent souffrances et incapacités dans les cas les plus sévères (Cathébras, 2006). Plus on s'approche du pôle sévère, plus il s'agit d'un problème majeur tant pour l'individu que pour la société (Creed et al., 2011).

La persistance des symptômes physiques non expliqués contribue à une charge sociétale élevée. On pense ici à l'importante utilisation du système de soins de santé publique, l'absentéisme au travail, la diminution de productivité, les altérations des capacités fonctionnelles à un point tel que les individus qui en souffrent montrent une qualité de vie comparable ou même inférieure à celle des patients souffrant de maladies physiques chroniques médicalement expliquées, indépendamment de la présence de comorbidités (Barsky et al., 2005; Grupp et al., 2017; Harris et al., 2009; Hiller et al., 2003; Hoedeman et al., 2010; Konnopka et al., 2013; Rask et al., 2015; Reid et al., 2002; Zonneveld et al., 2013).

Les patients souffrant de SMI montrent d'ailleurs des taux élevés de comorbidités et plus particulièrement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux (De Waal et al., 2004; Steinbrecher et al., 2011; van Eck van der Sluijs et al., 2015). La présence de troubles psychiatriques chez ces patients complexifie le portrait clinique en intensifiant le niveau d'invalidité et d'altération du fonctionnement quotidien (Creed et al., 2011; van der Leeuw et al., 2015).

L'absence de diagnostic précis et de traitement curatif fait en sorte que les patients se découragent, deviennent insatisfaits des services médicaux, méfiants et se sentent incompris, voire même rejetés par leur médecin (Dickson et al., 2007; Frostholm et al., 2010; Nettleton, 2006; Peters et al., 2009; Ring et al., 2004; Salmon et al., 1999).

La relation entre le médecin et le patient en contexte de somatisation peut être vécue difficilement de part et d'autre et rendre la prise en charge très ardue. Des études documentent l'expérience d'impuissance et de frustration que peuvent vivre les soignants confrontés à la présence de SMI chez leurs patients (Fischhoff & Wessely, 2003; Hartz et al., 2000; Maatz et al., 2016; Shattock et al., 2013; Wileman et al., 2002). D'ailleurs, il semble que les personnes qui présentent ce portrait clinique soient parfois qualifiées de « difficiles » (Fischhoff & Wessely, 2003; Reid et al., 2001). Cette expression cache en fait une grande complexité dans l'expérience des soignants. Elle ne fait pas référence à une caractéristique personnelle du patient lui-même, mais plutôt au contexte exigeant, tant sur le plan de la prise en charge de tels patients que sur le plan émotionnel pour les soignants (Maatz et al., 2016; Murray et al., 2016; Sarradon-Eck et al., 2020). S'ajoute à cette situation déjà ardue, un manque de formation et de soutien décisionnel (Maatz et al., 2016; Murray et al., 2016; Sarradon-Eck et al., 2020) qui entraîne une surutilisation des ressources et une augmentation des risques iatrogènes comme des investigations de plus en plus invasives et des traitements chirurgicaux ou expérimentaux onéreux. Un exemple probant est l'augmentation des prescriptions d'opioïdes chez les patients souffrant de conditions liées à la somatisation malgré le fait qu'elles soient non recommandées et qu'elles comportent des risques importants (Cathébras, 2006; Fitzcharles et al., 2011; Page & Wessely, 2003; van der Feltz-Cornelis et al., 2012).

Bien que les différentes données présentées jusqu'à maintenant proviennent d'études qui, pour certaines, datent de plusieurs années et ne sont pas réalisées en contexte québécois, elles permettent tout de même une vue d'ensemble pertinente des enjeux qu'impliquent les différentes conditions reliées à la somatisation. Elles nous éclairent sur la nécessité d'aider et d'accompagner les patients aux prises avec une telle souffrance et l'une des voies possibles est la psychothérapie. Dans les dernières années, plusieurs recherches ont été conduites pour examiner l'efficacité des psychothérapies auprès de cette population. Le champ est large et il importe d'éclairer le clinicien sur les meilleures avenues de traitements. La présente étude vise donc à faire un état critique des recherches des onze dernières années sur l'efficacité des traitements psychologiques auprès d'échantillons de patients représentant différentes conditions entourant la somatisation.

Un tour d'horizon du champ lexical des conditions entourant la somatisation sera d'abord présenté. Ensuite la méthodologie utilisée, puis les résultats sont exposés, suivis d'une discussion critique de ceux-ci et d'une conclusion.

Contexte théorique

Cette section présente les différents termes entourant le champ de la somatisation et elle permet de préciser la démarche méthodologique utilisée. Le lecteur trouvera un glossaire des différents sigles qui sont utilisés tout au long de l'essai au début du document.

Définitions des concepts entourant la somatisation

La somatisation est un terme controversé qui a été défini de plusieurs façons. La définition retenue pour le présent essai est celle de Lipowski (1987) qui la définit comme une tendance à rendre compte d'une souffrance intrapsychique en des termes somatiques. Pour lui, il s'agit d'expérimenter et de communiquer une détresse psychique sous la forme de symptômes physiques pour lesquels une aide médicale est recherchée (Lipowski, 1987).

Au sein de la littérature, plusieurs termes existent pour rendre compte du phénomène de la somatisation. Parmi les expressions les plus répandues, on retrouve : (1) symptôme médicalement inexpliqué (SMI); (2) symptôme fonctionnel; (3) syndrome somatique fonctionnel (SSF); (4) trouble somatique fonctionnel (TSF); (5) trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle; (6) trouble somatoforme (DSM-IV) et trouble à symptomatologie somatique (DSM-5); ainsi que (7) syndrome de détresse corporelle. Voici une présentation de chacun.

Symptôme médicalement inexpliqué

L'expression « symptôme médicalement inexpliqué » (SMI) est utilisée pour décrire les symptômes physiques dérangeants, douloureux ou récurrents sans explication médicale reconnue ou dont l'étiologie organique n'est pas clairement établie (Cathébras, 2006). Les SMI s'opposent aux symptômes physiques qui ont une cause médicalement expliquée (SME) et ils supposent une certaine étiologie psychologique. Deary et ses collaborateurs (2007) indiquent que le terme SMI est utilisé dans trois contextes interreliés, soit pour : (1) désigner la survenue de symptômes en l'absence de pathologie évidente; (2) faire référence à des syndromes cliniques individuels, comme la fibromyalgie; et (3) faire référence aux troubles somatoformes du DSM-IV¹. On pourrait donc dire qu'il s'agit d'un terme non spécifique (Creed et al., 2011).

D'ailleurs, selon Jones (2019) il s'agit d'une étiquette trop générale qui rassemble plusieurs phénomènes potentiellement différents et qui devrait donc être abandonnée en faveur de l'étude des symptômes spécifiques. Creed et ses collègues (2010) jugent également qu'il serait préférable d'en cesser l'utilisation, et ce, pour différentes raisons. Entre autres, ils mentionnent que cette appellation renforce la fausse dualité entre l'organique et le psychologique. Puis, il s'agit d'un « non-diagnostic » qui ne donne aucune indication sur la nature du problème, alors que cet aspect est important pour le patient qui recherche une validation de sa souffrance. En n'obtenant pas de diagnostic précis auprès du médecin qu'il consulte, le patient n'obtient pas d'explication à sa

¹ Le DSM-5 n'était pas encore édité en 2007, année de publication de l'article de Deary et al. (2007).

difficulté et peut avoir le sentiment que son expérience est invalidée. Bien que plusieurs auteurs aient pointé la pertinence d'en cesser l'utilisation, ce terme demeure bien présent au sein de la littérature scientifique (p. ex., Billones et al., 2020; Sarter et al., 2021; Town et al., 2019).

Symptôme fonctionnel

Le terme « symptôme fonctionnel » est équivalent à celui de SMI. Il est aussi utilisé par les médecins pour faire référence aux symptômes pour lesquels aucune cause médicale n'a pu être mise en évidence après un examen complet. Les symptômes fonctionnels s'opposent donc aux symptômes d'origine organique (Cathébras, 2006).

Syndrome somatique fonctionnel

Lorsque plusieurs symptômes fonctionnels coexistent simultanément chez un même patient, on parle alors de « syndrome somatique fonctionnel » (SSF; « *functional somatic syndrom* »). Il s'agit d'étiquettes médicales descriptives posées par les médecins en présence d'un ensemble de symptômes fonctionnels précis, souvent émis au terme de diagnostic d'exclusion des autres pathologies possibles. On retrouve un SSF dans presque toutes les spécialités médicales (p. ex., syndrome du côlon irritable en gastro-entérologie, fibromyalgie en rhumatologie, douleur pelvienne chronique en gynécologie et douleur thoracique non-cardiaque en cardiologie). Les SSF possèdent généralement une étiologie impliquant des mécanismes physiopathologiques et psychologiques qui sont encore à l'étude.

Les trois syndromes somatiques fonctionnels les plus connus et étudiés sont la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable (SCI), et le syndrome de fatigue chronique (SFC) (Henningsen et al., 2018). La fibromyalgie se caractérise principalement par une douleur musculaire, des points sensibles douloureux, des troubles du sommeil et de la fatigue. Des troubles cognitifs et des troubles de l'humeur sont également courants (Wolfe et al., 2010, 2011, 2014). Le SCI se manifeste par des épisodes de douleur ou d'inconfort abdominal associés à une modification des habitudes intestinales et de la consistance des selles (Longstreth et al., 2006). Puis, le SFC, aussi appelé encéphalomyélite myalgique, est défini comme une fatigue persistante, accompagnée de détérioration importante du fonctionnement de la vie quotidienne ainsi que de certains symptômes comme des problèmes de mémoire et de concentration ainsi que des douleurs musculaires (Baker & Shaw, 2007).

Certains auteurs remettent en question la scission des différents SSF et suggèrent qu'il s'agit davantage d'un artefact de la spécialisation médicale que de plusieurs syndromes distincts les uns des autres. Puisque les différents SSF possèdent de nombreux symptômes communs, un même patient pourrait se voir attribuer un syndrome différent selon la spécialité médicale qu'il consulte (Rabhi et al., 2010). Des auteurs suggèrent que les différents syndromes devraient être regroupés en une seule entité de laquelle se déclinent différents sous-types (Fink & Schröder, 2010). Les arguments en faveur d'un regroupement des SSF reposent surtout sur leur cooccurrence fréquente et leurs nombreux facteurs communs, notamment au niveau des critères diagnostiques, de

l'étiologie, de la physiopathologie, des caractéristiques des patients et des réponses aux traitements (Aaron & Buchwald, 2001; Aggarwal et al., 2006; Fink & Schröder, 2010). Kato et ses collaborateurs (2010) proposent de revoir la classification des SSF en syndromes simples ou multiples. D'autres chercheurs défendent la position selon laquelle les différents syndromes doivent continuer d'être classés distinctement étant donné leur hétérogénéité (p. ex., Savall et al., 2019). Finalement, des auteurs ont identifié des preuves qui appuient à la fois la séparation des différents SSF et leur rassemblement (Lacourt et al., 2013). White (2010) suggère que nous devrions nous intéresser aux deux points de vue à la fois (regroupement et séparation des SSF). C'est d'ailleurs la position retenue dans le présent essai.

Trouble somatique fonctionnel

Le terme générique « trouble somatique fonctionnel » (TSF; « *functional somatic disorder* ») a très récemment été suggéré pour désigner divers symptômes physiques persistants et gênants (Burton et al., 2020). Cette appellation vise à occuper un espace neutre entre les pôles de l'esprit et du corps étant donné les preuves étiologiques des dernières années, montrant des interactions complexes entre le cerveau et le corps ainsi que la nécessité de résoudre le clivage entre les deux (Burton et al., 2020). Il est proposé de garder une double filiation pour les syndromes qui concordent avec un TSF, mais qui concernent un système d'organe spécifique (p. ex., le syndrome du côlon irritable comme trouble gastro-intestinal et comme TSF). Le TSF est un diagnostic essentiellement d'ordre clinique pouvant être établi grâce à un schéma de symptômes

caractéristiques et qui possède trois catégories : multisystème, système unique et symptôme unique (Burton et al., 2020).

Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle

Il existe une division entre les symptômes fonctionnels d'ordre neurologique (p. ex., trouble de la vision) et non neurologique (p. ex., douleur physique, fatigue). Aussi appelé trouble de conversion, le trouble neurologique fonctionnel est une altération de la fonction motrice ou sensorielle volontaire, provoquant une détresse ou une déficience et ayant des résultats cliniques incompatibles avec une maladie organique (American Psychiatric Association [APA], 2015).

Certains auteurs suggèrent qu'il serait plus juste de regrouper les symptômes neurologiques et non neurologiques en un seul phénomène, puisque des études montrent que de nombreux patients développent les deux à la fois (p. ex., Scamvougeras & Howard, 2020).

En revanche, d'autres données portent à croire que bien qu'ils partagent des similarités notables avec les symptômes somatiques non neurologiques, les troubles neurologiques fonctionnels possèdent également des signes distinctifs importants. Notamment, des données suggèrent que les patients atteints de trouble neurologique fonctionnel présentent généralement des déficiences neurologiques plus prépondérantes que les patients avec des troubles fonctionnels non neurologiques (p. ex., en termes de

vitesse de traitement de l'information). Ce faisant, l'effet de la psychothérapie pourrait être plus limité chez ces patients (de Vroege et al., 2021). Ainsi, pour le présent essai, nous adoptons la position suggérant la séparation de ces deux concepts et nous excluons les troubles neurologiques fonctionnels.

Trouble somatoforme et trouble à symptomatologie somatique

L'apparition du groupe des « Troubles somatoformes » dans le DSM-III remonte aux années 80 (APA, 1980). Le suffixe « soma » signifie « corps » et celui de « forme » signifie « qui ressemble à ». Les troubles somatoformes sont donc des troubles qui ressemblent à des maladies du corps. La principale caractéristique diagnostique du trouble somatoforme est l'existence de symptômes physiques pour lesquels il n'y a pas d'explication médicale, ni altération lésionnelle ou organique (American Psychiatric Association [APA], 2004; Waller & Scheidt, 2006). Ce critère était essentiel au diagnostic de trouble somatoforme selon le DSM-IV-TR (APA, 2004). Cette catégorie et le concept même de trouble somatoforme ont toutefois été vivement critiqués par la communauté scientifique (p. ex., Mayou et al., 2005) et des suggestions ont été faites par différents auteurs (p. ex., van der Feltz-Cornelis & van Balkom, 2010) pour modifier cette catégorie dans le DSM-5.

Le DSM-5 renomme donc la catégorie des troubles somatoformes par « Troubles à symptomatologie somatique et apparentés ». Les sous-catégories sont : (a) trouble à symptomatologie somatique; (b) crainte excessive d'avoir une maladie (anciennement

nommé hypochondrie et désormais compris comme une phobie spécifique); (c) trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (anciennement nommé trouble de conversion); (d) facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales; (e) trouble factice; (f) autre trouble à symptomatologie somatique spécifié; et (g) trouble à symptomatologie somatique non spécifié (APA, 2015).

Parmi ces derniers, le trouble se rapprochant le plus des trois étiquettes présentées précédemment est le trouble à symptomatologie somatique. Il se définit comme un syndrome caractérisé par des plaintes somatiques persistantes et cliniquement significatives accompagnées de pensées, sentiments et comportements excessifs et disproportionnés en ce qui concerne la santé et les symptômes physiques (APA, 2015).

Comme recommandé par plusieurs experts, le DSM-5 a retiré de la nouvelle classification le critère selon lequel les symptômes doivent être médicalement inexpliqués. L'accent se porte maintenant sur la gestion des symptômes physiques plutôt que sur leur cause (APA, 2015; Rief & Martin, 2014). Une attention particulière est mise sur l'impact des symptômes somatiques sur les pensées, sentiments et comportements de la personne. La détresse psychique ou les perturbations comportementales associées aux symptômes physiques deviennent des critères obligatoires. Ainsi, tout comme les individus ayant des SMI, les personnes dont les symptômes sont médicalement expliqués, mais qui s'inquiètent outre mesure, peuvent aussi se voir attribuer le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, selon le DSM-5. Ce faisant, les

études qui portent sur une population qui présente des troubles somatoformes du DSM-IV ne sont pas toutes généralisables à la population des troubles à symptomatologie somatique du DSM-5. On retiendra que le nouveau diagnostic du DSM-5 est plus inclusif. Toutefois, il est aussi critiqué pour son manque de spécificité étant donné, comme mentionné, qu'il inclut autant les troubles médicalement expliqués que ceux qui ne le sont pas (p. ex., Frances, 2013; Häuser & Wolfe, 2013; Scamvougeras & Howard, 2020; Wolfe et al., 2014).

Syndrome de détresse corporelle

Un nombre important de données probantes suggèrent que les SSF et troubles somatoformes appartiennent en fait à un phénomène commun (Budtz-Lilly et al., 2015). Dans cette perspective, le terme « syndrome de détresse corporelle » (« *bodily distress syndrome* ») a été proposé à titre de concept diagnostic pour regrouper la plupart des SSF et troubles somatoformes (Fink et al., 2007). En évaluant ce nouveau concept, Fink et Schröder (2010) arrivent à la conclusion que ce dernier englobe efficacement dix SSF dont la fibromyalgie, le SCI et le SFC et les troubles somatoformes.

Le syndrome de détresse corporelle est basé sur 25 symptômes somatiques qui sont divisés en quatre systèmes : (1) cardiopulmonaire (palpitations/battements cardiaques, gêne précordiale, essoufflement sans effort, hyperventilation, sueurs chaudes ou froides, sécheresse de la bouche); (2) gastro-intestinal (douleurs abdominales, selles molles fréquentes, sensation de ballonnement/gaz, régurgitations, diarrhée, nausées, sensation

de brûlure dans la poitrine ou l'épigastre); (3) musculosquelettique (douleurs dans les bras, les jambes, le dos ou les articulations, courbatures ou douleurs musculaires, sensation de parésie ou de faiblesse localisée, douleurs de déplacement d'un endroit à un autre, engourdissements désagréables ou sensations de picotements); et (4) symptômes généraux (difficultés de concentration, troubles de la mémoire, fatigue excessive, maux de tête, vertiges). Il existe deux sous-types à identifier selon la sévérité : (1) de type à un seul organe (lorsqu'un ou deux systèmes sont touchés); et (2) de type multi-organes (lorsque trois ou quatre systèmes sont touchés) (Fink et al., 2007; Fink & Schröder, 2010). La détresse corporelle n'est pas conceptualisée comme une réponse psychologique inadaptée à des symptômes physiques, mais il est reconnu que des facteurs psychologiques et comportementaux peuvent être impliqués dans son déclenchement et son maintien (Fink et al., 2007; Fink & Schröder, 2010).

La validité du concept diagnostique du syndrome de détresse corporelle a été confirmée pour le regroupement des SSF (Petersen et al., 2020), mais aussi pour ce qui est de détecter les troubles à symptomatologie somatiques du DSM-5 (Wertenbruch-Rocke et al., 2021). Or, les auteurs d'une récente étude allemande concluent qu'il existe un important chevauchement entre le diagnostic de syndrome de détresse corporelle et celui de fibromyalgie, mais pas avec celui du trouble à symptomatologie somatique du DMS-5 (H user et al., 2020). Il n'est donc pas clair si le nouveau diagnostic de trouble à symptomatologie somatique du DSM-5 fait partie des concepts qu'englobe le syndrome de détresse corporelle. Finalement, il n'est pas non plus certain que le syndrome de

détresse corporelle inclut véritablement tous les patients atteints de symptômes somatiques, car un petit nombre d'entre eux, qui présenteraient des SSF rares ou très peu de symptômes invalidants, ne seraient pas inclus dans cette catégorie (Budtz-Lilly et al., 2015). Il s'agirait donc possiblement d'un diagnostic qui représente davantage les patients plus sévèrement atteints.

Autres termes

Il y a lieu de distinguer la somatisation de la maladie psychosomatique, deux concepts parfois confondus et considérés comme équivalents. En fait, ces deux termes sont considérés comme des synonymes par certains auteurs alors que pour d'autres, le terme « psychosomatique » renvoie à une altération organique exacerbée par des facteurs psychologiques (p. ex., facteurs émotionnels ou stress). Afin d'éviter toute confusion, nous excluons le terme « psychosomatique » qui a d'ailleurs été modifié par « facteurs psychologiques affectant les conditions médicales » dès le DSM-IV-TR (APA, 2004). La somatisation doit aussi être distinguée de l'hypocondrie qui réfère à la crainte excessive d'avoir une maladie. Bien que l'hypocondrie et les symptômes somatiques puissent être tous deux présents chez une même personne, il s'agit de concepts distincts (Clarke et al., 2008; Lee et al., 2015; Leibbrand et al., 2000; Noyes et al., 2006).

On retiendra que la façon de nommer le phénomène varie grandement lorsqu'il est question du champ de la somatisation. Chaque discipline possède sa propre étiquette.

L'univers psychiatrique utilise les termes du DSM comme les troubles somatoformes du DSM-IV et les troubles à symptomatologie somatique du DSM-5, alors qu'en médecine générale on retrouve plus fréquemment les termes SMI, symptôme fonctionnel ainsi que SSF. De plus, comme mentionné, chaque spécialité médicale possède son propre diagnostic pour un ensemble de symptômes physiques fonctionnels, comme la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable (SCI) et le syndrome de fatigue chronique (SFC). Quant aux psychologues, ils semblent utiliser plusieurs étiquettes diagnostiques (Weigel et al., 2020).

Des auteurs tentent de résoudre le problème des nombreuses étiquettes en examinant la pertinence de les regrouper. Plusieurs concepts ont été proposés en ce sens comme les troubles somatiques fonctionnels (Burton et al., 2020) et le syndrome de détresse corporelle (Fink et al., 2007). D'autres auteurs plaident plutôt en faveur de la séparation des différents concepts. Bien qu'aucun consensus n'ait encore été établi, des preuves récentes semblent soutenir les deux points de vue, suggérant qu'il existe à la fois des points communs et une hétérogénéité dans les nosographies actuelles (p. ex., Burton et al., 2020; Lacourt et al., 2013; White, 2010). À la lumière des récents développements et dans le but d'assurer des critères d'inclusion complets et intégratifs, le présent essai examinera l'ensemble des conditions entourant la somatisation présentée ci-haut, à la seule exception des troubles neurologiques fonctionnels. Comme mentionné plus haut, en raison de déficiences neurologiques plus importantes, ces derniers peuvent impliquer une réponse différente à la psychothérapie.

Méthode

Les bases de données consultées pour cet essai sont PsycINFO et PsyARTICLE. Nous avons d'abord utilisé les mots clés : « *Somatic disorder** », « *Somatoform disorder** » et « *Psychotherap** ». Puis, afin d'élargir le champ de recherche et dans un but de produire un état des lieux se voulant le plus exhaustif en regard des différentes appellations, tout en considérant qu'aucun consensus ne soit encore établi concernant celles-ci, nous avons ajouté les mots clés : « *Medically Unexplained Symptom** », « *Functional Symptom** », « *Bodily distress syndrom** », « *Functional somatic syndrome** », « *Functional somatic symptom** », « *Chronic fatigue syndrome* », « *Irritable bowel syndrome* », « *Fibromyalgia* » et « *Somatization* ». Nous avons également retenu les articles cités dans les listes de références des articles consultées lorsqu'ils correspondaient aux critères d'inclusion.

Aux vues des différents points de vue entourant le champ lexical, nous avons choisi, comme mentionné plus tôt, de nous baser sur la recommandation de White (2010) qui suggère d'étudier le champ de la somatisation à la fois de façon globale et spécifique. Ce faisant, les différentes appellations ont été incluses dans notre recherche. Il est à noter que les termes changeront dans la présentation des résultats, et ce, par respect pour les protocoles scientifiques des auteurs rapportés.

Le processus de sélection des articles pertinents s'est déroulé en plusieurs étapes. D'abord, un premier tri a été effectué à partir des titres des articles obtenus dans les bases de données. Ensuite, un deuxième tri a été réalisé à la lecture des résumés des différents articles. Puis, des articles cités par les auteurs des études retenues ont été sélectionnés lorsque pertinents. Qu'il s'agisse des études obtenues directement de la consultation des bases de données ou des références complémentaires tirées des articles consultés, tous les articles ont été sélectionnés en fonction des critères de sélection présentés ci-dessous.

Les critères d'inclusion pour que les articles soient retenus sont les suivants : (1) études ayant développé, commenté, proposé ou évalué des traitements issus des différents courants en psychologie pour des patients qui présentent une condition de somatisation; (2) la population à l'étude dans l'échantillon doit être âgée de 18 ans et plus; (3) les articles doivent être rédigés en français ou en anglais; et (4) la date de publication des articles doit être entre 2010 et 2021. Nous avons limité nos recherches aux dernières onze années pour deux raisons. Premièrement, plusieurs études sont des méta-analyses et revues de la littérature qui reprennent les études publiées avant 2010. Deuxièmement, le champ des traitements psychologiques pour les conditions somatiques étant en expansion dans les dernières années, nous voulions un compte rendu des plus récents développements.

Les critères d'exclusion pour juger de la non-pertinence des articles sont les suivants : (1) la présence de variables trop confondantes (p. ex., comorbidité avec un trouble alimentaire) qui pourraient interférer avec les résultats de manière significative; (2) lorsqu'il est question d'hypocondrie ou d'anxiété reliée à la santé; et (3) lorsqu'il est question de symptômes d'ordre neurologique (trouble neurologique fonctionnel ou conversion). Comme mentionné plus tôt, bien que l'hypocondrie et les symptômes somatiques peuvent se manifester en comorbidité, il s'agit de deux concepts distincts qu'il y a lieu de séparer (Clarke et al., 2008; Lee et al., 2015). Les symptômes fonctionnels neurologiques et non neurologiques peuvent être concomitants. Cependant, il semble y avoir des différences importantes qui peuvent même influencer l'efficacité de la psychothérapie (de Vroege et al., 2021).

Après avoir pris connaissance des articles, il nous a été possible d'organiser la présentation des résultats selon les grands courants théoriques suivants : thérapies cognitivo-comportementales ($n = 22$ études), 3^e vague des thérapies cognitivo-comportementales ($n = 30$ études), thérapies psychodynamiques ($n = 15$ études), thérapies intégratives et multidisciplinaires, puis facteurs ayant une influence sur la psychothérapie ($n = 7$ études). Le lecteur trouvera la liste des articles retenus pour les résultats dans les Tableaux 1, 2, 3 et 4.

Tableau 1*Études répertoriées pour les thérapies cognitivo-comportementales*

Auteurs	Modalités d'intervention	Populations cibles
Bernardy et al., 2013	TCC	Fibromyalgie
Bernardy et al., 2018*,**	TCC	Fibromyalgie
Glombiewski et al., 2010*	TCC	Fibromyalgie
Nüesch et al., 2013*	TCC	Fibromyalgie
Thieme et al., 2017	TCC	Fibromyalgie
Dai et al., 2020*	TCC	SCI
Li et al., 2014*	TCC	SCI
Radu et al., 2018*	TCC	SCI
Radziwon & Lackner, 2017	TCC	SCI
Windgassen et al., 2017**	TCC	SCI
Windgassen et al., 2019	TCC	SCI
Geraghty et al., 2017	TCC	SFC
Geraghty & Blease, 2018	TCC	SFC
Geraghty et al., 2019	TCC	SFC
Wilshire et al., 2018	TCC	SFC
Kleinstäuber et al., 2016	TCC (ENCERT)	SMI
Kleinstäuber et al., 2019	TCC (ENCERT)	SMI
Menon et al., 2017*,**	TCC	SMI
Sarter et al., 2021*	TCC	SMI
Jing et al., 2019*	TCC	SMI et trouble somatoforme
van Dessel et al., 2014	TCC	SMI et trouble somatoforme
Yoshino et al., 2019	TCC	SMI et trouble somatoforme

Note. TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; SMI = symptômes médicalement inexpliqués; ENCER = *Enriching Cognitive-Behavioral Therapy with Emotion Regulation Training*; SCI = syndrome du côlon irritable; SFC = syndrome de fatigue chronique. * méta-analyse; ** revue de la littérature.

Tableau 2

Études répertoriées pour la 3^e vague des thérapies cognitivo-comportementales

Auteurs	Modalités d'intervention	Populations cibles
Amutio et al., 2018	<i>Meditación-Fluir</i>	Fibromyalgie
D'Amico et al., 2020	ABCT	Fibromyalgie
Henke & Chur-Hansen, 2014**	MBT	Fibromyalgie
Lauche et al., 2013*, **	MBSR	Fibromyalgie
Legand et al., 2019**	ACT	Fibromyalgie
Montero-Marin et al., 2018	ABCT	Fibromyalgie
Simister et al., 2018	ACT	Fibromyalgie
Van Gordon et al., 2017	<i>Meditation awareness training</i>	Fibromyalgie
Aktaş et al., 2019*	MBT	Fibromyalgie, SCI et SFC
Aghalar et al., 2020	ACT	SCI
Ferreira et al., 2018	ACT	SCI
Gillanders et al., 2017	ACT	SCI
Henrich et al., 2020	MBCT	SCI
Ito & Muto, 2020	ACT	SCI
Kamalinejad & Amiri, 2019	ACT	SCI
Mirsharifa et al., 2019	ACT	SCI
Sebastián Sánchez et al., 2017	ACT	SCI
Zomorodi et al., 2014	MBSR	SCI
Brugnera et al., 2021	ACT	SFC
Jacobsen et al., 2017	ACT	SFC
Jonsj et al., 2019	ACT	SFC
Rimes & Wingrove, 2013	MBCT	SFC
Roche et al., 2017	ACT	SFC
Sollie et al., 2017	MBCT	SFC

Tableau 2

Études répertoriées pour la 3^e vague des thérapies cognitivo-comportementales (suite)

Auteurs	Modalités d'intervention	Populations cibles
Billones et al., 2020*	MBT	SMI
van Ravesteijn et al., 2013	MBCT	SMI
Fjorback et al., 2013	MBSR	Syndrome de détresse corporelle
Pedersen et al., 2019	ACT	Syndrome de détresse corporelle
Givehki et al., 2018	ACT	Trouble à symptomatologie somatique
Lakhan & Schofield, 2013*,**	MBT	Trouble de somatisation

Note. TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; SMI = symptômes médicalement inexpliqués; ENCERT = *Enriching Cognitive-Behavioral Therapy with Emotion Regulation Training*; MBT = Thérapie basée sur la pleine conscience; SCI = syndrome du côlon irritable; SFC = syndrome de fatigue chronique; MBSR = *Mindfulness Based Stress Reduction*; ABCT = *Attachment-based compassion therapy*; MBCT = thérapie cognitive basée sur la pleine conscience; ACT = thérapie d'acceptation et d'engagement.
 * méta-analyse; ** revue de la littérature.

Tableau 3*Liste des études répertoriées pour les thérapies psychodynamiques*

Auteurs	Modalités d'intervention	Populations cibles
Lumley et al., 2017	EAET	Fibromyalgie
Thakur et al., 2017	EAET	SCI
Cooper et al., 2017	PPDi-brève	SMI
Selders et al., 2015	TID	SMI
Town et al., 2019	PPDi-brève	SMI
Ziadni et al., 2018	EAET	SMI
Abbass et al., 2012*, **	PPDi-brève	SSF
Laskoski et al., 2020, 2021	PPD	Trouble à symptomatologie somatique
Maroti et al., 2021	EAET	Trouble à symptomatologie somatique
Humer et al., 2021	PIT	Troubles multisomatoformes
Sattel et al., 2012	PIT	Troubles multisomatoformes
Nolte et al., 2016	PPD	Trouble somatoforme
Abbass et al., 2020*	PPD-brèves	TSF
Abbass et al., 2021*, **	PPD-brèves	TSF

Note. PPD = Thérapie psychodynamique; PPDi-brève = Psychothérapie psychodynamique intensive brève; SSF = Syndrome somatique fonctionnel; SMI = Symptômes médicalement inexpliqués; EAET = Thérapie par la conscience et l'expression émotionnelle; SCI = Syndrome du côlon irritable; TID = Thérapie interpersonnelle dynamique; PIT = Thérapie psychodynamique-interpersonnelle; TSF = Troubles somatiques fonctionnels. * méta-analyse; ** revue de la littérature.

Tableau 4

Études répertoriées pour les thérapies intégratives et multidisciplinaires ainsi que les facteurs ayant une influence sur la psychothérapie

Auteurs	Modalités d'intervention	Populations cibles
Balabanovic & Hayton, 2020	Engagement en thérapie	SMI
Krivzov et al., 2020	Dynamique interpersonnelle	SSF
Ranjan & Masroor, 2020	Thérapie multimodale	Trouble de somatisation
de Greck et al., 2012, 2013	PPD multimodale	Trouble somatoforme
Houtveen et al., 2015	Thérapie multidisciplinaire	Trouble somatoforme
Mander et al., 2017	Alliance thérapeutique	Trouble somatoforme

Note. PPD = Thérapie psychodynamique; SSF = Syndrome somatique fonctionnel; SMI = Symptômes médicalement inexpliqués.

Résultats

La présente section expose les résultats de la revue de littérature. Elle est divisée selon les grands courants théoriques suivants : thérapies cognitivo-comportementales, thérapies cognitivo-comportementales de 3^e vague, thérapies psychodynamiques, thérapies intégratives et multidisciplinaires, puis les facteurs ayant une influence sur la psychothérapie.

Thérapies cognitivo-comportementales

Le courant des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) appliqué aux conditions somatiques sur lesquelles porte cette section a principalement pour but d'aider les personnes à réévaluer leurs cognitions dysfonctionnelles liées aux symptômes physiques, c'est-à-dire, changer leurs schémas de pensées, modifier leur perception, introduire une modification du comportement relié aux symptômes physiques, et ce, afin de diminuer leur détresse et l'impact de leur état et ainsi améliorer la qualité de vie (Bernardy et al., 2018; Kleinstäuber & Rief, 2017). Les TCC visent principalement à aider l'individu à conjuguer avec ses symptômes physiques en modifiant son expérience. Pour se faire, elles proposent un large éventail de techniques et d'interventions comme la psychoéducation, les tâches à réaliser à domicile, la restructuration cognitive, l'apprentissage de la gestion du stress, l'exposition progressive et autres stratégies comportementales (Kleinstäuber & Rief, 2017).

Une revue de la littérature ainsi que deux méta-analyses concluent à l'efficacité supérieure de la TCC pour le traitement des SMI et troubles somatoformes en comparaison aux soins habituels (une consultation médicale), aux soins habituels améliorés (une consultation médicale et une séance d'information) et à une condition de contrôle (liste d'attente) (Jing et al., 2019; Menon et al., 2017; van Dessel et al., 2014). La TCC permettrait une diminution significative de la sévérité des symptômes somatiques ainsi que de la détresse psychologique (mesurée par l'anxiété et la dépression). Les effets positifs pourraient se maintenir de trois mois à un an après la thérapie (Jing et al., 2019). Les tailles d'effet variant toutefois de faibles à modérées (Jing et al., 2019; Menon et al., 2017; van Dessel et al., 2014). Jing et al. (2019) précisent que la TCC pourrait être plus efficace lorsque les intervenants suivent un manuel standardisé, que les séances ont une durée minimale de 50 minutes et que des stratégies affectives et interpersonnelles sont intégrées. Menon et al. (2017) suggèrent également que l'intensité et la durée de la TCC peuvent impacter son efficacité.

Les méta-analyses répertoriées comportent toutefois plusieurs limites. Elles incluent notamment des études hétérogènes, tant aux niveaux de leur conceptualisation de la somatisation que du contenu des TCC évaluées (p. ex., le nombre de sessions varie d'une seule à 16 au sein des études répertoriées dans la méta-analyse de Menon et al., 2017). Finalement, la TCC ne s'est pas montrée plus efficace que les conditions de contrôle pour la diminution du nombre de visites chez le médecin et l'amélioration du fonctionnement social (Jing et al., 2019).

Yoshino et ses collaborateurs (2019) tentent d'apporter une compréhension plus précise des facteurs de changement de la TCC salutaires pour les patients atteints de SMI. Ils ont trouvé une diminution de l'intensité des émotions négatives au cours d'une TCC significativement reliée à la diminution de la douleur. La diminution du catastrophisme de la douleur¹ était aussi significativement reliée à la diminution de la douleur. L'effet du phénomène émotif de régulation des affects négatifs sur la diminution de la douleur était toutefois plus important que celui des phénomènes cognitifs, soit la pensée catastrophique reliée à la douleur. Leur étude appuie l'idée selon laquelle l'incapacité à réguler adéquatement les émotions négatives (p. ex., comme celles résultant de conflits interpersonnels stressants) conduirait à une douleur plus intense chez les personnes atteintes de SMI et de troubles somatoformes. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec réserve puisqu'ils découlent d'un petit échantillon ($n = 38$). On note également l'absence d'un groupe témoin ainsi que la présence d'une forte comorbidité de dépression et d'anxiété en plus du SMI chez les participants.

D'autres auteurs ont aussi considéré pertinent d'enrichir la TCC pour la somatisation de stratégies de régulation des émotions (Kleinstäuber et al., 2016, 2019). Pour ce faire Kleinstäuber et ses collègues (2016, 2019) ont mis sur pied un programme nommé ENCERT (*Enriching Cognitive-Behavioral Therapy with Emotion Regulation Training*) qui comprend 20 séances individuelles et sept modules dont la visée globale

¹ Le catastrophisme de la douleur est défini comme un état cognitif et émotionnel dans lequel la personne amplifie la valeur de menace d'un stimulus douloureux, se sent impuissante face à sa douleur et présente une difficulté à inhiber ses pensées intrusives reliées à la douleur (Sullivan et al., 1995).

est d'aider les participants à apprendre à composer avec leurs émotions associées aux symptômes somatiques. L'étude réalisée pour évaluer si le programme ENCERT améliore le traitement TCC des patients atteints de SMI persistant (depuis au moins six mois) n'a pas montré une plus grande diminution de la sévérité des symptômes somatiques que la TCC traditionnelle. En revanche, les deux traitements possèdent des tailles d'effet de modérées à grandes sur différentes mesures (p. ex., sévérité des symptômes, qualité de vie, symptômes dépressifs et anxieux, capacité de régulation des émotions) suggérant une efficacité bonne et comparable de ces derniers. Les auteurs suggèrent que le nombre élevé de séances (trois à cinq rencontres d'introduction suivies de 20 séances thérapeutiques) peut expliquer les tailles d'effet plus grandes que ce qui est généralement rapporté dans les études sur l'efficacité de la TCC pour les SMI. Cet élément est en concordance avec les conclusions citées plus tôt de Jing et al. (2019) ainsi que Menon et al. (2017) qui suggéraient un impact de la durée et l'intensité de la TCC sur son efficacité. Finalement, les chercheurs indiquent que les patients ayant des troubles anxieux ou de l'humeur en comorbidité aux SMI pourraient être ceux qui bénéficient le plus de l'ENCERT (Kleinstäuber et al., 2019).

Par ailleurs, une méta-analyse de Sarter et al. (2021) suggère que certaines caractéristiques des patients atteints de SMI sont associées à de moins bons résultats de la TCC. Il s'agit de la présence de : (1) troubles de l'humeur; (2) troubles anxieux; (3) catastrophisme de la douleur; (4) tendance à l'amplification somatosensorielle;

(5) faible niveau d'acceptation des symptômes; et (6) faible niveau de sentiment d'autoefficacité dans la gestion des symptômes.

En outre, être atteint du SFC et de troubles de l'humeur ou d'anxiété en comorbidité, avoir un niveau plus faible d'acceptation des symptômes et de sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion des symptômes sont des éléments associés à une plus grande intensité des symptômes à la fin de la TCC. Puis, pour les patients atteints du SCI, les troubles anxieux en comorbidité, ainsi qu'une plus grande tendance à l'affectivité négative et à l'amplification somatosensorielle, de même qu'un niveau plus faible d'acceptation des symptômes et de sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion des symptômes sont des caractéristiques associées à une moins bonne efficacité des TCC (Sarter et al., 2021). En somme, cette méta-analyse apporte une conclusion intéressante selon laquelle les SMI touchent un ensemble de patients très hétérogènes et qu'un examen personnalisé de chaque condition devrait être priorisé afin de mieux saisir la singularité de la réalité des patients, de cibler leurs besoins particuliers et ainsi d'améliorer l'efficacité des traitements psychologiques (Sarter et al., 2021).

TCC et fibromyalgie

Pour ce qui est de la fibromyalgie, la TCC est un traitement de premier choix selon certaines lignes directrices (voir Thieme et al., 2017). L'ampleur des tailles d'effet de la TCC pour cette problématique varie toutefois de faible à modérée, selon plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Bernardy et al., 2013, 2018; Glombiewski et al., 2010).

Par ailleurs, certaines études n'ont révélé aucune différence significative entre l'efficacité de la TCC et le traitement pharmacologique recommandé pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie reliée à la santé des personnes atteintes de fibromyalgie (Bernardy et al., 2018; Nüesch et al., 2013). Il pourrait donc s'agir de traitements comparables, bien que la TCC comporte l'avantage notable de générer moins d'effets secondaires indésirables. De plus, Bernardy et al. (2018) notent que la TCC permet aux patients d'améliorer leurs capacités à gérer et accepter la douleur en modifiant leurs croyances à cet effet. Toujours selon Bernardy et al. (2018), la TCC a montré des résultats significatifs sur le soulagement de la douleur (diminution d'au moins 50 %) et l'amélioration de l'humeur négative en comparaison à des groupes témoins et contrôles (liste d'attente, traitement habituel ou autres thérapies non pharmacologiques), avec des tailles d'effet faibles à modérées. Somme toute, certaines limites rendent difficile d'établir des conclusions claires, dont le fait que plusieurs études incluses dans la méta-analyse utilisaient des mesures d'autoévaluation. D'ailleurs, l'analyse des faiblesses méthodologiques des études rapportées amène Bernardy et ses collaborateurs (2018) à suggérer l'arrêt des recherches sur le sujet tant que les problèmes critiques concernant la qualité et l'orientation des études sur les TCC pour la fibromyalgie ne sont résolus.

Finalement, il apparaît pertinent de mentionner qu'une TCC de plus longue durée pourrait conduire à de meilleurs résultats pour réduire l'intensité de la douleur et des symptômes dépressifs des patients atteints de fibromyalgie (Glombiewski et al., 2010).

Cependant, il ne faut pas perdre de vue les recommandations de Bernady et al. (2018) quant à la nécessité d'études supplémentaires aux devis plus rigoureux.

TCC et syndrome du côlon irritable

Pour ce qui est du syndrome du côlon irritable (SCI), plusieurs recherches soutiennent l'efficacité des TCC, et ce, également pour le maintien des bénéfices à plus long terme (p. ex., Li et al., 2014; Radu et al., 2018; Radziwon & Lackner, 2017).

Une méta-analyse de 18 études avec groupes contrôle randomisés (liste d'attente) conclut à la supériorité de la TCC pour : (a) la diminution des symptômes du SCI; (b) l'amélioration de la qualité de vie; et (c) l'état psychologique des participants, et ce, avec des tailles d'effet de petites à modérées. De plus, ces bénéfices pourraient se maintenir après la fin du traitement. Toutefois, en comparaison avec les soins médicaux habituels ou un soutien de base, la TCC s'avère supérieure uniquement pour la diminution des symptômes du SCI. Finalement, la TCC ne présentait aucune différence d'efficacité en comparaison aux autres traitements psychologiques. Les auteurs soulèvent toutefois les limites de la forte hétérogénéité des études analysées (p. ex., la diversité des formes de TCC, de leurs durées et des professionnels qui les offrent); ainsi que la petite taille des échantillons (Li et al., 2014).

Une méta-analyse de Radu et ses collègues (2018) rapporte quant à elle une taille d'effet modérée à grande sur la diminution de la sévérité des symptômes du SCI et un

effet faible à modéré sur la diminution de la détresse psychosociale. Les auteurs spécifient donc que la TCC semble plus efficace pour la diminution de la sévérité du SCI que sur la détresse psychosociale. De plus, ils identifient trois mécanismes responsables de l'efficacité de la TCC auprès de cette clientèle. Il s'agit de changements : (1) dans les cognitions (p. ex., catastrophisme de la maladie ou des symptômes, erreur d'attribution des symptômes, incertitude); (2) dans les émotions (p. ex., réactivité au stress, anxiété, dépression); et (3) dans le comportement (p. ex., évitement de la peur). Leur méta-analyse n'inclut toutefois que six études dont les devis sont très hétérogènes. Également, les auteurs soulignent que la réponse des participants aux interventions peut dépendre des caractéristiques des patients atteints de SCI étant donné qu'il s'agit d'un diagnostic hétérogène (p. ex., certains patients ont des symptômes psychologiques prédominants, alors que d'autres montrent davantage de signes d'ordre biologique) (Radu et al., 2018).

Dans une méta-analyse récente, le classement de multiples interventions non pharmacologiques (p. ex., interventions diététiques et physiques, thérapie par biofeedback, probiotiques et thérapie par moxibustion) pour le soulagement des symptômes du SCI place la TCC en tête de liste (avec l'acuponcture). Plus spécifiquement, la TCC s'est classée première pour ce qui est de la diminution de la sévérité des symptômes du SCI ainsi que des symptômes d'anxiété et de dépression (Dai et al., 2020). Il est à noter que 80 % des études incluses dans cette méta-analyse ont été conduites en Chine. D'autres limites importantes diminuent la portée des résultats, comme le fait que le nombre d'études selon le type d'interventions était

significativement différent (p. ex., uniquement quatre études portent sur la TCC sur les 40 études incluses dans l'étude).

Finalement, une revue systématique précise qu'un changement dans les cognitions spécifiques au SCI, appelées « cognitions gastro-intestinales » (p. ex., croyances négatives spécifiques à la maladie et catastrophisme de la douleur) ainsi qu'un changement au niveau de l'anxiété précisément reliée au SCI, appelée l'« anxiété gastro-intestinale », seraient des processus clés impliqués dans l'efficacité de la TCC pour diminuer les symptômes du SCI et améliorer la qualité de vie (Windgassen et al., 2017). Dans une autre étude, la même équipe de recherche trouve des résultats similaires à l'exception du résultat sur l'anxiété générale, en dehors du SCI, qui s'ajoute comme médiateur important de l'efficacité de la TCC (Windgassen et al., 2019).

TCC et syndrome de fatigue chronique

En ce qui concerne le syndrome de fatigue chronique (SFC), le traitement psychologique de choix, qui consiste en la combinaison d'une TCC à une thérapie par exercices gradués (un programme visant l'augmentation graduelle du niveau d'activités), est très controversé et a fait l'objet de plusieurs critiques dans les dernières années. Des chercheurs reprennent les essais cliniques ayant conclu à son efficacité pour le SFC et obtiennent des résultats non significatifs (p. ex., Geraghty et al., 2017; Wilshire et al., 2018).

Geraghty et ses collègues (2019) soulèvent plusieurs critiques concernant les études sur la TCC du SFC, notamment le fait qu'une très grande proportion des participants avait des comorbidités psychiatriques, ce qui ne serait pas représentatif de la majorité des personnes atteintes de SFC.

À la lumière de leur revue narrative des études antérieures, Geraghty et Blease (2018) indiquent que les preuves concernant l'efficacité de la TCC pour le SFC restent incohérentes et faibles. Les auteurs soulignent que bien que des essais cliniques et revues systématiques indiquent que la TCC apporte des avantages à court terme pour certains patients, des lacunes méthodologiques importantes sont répertoriées et peu de données probantes concernant son efficacité à long terme dans le rétablissement du SFC sont disponibles. En fait, il apparaît plus plausible que ce soient les patients ayant des comorbidités psychiatriques, comme une dépression secondaire au SFC, qui profitent le plus d'une TCC, et ce, pour l'amélioration des symptômes dépressifs et non pour les facteurs propres au SFC. De plus, les auteurs soulignent le potentiel iatrogène de la TCC pour certains patients qui pourraient se blâmer du peu d'amélioration sur les symptômes du SFC à la suite d'une TCC ou qui pourraient être amenés à percevoir à tort que leur SFC est un trouble psychologique (Geraghty & Blease, 2018).

Troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales

Dans les années 1990, des approches dérivées de la TCC ont vu le jour et constituent aujourd'hui les thérapies de 3^e vague, aussi nommées « thérapies

contextuelles ». C'est le cas de la thérapie basée sur la pleine conscience (PC) ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* [ACT]; Hayes et al., 1999, 2012). Les thérapies contextuelles s'intéressent à la relation qu'entretient l'individu avec ses phénomènes internes comme ses symptômes, ses émotions, ses pensées ou même sa perception de la douleur (Heeren & Philippot, 2009). Elles visent des changements de deuxième ordre, c'est-à-dire à modifier la relation que la personne entretient avec ses symptômes plutôt que des changements de premier ordre, soit le traitement des symptômes. La section qui suit expose les études sur les thérapies basées sur la PC ainsi que celles sur l'ACT auprès des personnes atteintes des différentes conditions somatiques fonctionnelles.

Thérapies basées sur la pleine conscience

La thérapie basée sur la PC est une approche qui tire ses racines des traditions bouddhistes. Kabat-Zinn (2003, p. 145), l'un des principaux instigateurs, la définit comme « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention de manière intentionnelle au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». En d'autres mots, la PC se concentre sur la prise de conscience du moment présent et l'acceptation de la situation telle qu'elle est, sans chercher à la modifier (Hofmann et al., 2010).

Plusieurs programmes d'interventions basés sur cette approche ont vu le jour. C'est le cas de la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) développée par Kabat-Zinn (1990, 2003).

La MBSR a pour but de réduire le stress et la douleur des patients hospitalisés, en les amenant à expérimenter et acquérir de nouvelles méthodes pour faire face, explorer et soulager la souffrance du corps et de l'esprit, ainsi qu'à découvrir les bienfaits de la connexion corps-esprit. Il s'agit d'une formation intensive à la méditation PC, grâce à huit séances de groupe de deux heures et demie, ainsi que des méditations quotidiennes de 45 minutes. Les participants y apprennent entre autres à porter leur attention sur le moment présent, ainsi qu'à utiliser leur respiration comme point d'ancrage. Un élément clé de la MBSR est l'acceptation sans jugement de la douleur psychologique et physique, ce qui permet de réduire la tendance à ruminer et à dramatiser ses expériences. Le programme inclut également un volet de thérapie par le mouvement, notamment par le yoga (Kabat-Zinn, 1990, 2003).

Un autre exemple de programme est celui de la thérapie cognitive basée sur la PC pour la dépression (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*; MBCT). Initialement développée pour la prévention des rechutes d'épisodes dépressifs majeurs (Segal et al., 2002), la MBCT combine la MBSR à la thérapie cognitive de la dépression de Beck (1979). Son but principal est de changer la relation que les personnes entretiennent avec leurs sentiments, pensées et sensations corporelles liés à la rechute dépressive (Segal et al., 2013). De la première à la quatrième séance, l'objectif est d'améliorer les processus attentionnels et ceux de la conscience, ainsi que d'éviter les ruminations. Les deux séances suivantes portent sur l'amélioration de la régulation émotionnelle ainsi que l'observation des expériences émotionnelles et physiques négatives. Les deux dernières

séances sont destinées à la création d'un plan d'action en cas de récurrence des symptômes (Segal et al., 2002, 2013).

Dans les dernières années, l'intérêt des chercheurs concernant les traitements basés sur la PC pour les troubles de somatisation a augmenté (Aktaş et al., 2019; Billones et al., 2020). Deux revues de la littérature (Aktaş et al., 2019; Billones et al., 2020) et une méta-analyse (Lakhan & Schofield, 2013) concluent à la pertinence de ce type de thérapies pour le traitement des troubles de somatisation.

Tout d'abord, Aktaş et ses collaborateurs (2019) ont effectué une revue systématique de 15 articles publiés entre 2000 et 2018 qui portent sur l'efficacité des interventions basées sur la PC (incluant la MBSR et la MBCT) pour des personnes atteintes de fibromyalgie, SCI et SFC en comparaison à des groupes témoins (liste d'attente, traitement médicamenteux usuel ou groupe de soutien). Ils rapportent que les interventions basées sur la PC sont efficaces pour les patients atteints de syndrome fonctionnel comme la fibromyalgie, le SCI et le SFC. Les patients des groupes recevant l'intervention connaissent une diminution significative de l'intensité de leurs symptômes comparativement aux groupes contrôles. Des résultats différents sont toutefois ressortis selon les étiquettes diagnostiques. Par exemple, pour les patients ayant un diagnostic de SCI, la PC est associée à des bénéfices sur le niveau : (a) d'anxiété; (b) de symptômes dépressifs; et (c) de qualité de vie; alors que pour les patients atteints du SFC, des améliorations ont été relevées sur les symptômes : (a) d'anxiété;

(b) d'humeur dépressive; (c) de fatigue; ainsi que (d) le niveau de douleur (Aktaş et al., 2019).

Ensuite, Billones et ses collègues (2020) concluent à l'efficacité de la PC pour les patients souffrant de SMI. Ce constat résulte d'une synthèse de la littérature comprenant 24 études publiées de 2003 à 2017, auprès de patients atteints de SMI (une étude), fibromyalgie (huit études), SCI (huit études), de maux de dos chroniques (5 études), du *Gulf War illness*¹ (une étude) et du trouble de stress post-traumatique (une étude). Les auteurs rapportent des tailles d'effet modérées à grandes sur : (a) la sévérité des symptômes; (b) l'intensité de la douleur; (c) les symptômes anxieux; et (d) les symptômes dépressifs. Ils mentionnent comme ingrédient essentiel, pour l'efficacité des interventions, l'utilisation de thérapies basées sur la PC utilisant un manuel qui appliquent les quatre éléments fondamentaux suivants : (1) la psychoéducation pour mieux comprendre les symptômes physiques; (2) la pratique de la PC; (3) l'observation sans jugement de l'expérience dans le moment présent; et (4) la compassion envers soi-même. Les auteurs spécifient qu'il existe une lacune importante dans l'étude de l'efficacité de la PC soit le fait que les outils d'évaluation utilisés découlent de modèles théoriques statiques, trop souvent incohérents avec les fondements de la PC (Billones et al., 2020) qui, eux, se veulent dynamiques.

¹ Aussi appelé « *Chronic multisymptom illness* » ou « *Gulf War syndrome* », le *Gulf War illness* est caractérisé par des douleurs musculosquelettiques, de la fatigue, des déficits de concentration et des problèmes de mémoire (Fukuda et al., 1998).

Lakhan et Schofield (2013) ont réalisé une méta-analyse composée de 13 études randomisées contrôlées ($n = 1092$) afin d'évaluer l'efficacité de la PC auprès de patients ayant des troubles de somatisation incluant la fibromyalgie (six études), le SCI (trois études), le SFC (une étude) ainsi que les troubles de somatisation générale ou non spécifique (deux études). Les résultats suggèrent qu'en comparaison avec des groupes témoins (liste d'attente ou groupe de soutien et d'éducation), la PC permet d'atténuer la douleur physique, la sévérité des symptômes, l'humeur dépressive et l'anxiété reliées à la somatisation; en plus d'améliorer la qualité de vie. Les tailles d'effet étaient toutefois de faibles à modérées. Notons que leur étude combine toutes formes de thérapies basées sur la PC, incluant à la fois la MBCT, la MBSR, ainsi que des thérapies basées sur le mouvement (yoga, Qi Gong) qui contiennent des composantes de PC.

En outre, les résultats de leur méta-analyse suggèrent que l'efficacité de la thérapie basée sur la PC pourrait varier selon le diagnostic (fibromyalgie, SCI, SFC ou trouble de somatisation). Aux vues des différences importantes dans les résultats, ils suggèrent d'étudier l'efficacité de la PC en séparant les diagnostics plutôt que de façon globale. En outre, tout comme Billones et al. (2020), ils constatent également que les traitements qui utilisent des manuels standardisés, comme c'est le cas de la MBSR et de la MBCT, semblent être plus efficaces que les traitements éclectiques ou non formalisés (Lakhan & Schofield, 2013).

Pleine conscience de première génération et fibromyalgie

En ce qui a trait à la fibromyalgie, Lauche et al. (2013) concluent à une faible recommandation de la MBSR pour celle-ci. Bien qu'une efficacité à court terme sur la diminution de l'intensité de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie ait été trouvée dans certaines études, les tailles d'effet sont de faibles ampleurs et aucun effet à long terme n'a été relevé. De plus, lors de leur méta-analyse qui incluait six études, les auteurs ont soulevé des lacunes importantes dans les qualités méthodologiques des études, appelant à la prudence quant aux résultats (Lauche et al., 2013).

Une revue de la littérature sur l'efficacité des interventions basées sur la PC, réalisée par Henke et Chur-Hansen (2014), rapporte des tailles d'effet de faibles à modérées en ce qui a trait à la diminution des symptômes physiques et la détresse psychologique auprès de patients souffrant de fibromyalgie. De plus, les auteures concluent qu'étant donné la trop grande variabilité des tailles des échantillons, des variables mesurées et des données présentées, aucune conclusion fiable ne peut être tirée des études recensées.

Pleine conscience de deuxième génération et fibromyalgie

En réponse aux résultats mitigés des études sur la première génération des interventions basées sur la PC spécifiques à la fibromyalgie, des auteurs ont évalué celles découlant de la deuxième génération. Développées afin de répondre à certaines limites de la première génération, les interventions de deuxième génération mettent

l'accent sur le non-attachement à soi, aux symptômes psychologiques et somatiques. Le concept de non-attachement à soi réfère à l'idée que la souffrance peut provenir de l'attachement de l'individu à ses expériences et pensées (van Gordon et al., 2015). Il est toutefois important de mentionner que les critères précis des thérapies pouvant être considérées comme des interventions basées sur la PC de seconde génération sont encore à l'étude (van Gordon & Shonin, 2020). Les prochains paragraphes rapportent donc des études portant sur des thérapies considérées comme des PC de deuxième génération par les chercheurs, mais dont la classification pourrait être qualifiée d'arbitraire.

Van Gordon et al. (2017) ont mené une étude randomisée contrôlée sur l'efficacité d'un programme de sensibilisation à la méditation (*Meditation Awareness Training*; MAT) pour des patients atteints de fibromyalgie. L'étude comprend un groupe témoin (TCC traditionnelle offerte en groupe et utilisant les mêmes composantes de base que la MAT, soit la durée de la thérapie, le temps de contact avec l'animateur et le style didactique de ce dernier). Les participants au groupe MAT ont montré des améliorations significatives par rapport à ceux du groupe témoin (TCC traditionnelle) en ce qui concerne : (a) les symptômes de fibromyalgie; (b) la perception de la douleur; (c) le sommeil; (d) la détresse psychologique; ainsi que (e) l'engagement communautaire et sociétal (p. ex., travail, bénévolat). Leur étude révèle que la composante de non-attachement à soi est un médiateur très important des effets de l'intervention sur la symptomatologie et la perception de la douleur reliée à la fibromyalgie. Il est à noter que

les réponses aux mesures sont uniquement autorapportées. Les auteurs soulignent une limite à leur étude que peu ont mentionnée à notre connaissance en soulevant un possible biais de popularité. En effet, la popularité grandissante du courant des pratiques méditatives et de la PC dans la société peut biaiser les réponses des participants. Il peut en effet être difficile pour eux d'avouer que le traitement n'a pas eu les effets escomptés, pour lesquels il est connu.

Une autre thérapie considérée PC de deuxième génération, la thérapie Méditation-Flow (*Meditación-Fluir* en espagnol; Franco, 2009), s'est également révélée efficace pour la diminution de la fatigue chez des patientes atteintes de fibromyalgie (Amutio et al., 2018). Des tailles d'effet modérées à grandes ont été obtenues en ce qui a trait à l'amélioration de plusieurs composantes du sommeil chez les participantes du groupe d'intervention en comparaison aux participantes du groupe témoin (liste d'attente). De plus les effets se sont maintenus au moins trois mois après l'intervention. L'étude comporte toutefois un petit échantillon ($n = 39$) uniquement féminin, aucun groupe contrôle actif et seulement des mesures d'autoévaluation (Amutio et al., 2018).

Un protocole de traitement basé sur la deuxième génération de PC et intégrant la théorie de l'attachement, le *Attachment-Based Compassion Therapy* (ABCT) a été développé par García-Campayo et al. (2016). Il s'agit d'une thérapie de groupe de huit séances, d'une durée de deux heures et demie, qui combine des principes de la PC à ceux de l'autocompassion. L'ABCT vise la recontextualisation du style d'attachement

afin d'améliorer l'image de soi et les relations interpersonnelles ainsi qu'à introduire la culture d'une conscience compatissante envers soi, de même qu'envers sa souffrance et la souffrance des autres, et ce, de façon durable (García-Campayo et al., 2016).

Montero-Marin et al. (2018) ont mis en évidence l'efficacité de cette approche auprès de patients atteints de fibromyalgie à partir d'un devis randomisé contrôlé. L'ABCT combinée au traitement pharmacologique habituel s'est avérée significativement plus bénéfique comparativement au groupe de pratique de relaxation combinée au traitement pharmacologique habituel, en ce qui a trait à : (a) l'état de santé générale; (b) la sévérité de la fibromyalgie; (c) les symptômes anxieux et dépressifs; (d) la qualité de vie; et (e) la flexibilité psychologique. Les améliorations se sont maintenues trois mois plus tard et les tailles d'effet sont modérées à grandes. En considérant les tailles d'effet obtenues dans leur étude à celles d'études antérieures, les auteurs notent la supériorité de l'ABCT comparativement à la TCC et à la thérapie basée sur la PC de première génération, ainsi qu'une équivalence avec la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)¹ en ce qui a trait à l'état de santé générale et la qualité de vie. L'ABCT est également supérieure à l'ACT pour l'anxiété et la dépression. Ils ont toutefois relevé un effet plus grand de l'ACT sur le catastrophisme de la douleur, un élément considéré important dans le maintien des symptômes (Montero-Marin et al., 2018). Finalement, bien qu'elle doive encore être étudiée pour valider son

¹ Une section ultérieure du présent essai est dédiée à ce type de thérapie à la page 53.

efficacité, l'ABCT a également montré des résultats encourageants en termes de réduction du fardeau économique que représente la fibromyalgie (D'Amico et al., 2020).

Pleine conscience et syndrome du côlon irritable

Pour le syndrome du côlon irritable (SCI), les auteurs d'une revue de la littérature cités plus tôt révèlent une conclusion selon laquelle les interventions basées sur la PC sont des traitements efficaces qui peuvent contribuer à réduire les symptômes psychologiques en comorbidité, comme l'anxiété et les symptômes dépressifs, ainsi qu'améliorer la qualité de vie (Aktas et al., 2019). De plus, les effets semblent se maintenir jusqu'à 15 mois après le traitement (Aktaş et al., 2019).

Une étude comparant la TCC traditionnelle et la MBSR indique que cette dernière est plus efficace pour diminuer les symptômes du SCI et qu'elle a un effet plus durable, bien que les deux formes de thérapies se soient montrées significativement efficaces en comparaison à un groupe contrôle (Zomorodi et al., 2014).

Une étude randomisée très récente montre des résultats similaires concernant l'efficacité de la MBCT (Henrich et al., 2020). En comparaison à un groupe contrôle (liste d'attente), la MBCT (six séances de groupe de deux heures et une pratique quotidienne à la maison d'environ 30 minutes) s'est avérée efficace pour : (a) la diminution des symptômes du SCI; (b) l'amélioration de la qualité de vie; et (c) les symptômes de détresse psychologiques (anxiété et stress). Les effets se sont même

poursuivis jusqu'à six semaines après le traitement. Il s'agit toutefois d'une étude préliminaire qui contient un échantillon de petite taille ($n = 67$) et uniquement composé de femmes. De plus, l'étude ne permet pas de statuer si les résultats obtenus sont spécifiquement reliés aux ingrédients appartenant à la MBCT ou dans quelle mesure des facteurs de traitement non spécifique (p. ex., contact avec un thérapeute) ont pu contribuer aux améliorations observées.

Pleine conscience et syndrome de fatigue chronique

En ce qui concerne le syndrome de fatigue chronique (SFC), deux études pilotes rapportent des résultats encourageants. La première est celle de Rimes et Wingrove (2013) dans laquelle ils ont mesuré l'effet de la MBCT chez des patients atteints de SFC qui présentaient toujours des niveaux élevés de fatigue après une TCC traditionnelle. En comparaison au groupe contrôle randomisé (liste d'attente), les résultats suggèrent que la MBCT peut apporter des bénéfices supplémentaires sur : (a) une diminution de la fatigue qui semble se maintenir jusqu'à au moins six mois après le traitement; (b) une amélioration du niveau de fonctionnement social et professionnel; (c) une diminution de l'humeur dépressive; et (d) une augmentation du niveau de pleine conscience et d'autocompassion. Les tailles d'effet étaient toutefois de petites à modérées. De plus, l'absence de groupe contrôle actif, l'échantillon de petite taille ($n = 35$) et les mesures uniquement de type autorapporté limitent les retombées des résultats (Rimes & Wingrove, 2013).

De façon similaire, l'étude pilote de Sollie et ses collègues (2017) suggère un effet positif de la MBCT chez des participants atteints du SFC sur : (a) le niveau de fatigue; (b) l'anxiété; (c) les symptômes dépressifs; et (d) la tendance à la rumination, et ce, avec des tailles d'effet de petites à grandes. Toutefois, aucun résultat significatif sur une mesure évaluant la symptomatologie du SFC et sur la qualité de vie n'a été trouvé. L'intervention n'a donc peut-être pas été suffisamment longue (uniquement huit séances de deux heures) pour établir de nouveaux schémas de pensées et de comportements chez les participants. De plus, l'étude ne comportait que dix participants (avec des niveaux de connaissances de la PC très variables), aucun groupe contrôle et uniquement des mesures autorapportées.

Pleine conscience et syndrome de détresse corporelle

Fjorback et ses collaborateurs (2013) ont évalué une intervention auprès de patients atteints du syndrome de détresse corporelle multi-organes¹. Ils n'ont trouvé aucune différence dans les mesures à l'étude (santé physique, qualité de vie, douleur corporelle, symptômes physiques, inquiétudes liées à la maladie, anxiété et dépression) entre les participants à un traitement MBSR en groupe combiné à une TCC et ceux d'un groupe contrôle recevant le traitement habituel amélioré, soit une rencontre de deux heures au cours de laquelle ils recevaient des soins médicaux spécialisés incluant l'élaboration d'un plan d'intervention de type TCC et des conseils sur l'hygiène de vie. En fait, les deux groupes dans lesquels les participants étaient randomisés ont connu des

¹ Le syndrome de détresse corporelle de type multi-organes correspond à des symptômes fonctionnels dans au moins trois des quatre systèmes corporels tel que décrit à la p. 17.

améliorations significatives équivalentes. Le groupe MBSR a toutefois connu une amélioration plus rapide mesurée à trois mois, rattrapée par l'autre groupe à neuf mois (pour la majorité des variables). Notons que l'échantillon était composé de patients se situant vers le pôle sévère de la somatisation. En effet, les participants à l'étude présentaient des symptômes fonctionnels dans au moins trois des quatre systèmes corporels qui affectaient leur qualité de vie de façon modérée à sévère, ainsi que leur fonctionnement social. En outre, leur état était considéré grave et chronique (Fjorback et al., 2013).

Finalement, certaines études ont évalué l'efficacité de la PC en termes de diminution de coûts pour la société. Cette dernière permettrait une économie significative en diminuant le nombre de pensions d'invalidité, tout comme celui des visites médicales des patients atteints d'un syndrome de détresse corporelle de type multi-organes (Fjorback et al., 2013). Par contre, l'étude de van Ravesteijn et al. (2013) ne rapporte aucune différence de coûts totaux sociétaux entre le traitement PC comparativement au traitement usuel. En fait, un changement dans l'utilisation des ressources de soins de santé était observé pour le groupe PC dans lequel les soins de santé mentale étaient plus élevés et les coûts de soins hospitaliers étaient inférieurs. Ils ont observé que les patients de ce groupe avaient plus tendance à consulter en santé mentale (en dehors de la thérapie PC) que les autres patients. Des limites importantes doivent être prises en compte, dont un taux d'abandon élevé dans le groupe témoin et le fait que l'étude ne se déroulait que sur un an. Il est possible que ce laps de temps soit

trop court pour saisir l'ampleur de l'effet à long terme du traitement PC et du traitement usuel (van Ravesteijn et al., 2013).

Thérapie d'acceptation et d'engagement

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*; ACT) est une autre forme de thérapie qui s'inscrit dans le courant de la 3^e vague des TCC. Elle se distingue de la PC par ses fondements et objectifs thérapeutiques. L'ACT repose sur un paradigme dictant que la souffrance est un aspect normal de la condition humaine. Elle propose qu'il soit préférable d'accepter les phénomènes internes douloureux ou inconfortables plutôt que de lutter contre ceux-ci, afin de rester disponible à s'engager dans des actions reliées à ses valeurs. L'ACT postule également que l'évitement expérientiel, qui consiste à lutter contre nos souffrances internes, est un facteur contribuant à la psychopathologie. Dans cette perspective, plutôt que de chercher à modifier les symptômes, l'ACT vise à changer la façon qu'a l'individu de composer avec ceux-ci. En d'autres mots, l'un des objectifs de cette approche est d'aider la personne à développer une flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité de vivre pleinement le moment présent, en s'engageant dans des actions importantes pour elle, et ce, malgré la présence d'expériences internes souffrantes ou de symptômes difficiles (Hayes et al., 2004). Par le biais de ses six axes thérapeutiques : (1) le contact avec l'instant; (2) l'acceptation; (3) la défusion cognitive¹; (4) le soi comme contexte¹; (5) les

¹ La défusion cognitive réfère à la capacité de prendre une distance face à ses pensées afin de pouvoir les considérer pour ce qu'elles sont réellement, c'est-à-dire des productions de l'esprit et du langage, et non des expériences réelles ou des vérités absolues (Luoma et al., 2007).

valeurs; et (6) les actions engagées, l'ACT vise à outiller l'individu pour lui permettre de se « créer une vie riche et pleine de sens tout en acceptant la douleur qui l'accompagne » (Harris et al., 2012, p. 25).

Givehki et ses collègues (2018) émettent l'hypothèse que les patients souffrant de troubles de symptômes somatiques tendent à se concentrer davantage sur l'insatisfaction d'une partie de leur corps ou de la fonction affectée par leurs symptômes, ce qui causerait un évitement expérientiel source de souffrance psychologique. Selon l'étude randomisée contrôlée iranienne qu'ils ont réalisée, l'ACT offerte en groupe (10 sessions de 90 minutes) aurait un impact positif sur la flexibilité psychologique liée à l'image corporelle et à la conscience corporelle des patients atteints d'un trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5 (tout diagnostic confondu). En effet, les participants du groupe de l'ACT ont connu des améliorations significativement supérieures à celles du groupe témoin (consultation médicale) ou du groupe contrôle (consultation médicale et séance de psychoéducation sur la psychologie en général) sur ces deux variables, et ce, à la fin de l'intervention ainsi que deux mois plus tard. En d'autres mots, les participants portaient moins leur attention sur leurs symptômes physiques et montraient moins d'insatisfaction par rapport à leur corps (Givehki et al., 2018). Soulignons toutefois que l'échantillon étant composé de patients ayant tout diagnostic confondu de la catégorie des troubles à symptomatologie somatiques du

¹ Le soi comme contexte réfère à la capacité de se différencier de ce que l'on observe, et donc la capacité de se voir comme le contexte d'apparition des événements internes et non comme les événements en eux-mêmes (p. ex., je suis un « anxieux ») (Monestès & Villatte, 2011).

DSM-5, il inclut alors des patients avec des diagnostics qui s'éloignent des critères d'inclusion de cet essai. C'est le cas des patients qui ont des réactions psychologiques excessives à des symptômes physiques médicalement expliqués, qui souffrent d'hypocondrie ou encore de ceux qui ont un trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle.

ACT et fibromyalgie

Une revue de la littérature publiée par Legand et ses collaborateurs, en 2019, suggère que l'ACT se démarque largement de plusieurs thérapies (TCC, thérapie basée sur la PC, thérapie par le mouvement oculaire et hypnose) dans l'efficacité de la prise en charge psychothérapeutique des patients atteints de fibromyalgie. Plus spécifiquement, il ressort que les techniques de défusion cognitive, d'acceptation de la douleur, de respiration et de centration sur les valeurs s'avèrent efficaces. Il s'agit toutefois de conclusions basées sur l'interprétation des auteurs et la recension comporte trop peu d'études ($n = 9$) pour certifier la supériorité de l'ACT sur les autres traitements (Legand et al., 2019).

Une formule de traitement ACT en ligne, composée de différents modules à visionner chez soi, a montré des résultats positifs dans une étude canadienne où des personnes atteintes de fibromyalgie ont été assignées aléatoirement à un groupe expérimental ou à un groupe contrôle (Simister et al., 2018). En comparaison aux participants du groupe contrôle, ceux du groupe expérimental ont connu une diminution

significative des répercussions de la fibromyalgie dans leur vie (p. ex., diminution du niveau de douleur, de la fatigue, des problèmes de sommeil et de la détresse psychologique) et une amélioration de leur niveau de fonctionnement. L'écart entre les deux groupes a même augmenté lors du suivi, puisque l'amélioration de l'état des participants du groupe expérimental s'est poursuivie six mois après le traitement. L'acceptation de la douleur s'est avérée un médiateur significatif, ce qui appuie l'idée selon laquelle elle pourrait avoir un impact positif sur la condition des patients souffrant de fibromyalgie. Il ne s'agit toutefois que d'une étude préliminaire qui nécessite l'appui d'autres études.

ACT et syndrome du côlon irritable

Dans les dernières années, de nombreuses études ont évalué l'intérêt de proposer l'ACT aux patients atteints du SCI. Trois recherches iraniennes quasi expérimentales ont obtenu des résultats qui suggèrent que ce mode de traitement est efficace auprès des patients atteints du SCI pour améliorer : (a) leur bien-être psychologique et leur optimisme (Kamalinejad & Amiri, 2019); (b) la perception qu'ils ont de leur maladie (Aghalar et al., 2020); et (c) leurs symptômes dépressifs et leur « capital psychologique » (c'est-à-dire l'espoir, l'autoefficacité, la résilience et l'optimisme) associés au SCI (Mirsharifa et al., 2019).

Ferreira et al. (2018) ont pour leur part mené une étude pilote sur l'efficacité de l'ACT auprès de personnes ayant, pour la majorité, un SCI réfractaire (c'est-à-dire au

moins un an de traitements médicaux sans amélioration de leur condition). Le protocole de traitement était constitué de : (a) quatre séances ACT de groupe d'une heure et demie, animées par deux psychologues cliniciens; (b) un programme d'autosoins ACT spécifique au SCI à réaliser au cours des deux mois suivant la fin des séances de groupe; et (c) deux rencontres téléphoniques de soutien. Les résultats ont montré plusieurs améliorations chez les participants, dont l'augmentation significative de l'acceptation du SCI, la diminution de la sévérité des symptômes et de l'impact du SCI sur la qualité de vie, ainsi qu'une baisse de l'évitement comportemental. Les tailles d'effet étaient de petites à modérées et ont augmenté six mois après le traitement. Les analyses sur la mesure de l'anxiété gastro-intestinale ont quant à elles révélé une taille d'effet grande, immédiatement après le traitement, qui augmentait après six mois. De plus, les changements dans l'acceptation du SCI après le traitement était un prédicteur significatif de l'amélioration de toutes les variables à l'étude. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec prudence, étant donné les limites de l'étude dont : (a) un échantillon majoritairement composé de femmes, autosélectionnées et ayant un niveau élevé de scolarité; (b) aucun groupe contrôle; (c) l'évaluation de seulement l'une des six composantes de l'ACT (l'acceptation); et (d) l'analyse des données réalisée par les chercheurs qui ont aussi animé les séances de groupe (Ferreira et al., 2018).

Par ailleurs, l'ACT procure des bénéfices intéressants pour les patients atteints de SCI réfractaire, et ce, même lorsqu'elle est appliquée sous forme de bibliothérapie, à partir de livres et de CD audio présentant des informations et exercices pour contrer

l'évitement expérientiel et favoriser l'acceptation du SCI (Gillanders et al., 2017). Bien que l'étude comporte plusieurs limites : (a) petit échantillon de 24 participants; (b) aucun groupe contrôle; (c) possible biais d'échantillonnage; et (d) grande attrition : 47 % des 45 participants initiaux ont abandonné; les résultats montrent que l'ACT offerte sous ce format a suscité une plus grande acceptation du SCI, une diminution de la gravité des symptômes et de l'anxiété gastro-intestinale chez les participants. Cependant, elle n'a pas généré un changement comportemental chez les patients et n'a pas diminué l'impact du SCI sur leur qualité de vie. On peut ainsi supposer qu'une intervention sous forme d'autosoins permet aux participants d'accepter davantage leur SCI, sans que cela ne soit suffisant pour modifier leurs comportements et leur qualité de vie (Gillanders et al., 2017).

Au Japon, une récente étude randomisée contrôlée évaluant l'efficacité de l'ACT, offerte durant une journée à un groupe de patients atteints d'un SCI non diagnostiqué, n'a pas révélé de résultats significatifs en ce qui a trait à la diminution de la sévérité des symptômes, en comparaison au groupe contrôle (liste d'attente; $n = 12$). Une diminution des symptômes dépressifs a toutefois été constatée chez le groupe expérimental ($n = 14$). Encore une fois, des limites importantes doivent être soulevées soit, la taille de l'échantillon diminuant la puissance statistique et le fait qu'il soit majoritairement composé de femmes et d'étudiants.es ayant un SCI non diagnostiqué (Ito & Muto, 2020).

Finalement, les patients qui ont du mal à gérer leurs troubles intestinaux, avec des comorbidités psychologiques et dont la qualité de vie est affectée (p. ex., qui évitent différentes situations), pourraient être les meilleurs candidats au traitement par l'ACT selon Sebastián Sánchez et al. (2017).

ACT et syndrome de fatigue chronique

Pour ce qui est du syndrome de fatigue chronique (SFC), bien que moins d'études aient testé l'efficacité de l'ACT sur ce syndrome spécifique, deux études préliminaires obtiennent tout de même des résultats prometteurs.

La première porte sur un traitement basé sur l'ACT, d'une durée de trois semaines et demi, offert à des patients ayant des symptômes du SFC sans toutefois répondre à tous les critères diagnostiques. Les résultats suggèrent une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la fatigue chez les participants, et ce, avec une grande taille d'effet. L'ACT n'a toutefois pas permis une amélioration de la flexibilité psychologique (Jacobsen et al., 2017). La deuxième étude, réalisée par Jonsj et al. (2019), porte sur un traitement basé sur l'ACT d'une durée de 13 séances individuelles de 45 minutes. Les résultats obtenus sont significatifs suggérant la pertinence de celle-ci pour les patients atteints de SFC. Les chercheurs ont relevé une diminution de l'incapacité liée au SFC (c'est-à-dire le niveau avec lequel les symptômes du SFC interfèrent avec les activités de la vie quotidienne) après l'intervention et au suivi six mois plus tard. Contrairement à Jacobsen et al. (2017), les résultats de Jonsj et al. suggèrent également l'amélioration

de la flexibilité psychologique des participants à la suite du traitement. On notera que les deux recherches ne comportaient pas de groupe contrôle et que les mesures étaient uniquement de type autoévalué, ce qui limite la portée des résultats.

Une étude longitudinale récente vise quant à elle l'évaluation d'un programme utilisant un manuel basé sur l'ACT, s'échelonnant sur trois semaines et demie, auprès de patients avec un diagnostic de SFC (Brugnera et al., 2021). Bien que l'étude soit effectuée sur une population norvégienne qui peut ne pas correspondre à d'autres cultures et qu'elle ne comporte pas de groupe témoin, il s'agit de l'unique étude longitudinale sur l'ACT et le SFC répertoriée par les moteurs de recherche. Voici donc les résultats intéressants qu'elle comporte. Premièrement, les analyses montrent une diminution significative de la sévérité de la fatigue, des symptômes anxieux et dépressifs, ainsi qu'une amélioration du niveau de fonctionnement, et ce, jusqu'à un an après le traitement. L'ACT a également conduit à une diminution significative des croyances métacognitives¹ ainsi que des cognitions et comportements inadaptés reliés aux symptômes du SFC. Ces derniers changements coïncident avec une diminution des symptômes de fatigue. De plus, une mesure évaluant la rigidité cognitive est devenue significative un an après le traitement, suggérant qu'il est possible que l'amélioration de la flexibilité cognitive à la suite de l'ACT demande un certain temps. Finalement, les résultats suggèrent un lien réciproque important entre la symptomatologie dépressive et

¹ Les croyances métacognitives réfèrent à toute connaissance ou processus cognitif étant impliqué dans l'évaluation ou le contrôle de la cognition. Elles représentent un facteur important dans le développement et le maintien des troubles de santé mentale (voir Wells, 2002).

la fatigue. L'étude ne permet toutefois pas de savoir si les symptômes dépressifs s'atténuent lorsque la fatigue diminue ou bien si c'est la diminution des symptômes dépressifs qui améliore l'état de fatigue.

Pour terminer, selon une étude qualitative, il semble que l'ACT autoadministrée auprès de participants souffrant du SFC pourrait ne pas être suffisante pour maintenir une amélioration sur certains paramètres comme la promotion et la poursuite de valeurs personnelles, ainsi que l'augmentation de l'activité physique (Roche et al., 2017).

ACT et syndrome de détresse corporelle

En ce qui concerne les patients atteints du syndrome de détresse corporelle multi-organes, Pedersen et al. (2019) suggèrent que l'ACT ne serait pas plus efficace que le traitement habituel, soit une rencontre d'environ une heure avec un médecin. En effet, les différentes mesures à l'étude (santé physique, santé mentale et sévérité des symptômes) ne différaient pas significativement entre le groupe ayant reçu l'ACT prolongée (neuf séances de trois heures) ou brève (atelier d'une journée, suivi d'une consultation avec un des thérapeutes de l'atelier) et le groupe témoin ayant reçu le traitement habituel. L'ACT prolongée a toutefois montré des résultats statistiquement significatifs par rapport au groupe témoin en ce qui a trait à l'amélioration de la santé globale autoévaluée. Bien que l'étude comporte certaines limites, comme le fait que les réponses aux mesures étaient uniquement autorapportées par les participants, il s'agit de l'une des seules dont l'échantillon de patients ayant un diagnostic de syndrome de

détresse corporelle de type multi-organes est aussi important ($n = 180$). Les résultats non significatifs de l'étude peuvent donc suggérer qu'un traitement ACT ne répondrait pas tout à fait aux difficultés qui sont propres aux personnes plus sévèrement atteintes de symptômes somatiques fonctionnels comme c'est le cas des patients atteints de syndrome de détresse corporelle de type multi-organes. Elle peut signaler au clinicien qu'un patient plus sévèrement atteint nécessite une approche de plus longue envergure, différente ou combinant plusieurs types d'interventions.

Thérapies psychodynamiques

La psychothérapie d'orientation psychodynamique (PPD) porte globalement sur l'exploration des aspects de soi encore inconnus, et ce, en portant une attention particulière à la relation thérapeutique (Gabbard et al., 2010; Shedler, 2010). Les objectifs des PPD peuvent varier d'une approche à l'autre. Par exemple il peut être question d'amener les patients à utiliser un plus large éventail de stratégies d'adaptation, à améliorer leurs capacités de mentalisation ou encore, à améliorer l'identification et la régulation de leurs affects (Luyten et al., 2013). Pour ce faire, la clarification, la confrontation et l'interprétation sont les principales techniques utilisées. En outre, la PPD s'inscrit dans une perspective centrée sur la personne, dans le sens qu'elle tient compte de l'influence des caractéristiques psychodynamiques sous-jacentes chez les patients (p. ex., l'organisation de la personnalité) qui peuvent varier considérablement au sein d'une même catégorie de trouble psychiatrique (voir Gabbard et al., 2010). Plusieurs modèles de traitements psychodynamiques des conditions somatiques fonctionnelles

existent et peuvent avoir des cibles plus ou moins différentes. Certains d'entre eux sont présentés dans cette section qui débute par les études portant sur la PPD générale.

Nolte et al. (2016) ont suivi l'évolution des symptômes tels que perçus par des patients ayant différents diagnostics (dépression, trouble anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, trouble somatoforme et trouble des conduites alimentaires), qui assistent à une PPD (de groupe ou individuelle) à moyen terme (un an de thérapie; $n = 271$) en comparaison à une PPD (de groupe ou individuelle) à long terme (deux ans de thérapie; $n = 71$). Les résultats ont montré une diminution des symptômes tels que perçus par l'ensemble des participants. Les tailles d'effet étaient modérées pour la dépression, le trouble anxieux et le trouble obsessionnel-compulsif alors qu'elles étaient petites pour le trouble somatoforme et les troubles alimentaires. Les patients avec un trouble somatoforme étaient plus susceptibles d'avoir reçu un traitement à long terme que ceux présentant d'autres diagnostics. Or, ceux souffrant de troubles somatoformes qui n'ont montré aucune amélioration au cours de la première année de traitement n'en ont toujours pas révélé à la deuxième année, alors que les patients ayant d'autres diagnostics comme la dépression et le trouble obsessionnel-compulsif manifestaient une amélioration à la deuxième année. L'absence de groupe contrôle ne permet toutefois pas de savoir à quel point la diminution des symptômes observée est réellement due à l'effet de l'intervention. De plus, peu de variables ont été évaluées et le fait que le patient rapporte moins de symptômes ne permet pas de savoir s'il est mieux adapté et fonctionnel dans sa vie ni même s'il est moins souffrant. Cette étude soulève toutefois la

pertinente question à savoir si le diagnostic de trouble somatoforme serait plus réfractaire que d'autres diagnostics, s'il nécessiterait une autre modalité de traitement ou encore un traitement à plus long terme. Finalement, notons que la grande majorité des participants présentaient des comorbidités mentales et somatiques (Nolte et al., 2016).

Une étude de cas brésilienne portant sur une patiente âgée de 67 ans, atteinte de trouble à symptomatologie somatique et recevant un traitement hebdomadaire d'orientation psychodynamique pendant deux ans, suggère aussi l'efficacité de cette approche (Laskoski et al., 2020). L'étude présente les bénéfices de la thérapie par des changements dans la structure de la personnalité de la participante, ainsi que l'amélioration de ses symptômes et de son fonctionnement (p. ex., amélioration des moyens de faire face aux symptômes somatiques et diminution des répercussions physiques causées par ceux-ci). Les améliorations étaient encore plus importantes au suivi, suggérant que la PPD déclenche des processus psychologiques qui permettent un changement continu, et ce, même après la fin de la thérapie. Cependant, au suivi, les auteurs notent également une augmentation des symptômes dépressifs de la patiente qu'ils expliquent par une possible augmentation de la conscience de ses conflits internes. Ils suggèrent que le fait d'entrer en contact avec ses émotions pénibles a pu faire en sorte qu'elles prennent place dans son espace psychique au lieu d'être transposées en symptômes corporels pour être tolérables (Laskoski et al., 2020). Dans une publication ultérieure qui approfondit les résultats de la présente étude, Laskoski et al. (2021)

avancent le rôle de l'amélioration des capacités de mentalisation comme élément ayant également contribué à l'état de la participante.

Les résultats révèlent également qu'un mode de fonctionnement plus concret et opératoire, ainsi qu'une gamme affective restreinte, représentant des traits schizoïdes cliniquement significatives, étaient initialement observés chez la patiente. À la fin du traitement, ce score a significativement diminué le rendant en dessous du seuil clinique. Une diminution sur l'échelle de dissociation a également été observée, suggérant la modification de certains mécanismes psychologiques comme la tendance à réprimer ou déformer les événements pénibles, des incongruités entre les mots, affects, pensées, sentiments et des souvenirs déconnectés des émotions s'y rattachant. Il est important de noter qu'en plus d'un diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, la patiente souffrait de lupus et d'hypertension qui sont des syndromes médicalement expliqués (SME) (Laskoski et al., 2020, 2021).

Psychothérapies psychodynamiques brèves

Les psychothérapies psychodynamiques brèves (PPD-brèves; *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*) sont un ensemble de thérapies connexes, adaptées pour les désordres somatiques fonctionnels, et fondées sur les données probantes (Abbass et al., 2009, 2021). Il s'agit généralement de thérapies de 40 séances ou moins qui s'intéressent aux processus émotionnels et relationnels reliés au développement de l'individu, aux conflits non résolus, ainsi qu'aux expériences négatives passées. Elles

mettent également l'accent sur les processus inconscients ainsi que la relation thérapeutique (Abbass et al., 2021). Bien que les différentes PPD-brèves partagent plusieurs éléments en commun, elles présentent des objectifs de traitement qui varient. Certaines ciblent principalement la sphère émotionnelle (p. ex., psychothérapie psychodynamique intensive brève [PPDi-brève] et la thérapie par la conscience et l'expression émotionnelle [EAET]), alors que d'autres sont davantage centrées sur la mise en lumière des conflits intrapsychiques et interpersonnels (p. ex., la thérapie interpersonnelle dynamique [TID] et la thérapie psychodynamique-interpersonnelle [PIT]). Les prochains paragraphes les présentent.

Psychothérapie psychodynamique intensive brève

La psychothérapie psychodynamique intensive brève (PPDi-brève; *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*) est un modèle de thérapie psychodynamique expérientielle centrée sur les émotions. Elle a initialement été développée par Davanloo (1990, 2000, 2005) pour le traitement de patients exposés à des événements traumatiques dans leur enfance et souffrant de troubles de la personnalité, ainsi que de troubles somatiques, affectifs ou anxieux. La PPDi-brève spécialisée pour les SMI est axée sur l'expérience et l'expression corporelles des émotions et sur la façon dont celles-ci peuvent se transformer en symptômes corporels (Abbass et al., 2009; Cooper et al., 2017). Elle vise à aider les patients à diminuer leurs symptômes somatiques en les sensibilisant à reconnaître et tolérer leur anxiété reliée à différentes situations de vie stressantes, ainsi qu'à développer des moyens d'expression émotionnelle sains. Ce

faisant, au cours d'une séance, l'attention est portée sur les situations de vie dans lesquelles une forte activation émotionnelle s'est produite afin, notamment, de les relier aux effets physiques qui en ont découlés.

Une revue systématique de la littérature sur la PPDi-brève offertes à des individus présentant des symptômes somatiques fonctionnels a été réalisée par Abbass et al. (2012). Sur la base des six études répertoriées, les auteurs concluent à la pertinence et à l'efficacité de la PPDi-brève pour cette clientèle. Ils soulignent également l'importance de la diminution des coûts en soins de santé auprès de ces patients ce qui est non négligeable étant donné qu'ils sont de grands consommateurs de services de soins de santé et hospitaliers.

D'ailleurs, considérant que les SMI sont des motifs de consultations fréquents dans les cliniques médicales, mais qu'ils sont également souvent associés à des processus psychologiques et émotionnels non résolus, Cooper et al. (2017) ont proposé d'instaurer un service de consultation psychologique d'approche PPDi-brève au sein de deux cliniques de médecine familiale à Halifax. Le psychologue intégré aux cliniques fournissait des services thérapeutiques directement aux patients ainsi qu'une aide dans la gestion et la compréhension de ces derniers auprès de l'équipe.

Lors d'une étude préliminaire ils ont obtenu des résultats qualifiés d'encourageants pour ce nouveau service. Les patients ayant bénéficié de celui-ci ont rapporté une

diminution significative de leurs symptômes somatiques et du nombre de visites chez leur médecin de famille dans les six mois suivant le programme. De plus, l'équipe médicale et les patients ont déclaré un niveau élevé de satisfaction à l'égard du service. Leur étude ne comprenait toutefois pas de groupe témoin et leur échantillon, majoritairement féminin, était de petite taille ($n = 37$; Cooper et al., 2017).

Pour aller plus loin, Town et al. (2019) ont mené une recherche dans cette même clinique. Leur étude qualitative portait sur l'expérience subjective des processus émotionnels de patients aux prises avec des SMI (4 hommes, 3 femmes) et participant à une PPDi-brève. Trois principaux thèmes et 16 sous-thèmes ont émergé de leur analyse phénoménologique interprétative. Le premier thème fait référence à la présence d'obstacles quant à l'exploration des processus émotionnels. Six sous-thèmes sont ressortis : (a) la présence d'évitement émotionnel; (b) la présence d'une anxiété reliée à l'impact des émotions, et ce, surtout en lien avec le regard des autres s'ils expriment de la colère; (c) l'utilisation de stratégies d'évitement émotionnel; (d) la difficulté à identifier ses émotions et un vocabulaire restreint pour les décrire; (e) des réactions différentes d'un participant à l'autre en regard de l'engagement dans un processus thérapeutique impliquant les émotions; et (f) des réactions de surprises de la part de plusieurs participants devant l'approche thérapeutique utilisée, qui diffèrent de ce à quoi ils s'attendaient (Town et al., 2019).

Le deuxième thème rend compte des perspectives des participants sur leur processus de changement. Il se décline en six sous-thèmes : (a) le fait d'être constamment mis au défi concernant leur évitement et la suppression de leurs émotions; (b) le fait de porter à leur attention leur tendance à l'évitement; (c) le développement d'une conscience émotionnelle qui permet la distinction entre l'anxiété et les symptômes corporels; (d) la présence d'expérience émotionnelle directement en thérapie; (e) le traitement des émotions concernant les relations intimes; et (f) l'importance de la relation thérapeutique (Town et al., 2019).

Le troisième thème décrit les changements psychologiques observés par les participants et associés à l'amélioration de leur bien-être et la diminution de leur SMI. Quatre sous-thèmes rendent compte de ces changements : (a) la prise de conscience des liens entre les états émotionnels et physiques; (b) la diminution de l'utilisation de stratégie d'évitement des émotions; (c) l'acceptation des émotions; et (d) la diminution des perturbations sociales et professionnelles dues à des facteurs de stress émotionnels (Town et al., 2019).

Bien qu'un devis qualitatif comporte des limites quant à la généralisation des résultats, selon les auteurs, les thèmes ressortis soulèvent l'importance de l'expérience émotionnelle pour le traitement des SMI et la pertinence de la PPDi-brève à cet égard (Town et al., 2019).

Thérapie par la conscience et l'expression émotionnelle

La thérapie par la conscience et l'expression émotionnelle (*Emotional Awareness and Expression Therapy*; EAET; Lumley & Schubiner, 2019) a été récemment développée pour intervenir auprès des patients souffrants de douleur chronique et de symptômes somatiques persistants. Elle s'appuie sur les neurosciences affectives et combine des techniques issues de plusieurs thérapies centrées sur les traumatismes et les émotions. Le postulat de base est que les expériences émotionnelles stressantes, traumatiques ou conflictuelles non résolues conduisent à des difficultés émotionnelles, qui à leur tour contribuent à l'émergence ou le maintien des symptômes somatiques. C'est pourquoi elle vise l'amélioration des capacités à identifier, expérimenter et exprimer les émotions liées aux expériences de vie stressantes ou aux conflits émotionnels ainsi qu'à susciter des modes de réactions plus adaptatifs au sein des relations interpersonnelles (Lumley & Schubiner, 2019).

Dans un essai contrôlé randomisé auprès de patients atteints de fibromyalgie (Lumley et al., 2017), la EAET ($n = 79$) a été comparée à un traitement de base (séances d'informations sur la fibromyalgie; $n = 76$) ainsi qu'à une TCC ($n = 75$). Au suivi de six mois, les résultats sur l'intensité de la douleur n'ont montré aucune différence significative entre les participants qui recevaient la EAET et ceux des autres types d'interventions. Cependant, la EAET s'est avérée plus efficace que les séances d'informations sur la plupart des autres mesures au suivi de six mois. Les chercheurs ont notamment relevé une plus grande diminution des symptômes de fibromyalgie, de la

douleur généralisée, de la dépression, de l'anxiété et des difficultés cognitives ainsi qu'une amélioration plus importante du fonctionnement physique, de l'affect positif et de la satisfaction de vie. De plus, bien que les résultats des participants du groupe de la EAET ne diffèrent pas significativement de ceux de la TCC sur la plupart des mesures, la EAET a généré de meilleurs résultats en regard de certaines mesures secondaires liées à la douleur. Ainsi, en ce qui concerne les patients souffrant de fibromyalgie, les auteurs concluent à la pertinence de l'ajout d'une cible de traitement sur les expériences émotionnelles évitées, par le biais de la EAET.

L'étude possède plusieurs forces dont une méthodologie rigoureuse (p. ex., les thérapeutes n'étaient pas au courant des hypothèses de l'étude) et le fait que les trois conditions étaient équivalentes sur des facteurs non spécifiques (p. ex., huit séances hebdomadaires de 90 minutes avec un thérapeute). Cependant, elle comporte aussi des limites liées au fait que les participants étaient autosélectionnés. De plus, il est possible que la EAET convienne mieux à certains types de patients atteints de fibromyalgie, soit ceux ayant vécu des traumatismes et présentant un évitement émotionnel important, mais ces éléments n'étaient pas documentés chez les participants.

La EAET en formule très brève (trois séances individuelles de 50 minutes) a aussi été testée auprès d'une population atteinte du SCI ($n = 36$) en comparaison à un autre traitement (entraînement à la relaxation; $n = 36$) ainsi qu'à un groupe contrôle (liste d'attente; $n = 34$). Les participants ont été randomisés dans l'un des trois groupes

(Thakur et al., 2017). Les résultats suggèrent qu'à la fin du traitement et lors du suivi de 10 semaines, les participants du groupe de EAET rapportaient une diminution statistiquement significative de la gravité des symptômes du SCI et une amélioration de la qualité de vie, comparativement au groupe contrôle et à celui de l'entraînement à la relaxation. Cela suggère que l'ajout d'une cible sur la conscience émotionnelle peut améliorer le traitement des symptômes du SCI, même dans un suivi très bref. Cependant, les résultats n'ont pas révélé une diminution significative des symptômes psychologiques, contrairement à l'entraînement à la relaxation qui a suscité une diminution des symptômes dépressifs et anxieux en comparaison au groupe contrôle. Ces résultats suggèrent que la EAET permet aux participants de diminuer leurs symptômes somatiques en les sensibilisant aux traumatismes, aux stress de vie qu'ils peuvent vivre et à aux effets que peut générer l'évitement de leur processus émotionnel.

Plusieurs limites sont à mentionner, dont la petite taille de l'échantillon, l'utilisation de mesures autorapportées et des participants autosélectionnés. De plus, un suivi de trois séances peut être trop court pour susciter des changements sur les cibles de traitement de la EAET dont l'amélioration de la conscience émotionnelle, l'expression des affects inhibés, la résolution de conflit émotionnel et l'amélioration des relations interpersonnelles.

Par ailleurs, dans un essai contrôlé randomisé, Ziadni et al. (2018) rapportent qu'une seule rencontre axée sur les principes de base de la EAET permet des améliorations

importantes chez des patients atteints de SMI qui consultent en médecine familiale. Les participants de l'étude étaient randomisés dans l'une des deux conditions : entrevue EAET ($n = 49$) ou soins de santé habituels ($n = 26$). Au cours de l'entretien clinique de 90 minutes, l'intervieweuse (l'une des deux doctorantes en psychologie entraînées et supervisées par un psychologue) a aidé les patients à divulguer des conflits relationnels ou des expériences de vie stressantes, à accroître la conscience et l'expression d'émotions inhibées et à lier leurs émotions à leurs symptômes physiques. Les patients ayant participé à l'entrevue EAET ont connu plusieurs améliorations en comparaison au groupe contrôle, dont une diminution de la sévérité de la douleur et de son impact sur leur niveau de fonctionnement ainsi que de leurs problèmes de sommeil (avec des tailles d'effet modérées à grandes). Les analyses ont également montré une diminution des symptômes psychologiques (p. ex., anxiété, dépression) des participants à l'entrevue EAET (avec des tailles d'effet modérées). Il s'agit encore une fois d'un échantillon de petite taille uniquement formé de participants autosélectionnés. De plus, l'étude ne permet pas de savoir si les bénéfices ont perduré dans le temps. Néanmoins, comme pour les autres études portant sur la EAET, les résultats apportent un appui supplémentaire sur l'importance des facteurs de stress et des processus émotionnels dans l'intervention auprès des personnes qui présentent des SMI. Les auteurs soulignent d'ailleurs la pertinence d'intégrer des spécialistes en psychologie dans les milieux de soins de première ligne (Ziadni et al., 2018), ce qui abonde dans le même sens que les travaux de Cooper et al. (2017), ainsi que ceux de Town et al. (2019) présentés précédemment.

Finalement, la EAET a été testée dans une formule en ligne (I-EAET) lors d'une étude pilote, réalisée par Maroti et al. (2021), auprès d'un échantillon de participants composé de personnes atteintes de trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5, mais dont les participants qui présentaient certaines altérations médicalement expliquées étaient exclus (p. ex., cancer, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde). Les résultats obtenus suggèrent que la I-EAET peut aider les patients à diminuer leurs symptômes somatiques, ainsi qu'améliorer leur fonctionnement physique et psychologique. De plus, ces effets se maintiennent, voire s'améliorent (selon certaines mesures), au moins jusqu'à quatre mois après le traitement. Retenons, cependant, qu'il s'agit d'une étude pilote, sans groupe témoin, qui comporte plusieurs limites dont le fait que l'échantillon était presque entièrement composé de femmes (96,2 %) ayant déjà des antécédents de psychothérapie (86,5 %), autosélectionnées sur la base de leur intérêt à explorer les facteurs émotionnels susceptibles de contribuer à leurs symptômes somatiques et présentant une comorbidité psychiatrique élevée (p. ex., dépression, trouble panique, agoraphobie, trouble de stress post-traumatique, anxiété sociale, trouble obsessionnel compulsif, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité). Ces résultats sont tout de même un début considérant qu'aucune autre étude n'a évalué l'efficacité de l'I-EAET pour l'instant (Maroti et al., 2021).

Thérapie interpersonnelle dynamique

La thérapie interpersonnelle dynamique (TID; *Dynamic Interpersonal Therapy*; Lemma et al., 2010) est une intervention d'orientation psychodynamique, utilisant un

guide qui propose 16 séances, initialement développée pour le traitement de la dépression. Construite sur la base des éléments efficaces communs aux thérapies dynamiques, la TID est une variante de la PPD, qui s'intéresse tout particulièrement aux processus interpersonnels (Lemma et al., 2010). Elle trouve ses racines dans les modèles sur l'attachement, la mentalisation, les relations d'objet et la théorie interpersonnelle (Lemma et al., 2010). Elle vise la compréhension des représentations mentales de soi et des schémas relationnels inconscients, reliés aux difficultés des patients, ainsi que le rétablissement de la capacité de régulation du stress via l'utilisation de stratégies d'attachement plus adaptatives et l'amélioration des capacités de mentalisation (Lemma et al., 2010; Luyten & van Houdenhove, 2013).

Des adaptations de la TID pour les patients atteints de troubles somatiques fonctionnels (TID-TSF; Luyten et al., 2012, 2013) et pour ceux atteints de SMI (TID-SMI; Delfstra & van Rooij, 2015) ont été mises sur pied dans la dernière décennie. Toutes deux se déclinent en trois phases qui vont comme suit. La première phase consiste à engager le patient dans la thérapie ainsi qu'à formuler une orientation au traitement, appelé un focus affectif interpersonnel (*Interpersonal Affective Focus*; IPAF), en collaboration avec le patient. Il s'agit d'identifier un problème relationnel central et répétitif. La deuxième phase permet de travailler autour du IPAF. Lors de cette phase, le modèle typique d'attachement interpersonnel du patient est considéré. Un accent particulier est mis sur le réinvestissement du corps et la mise en place de liens entre les expériences interpersonnelles et corporelles. On y retrouve des interventions de

soutien (p. ex., réassurance, empathie), des interventions de mentalisation, des techniques expressives comme l'interprétation et le travail sur la relation transférentielle, puis des techniques directives (p. ex., encourager le patient à essayer de nouvelles façons de communiquer). La troisième phase est une période d'autonomisation et d'élaboration de la fin de thérapie. Elle vise le transfert des découvertes que le patient a réalisées durant la thérapie à son contexte de vie quotidien (Delfstra & van Rooij, 2015; Luyten et al., 2012, 2013).

L'efficacité du traitement TID-SMI a été testée lors d'une étude pilote (Selders et al., 2015) en comparaison avec un traitement conventionnel d'approche TCC. Les résultats suggèrent que la TID-SMI brève, 20 séances offertes en groupe, est une intervention efficace auprès de cette clientèle. Elle est associée à une diminution des symptômes somatiques et une amélioration de la qualité de vie, et ce, de façon similaire aux patients du groupe TCC. Les diminutions des symptômes psychologiques (anxiété et dépression) étaient quant à elles modérées. La TCC est toutefois apparue légèrement plus efficace que la TID-SMI sur certaines mesures comme la diminution de la douleur et la fatigue, l'amélioration de la qualité de vie et du niveau de fonctionnement. Or, certains éléments sur lesquels la TCC est apparue légèrement plus efficace (p. ex., fatigue et douleur) étaient des cibles de la TCC, alors que les changements (p. ex., au niveau des capacités de mentalisation et du fonctionnement interpersonnel), ciblés par la TID-SMI, n'étaient pas évalués. Enfin, ce projet pilote nécessite d'être appuyé par

d'autres études plus rigoureuses, qui évalueront notamment des participants randomisés au sein de groupes.

Thérapie psychodynamique-interpersonnelle

La psychothérapie psychodynamique-interpersonnelle (*Psychodynamic-Interpersonal Therapy*; PIT) et la thérapie interpersonnelle dynamique (TID), bien qu'elles partagent plusieurs points communs, sont deux formes de thérapies différentes. La PIT a initialement été élaborée par Hobson (1985). Selon cette approche, un dérèglement du développement de l'expérience corporelle de soi et des relations interpersonnelles serait à la base des symptômes somatiques (Barkham et al., 2017). La PIT a son propre manuel qui comporte trois phases de traitement. La première porte sur l'exploration et la validation des plaintes corporelles, la construction d'une relation thérapeutique, l'initiation à la relaxation corporelle et l'introduction aux liens entre les plaintes corporelles et les problèmes relationnels. La deuxième phase porte sur l'exploration approfondie du vécu émotif et la poursuite de l'établissement du lien entre des symptômes expérimentés au quotidien et des difficultés relationnelles. La troisième et dernière phase en est une d'élaboration d'un bilan et de la planification des mesures à poursuivre, comme une psychothérapie (Barkham et al., 2017; Sattel et al., 2012).

En Allemagne, Sattel et al. (2012) ont réalisé une étude randomisée contrôlée sur l'efficacité de la PIT adaptée aux patients atteints de troubles multisomatoformes¹. Ils ont comparé une formule brève de la PIT (12 séances hebdomadaires d'environ 45 minutes, sauf la première séance qui était de 90 minutes) ($n = 107$) à un groupe recevant des soins médicaux améliorés (trois séances d'environ 30 minutes à intervalles de six semaines offertes par des médecins qualifiés qui prescrivent un traitement pharmacologique et prodiguent des conseils sur la gestion des symptômes) ($n = 104$). Les résultats ont montré une amélioration de la qualité de vie (reliée à l'état de santé physique) et une diminution de la somatisation dans les deux groupes, et ce, jusqu'à neuf mois après le traitement. Cependant, une amélioration significativement plus importante a été rapportée pour le groupe de traitement PIT. Les analyses sur les mesures de santé mentale, de dépression, d'anxiété et d'utilisation des services de santé n'ont toutefois pas révélé de différences significatives entre les groupes.

Les résultats suggèrent que la PIT et les soins médicaux améliorés peuvent tous deux aider les patients atteints de troubles multisomatoformes. Toutefois, la PIT permettrait une amélioration de la qualité de vie plus grande et plus durable dans le temps. L'étude comporte la force d'avoir un grand échantillon et donc une bonne puissance statistique. Cependant, l'absence d'un groupe contrôle équivalent ne permet

¹ Les troubles multisomatoformes n'ont pas été présentés explicitement dans la section « Classification et définitions des concepts ». Il s'agit d'une construction diagnostique de Kroenke et al. (1997) qui se caractérise par des symptômes corporels graves et invalidants dont la douleur est le symptôme le plus courant. L'étude a été rapportée dans cette synthèse de la littérature compte tenu qu'il est possible de faire plusieurs rapprochements entre les troubles multisomatoformes (Kroenke et al., 1997) et les autres typologies présentées à la section « Classification et définitions des concepts ».

pas de statuer sur l'efficacité spécifique à la PIT, puisque d'autres variables peuvent avoir joué un rôle, comme le nombre et la durée des séances, qui étaient plus élevés dans le groupe PIT (Sattel et al., 2012).

En 2021, les données de l'étude de Sattel et al. (2012) ont été reprises afin d'étudier si la dépression, l'alliance thérapeutique et le stress sont des médiateurs de l'efficacité de la PIT sur la qualité de vie des participants neuf mois après le traitement (Humer et al., 2021). Les résultats suggèrent qu'uniquement le stress est un mécanisme de changement pertinent considéré comme un médiateur de l'efficacité de la PIT auprès des patients ayant un trouble multisomatoformes. Humer et al. (2021) soutiennent donc que la régulation du stress est une cible essentielle du traitement de ce type de trouble. Les techniques de relaxation corporelle ainsi que l'éducation sur les symptômes somatiques seraient donc des aspects importants du traitement pour améliorer la gestion du stress qui, à son tour, pourrait conduire à des résultats à long terme sur la diminution des symptômes corporels. L'étude comporte certaines limites comme le fait que les mesures étaient uniquement des autoévaluations et que l'alliance thérapeutique n'était évaluée qu'à la fin du traitement.

Méta-analyse sur l'ensemble des PPD-brèves

Abbass et ses collègues (2020) ont réalisé une méta-analyse de 17 études contrôlées randomisées dans le but de synthétiser l'efficacité des PPD-brèves spécialisées pour les patients atteints de troubles somatiques fonctionnels en comparaison à un groupe témoin

sans psychothérapie (liste d'attente, traitement minimal ou habituel) et des groupes contrôles recevant d'autres traitements (TCC individuel ou en groupe, entraînement structuré à la relaxation, MBSR et pharmacothérapie).

Les résultats ont révélé que la PPD-brève est supérieure aux conditions sans traitement en ce qui a trait à la diminution de la sévérité des symptômes somatiques, avec de grandes tailles d'effet, et ce, jusqu'à plus de six mois après la fin de l'intervention. La PPD-brève s'est également révélée avantageuse pour d'autres mesures secondaires comme les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que les symptômes psychiatriques généraux. La présence d'une forte hétérogénéité entre les études et leurs qualités méthodologiques généralement modérées constituent toutefois des limites importantes. D'ailleurs, pour ce qui est de la comparaison avec des traitements comparables, le faible nombre d'études ne permet pas de résultat précis, bien que les données suggèrent que la PPD-brève serait aussi efficace que les autres traitements. Finalement, l'étude en révèle très peu sur les mécanismes thérapeutiques propres à la PPD-brève qui seraient responsables des avantages observés. Les analyses effectuées par les auteurs soulèvent la possibilité d'un biais de publication en ce qui concerne les études recensées. Considérant que les expérimentations n'ayant pas révélé de résultats significatifs ne sont pas ou peu publiées, il est difficile de tracer un réel portrait de l'efficacité des PPD-brèves.

L'équipe de recherche d'Abbass et al. (2021) a ensuite réalisé une nouvelle méta-analyse afin d'observer les effets du traitement à différents temps de mesure et préciser de quels types d'améliorations les patients bénéficient lors d'une PPD-brève. Pour ce faire ils ont inclus des essais cliniques et des études observationnelles, en plus des essais randomisés contrôlés, pour un total de 37 études réalisées auprès d'échantillons différents : 18 sur des affections reliées à la douleur comme la fibromyalgie, neuf sur les symptômes somatiques mixtes, six sur les troubles fonctionnels neurologiques et quatre sur les troubles gastro-intestinaux fonctionnels.

Les résultats indiquent que les PPD-brèves entraînent une diminution significative des symptômes somatiques. Les tailles d'effet sont de modérées à grandes après le traitement; modérées après trois à six mois et grande à long terme, soit six mois après le traitement. Des améliorations sur des mesures secondaires comme les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que les symptômes psychiatriques généraux ont également été observées (avec des tailles d'effet modérées à grandes) et les effets se maintiennent aussi au-delà de six mois. Les résultats montrent également une diminution significative et soutenue dans le temps des coûts de soins de santé, des incapacités et des dysfonctionnements physiques.

Il est intéressant de noter que des résultats de plus faible amplitude ont été observés pour les patients atteints de troubles neurologiques fonctionnels, suggérant qu'il pourrait s'agir d'un sous-groupe de patients plus difficiles à traiter avec une approche à court

terme ou qui répondraient moins bien à ce type de traitement, ce qui coïncide avec ce qui a été mentionné à la section « Définitions des concepts entourant la somatisation » (p. 8) et la raison pour laquelle nous avons le plus possible exclu ce trouble des études rapportées.

D'autres limites appellent à la prudence quant à la généralisation des résultats. Les études comprises dans cette méta-analyse étaient parfois de faible qualité méthodologique. En outre, l'étude porte sur plusieurs formes de somatisation. Bien que certains experts recommandent cette méthodologie, comme mentionné à la section « Définitions des concepts entourant la somatisation » (p. 8), il n'y a pas consensus quant à la question de la pertinence de les regrouper ou non. Enfin, la méta-analyse inclut également plusieurs formes de thérapies qui, malgré qu'elles soient toutes d'orientation PPD-brève, peuvent présenter des différences importantes. D'ailleurs, des analyses de sous-groupes suggèrent des différences importantes entre les différentes formes de PPD-brèves. À titre d'exemple, les auteurs observent que les PPD-brèves qui durent plus de douze séances et celles qui se concentrent davantage sur l'activation et l'expression émotionnelles semblent produire des effets plus importants. En d'autres mots, il apparaît que des thérapies axées sur les émotions comme la PPDi-brève et la EAET produisent des effets cliniquement plus importants que les thérapies principalement axées sur l'*insight* comme la PIT (Abbass et al., 2021).

Thérapies intégratives et multidisciplinaires

De récentes études indiquent qu'un traitement psychologique intégratif et multidisciplinaire, aussi appelé multimodal par certains auteurs, pourrait avoir des effets bénéfiques auprès de patients qui présentent des troubles liés à la somatisation (Houtveen et al., 2015; Ranjan & Masroor, 2020).

Ranjan et Masroor (2020) ont évalué l'efficacité d'une psychothérapie multimodale pour la prise en charge du trouble de somatisation en contexte indien. Le traitement comprenait : (1) l'attention aux pensées et émotions associées aux symptômes physiques; (2) la planification des activités de la vie quotidienne; (3) l'introduction à l'hygiène du sommeil; (4) l'apprentissage de la respiration diaphragmatique; (5) l'intervention psychosociale; (6) la psychothérapie individuelle psychodynamique; et (7) la restructuration cognitive. Trente patients atteints de trouble de somatisation¹ d'un service externe de soins hospitaliers ont été aléatoirement divisés dans un groupe de traitement ($n = 15$) et un groupe témoin ($n = 15$).

En comparaison avec le groupe témoin, les participants du groupe de traitement montraient une diminution significative de leurs symptômes somatiques, ainsi qu'une amélioration de leur état de santé générale après 12 séances. Les résultats suggèrent que la thérapie multimodale permet également de diminuer significativement l'utilisation de certains mécanismes de défense immatures (p. ex., projection, déplacement) et

¹ Expression non spécifique utilisée par les auteurs.

d'augmenter l'utilisation de mécanismes plus matures (p. ex., rationalisation et intellectualisation). En fait, une utilisation de ces mécanismes de défense, comparable à la moyenne observée dans la population générale considérée en santé, a été observée chez les patients à la suite du traitement. Le degré de perturbation dans plusieurs sphères de l'individu comme le concept de soi, l'environnement familial et les relations interpersonnelles a aussi significativement diminué après le traitement. Finalement, les gains thérapeutiques obtenus à la suite de l'intervention ont été maintenus, voire augmentés au suivi de trois mois. La faible taille de l'échantillon limite toutefois la généralisation des résultats (Ranjan & Masroor, 2020).

Pour leur part, Houtveen et ses collaborateurs (2015) ont évalué l'efficacité d'un programme intensif de soins multidisciplinaires de troisième ligne, développé aux Pays-Bas, auprès de patients ayant un diagnostic principal de trouble somatoforme selon le DSM-IV-TR. La majorité d'entre eux présentaient une condition sévère et chronique, c'est-à-dire qu'elle se manifestait depuis plusieurs années et générait de nombreuses difficultés psychosociales et physiques. Les auteurs ont également relevé au sein de l'échantillon un niveau de comorbidité élevé avec d'autres troubles de santé mentale, dont les troubles anxieux, de l'humeur ou de la personnalité. Les participants étaient également caractérisés par le fait qu'ils n'avaient pas connu d'amélioration à la suite d'un premier traitement, souvent une TCC.

En bref, le programme testé se veut une intervention multidisciplinaire principalement axée sur la mentalisation et l'acceptation. Il inclut plusieurs composantes inspirées de la TCC, la psychothérapie centrée sur l'*insight*, l'ACT, la thérapie systémique, mais également de la physiothérapie psychosomatique, de la thérapie psychomotrice et de l'art-thérapie (Houtveen et al., 2015).

À la suite du traitement, les résultats suggèrent une diminution des symptômes somatiques (taille d'effet modérée) et une augmentation de la qualité de vie liée à la santé (taille d'effet petite). Ces bénéfices se sont maintenus au suivi de deux ans. Une diminution de la détresse psychologique autorapportée (mesurée par l'anxiété, la dépression et la psychopathologie globale) a aussi été observée de même qu'une diminution faible, mais significative, de l'utilisation des soins de santé. Cette dernière mesure était toutefois autorapportée de façon rétrospective, ce qui limite sa fidélité.

L'étude comporte plusieurs forces dont le fait qu'elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 183 participants et qu'il y avait un temps de mesure après deux ans. On note toutefois comme principale limite qu'il n'y avait pas de groupe témoin. De plus, les chercheurs constatent la présence de grandes différences interindividuelles dans les résultats, suggérant qu'un traitement similaire ne produit pas nécessairement le même effet chez chaque patient. En incluant plusieurs composantes, un programme multidisciplinaire peut rejoindre davantage de personnes, dont celles qui répondent habituellement moins bien à d'autres types de thérapies, comme cela semble être le cas

des patients plus sévèrement atteints de par l'intensité et/ou la chronicité de leur état (Houtveen et al., 2015).

Ayant préalablement découvert que les patients atteints de troubles somatoformes présentaient un niveau d'activités plus faible dans plusieurs zones du cerveau lors d'une tâche d'empathie, indiquant un traitement émotionnel perturbé (de Greck et al., 2012), des chercheurs ont mesuré l'effet d'une psychothérapie psychodynamique multimodale afin de voir si elle peut conduire à la normalisation de l'activité cérébrale (de Greck et al., 2013). Pour ce faire, des participants ont assisté à une thérapie d'orientation psychodynamique (PPD) individuelle et de groupe, un traitement médical ainsi que certaines méthodes thérapeutiques comme la musicothérapie, la thérapie par le mouvement communicatif, l'art-thérapie, la thérapie sociale et les méthodes de relaxation. Les participants étaient des patients hospitalisés avec un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié ($n = 11$), un trouble de somatisation ($n = 2$) ou un trouble douloureux ($n = 2$), ainsi que 15 participants sans diagnostic pour le groupe contrôle. Le traitement a été associé à : (1) une diminution de la sévérité de la somatisation; (2) une amélioration de la conscience émotionnelle et des capacités de reconnaissance des émotions; et à (3) une diminution des symptômes dépressifs chez les participants du groupe de thérapie. En ce qui concerne le groupe expérimental, les résultats ont également révélé une normalisation de l'activité de plusieurs zones cérébrales lors d'une tâche d'empathie impliquant la colère.

Les résultats de leur étude appuient l'hypothèse selon laquelle la PPD améliore la reconnaissance des émotions en permettant la récupération de souvenirs émotionnels réprimés. Ce faisant, le processus de répression des émotions diminue, tout comme la somatisation. Cependant l'étude comporte certaines limites. Comme mentionné, le traitement étant multimodale, il est ainsi impossible de savoir à quel point les effets observés sont réellement dus à la PPD ou à d'autres modalités thérapeutiques. De plus, les chercheurs n'expliquent pas pourquoi uniquement la tâche d'empathie impliquant la colère s'est avérée significative (de Greck et al., 2013).

Facteurs ayant une influence sur la psychothérapie

Il est désormais documenté que l'efficacité de la psychothérapie ne repose pas uniquement sur des facteurs spécifiques aux approches et méthodes, mais également – et ce, pour une part importante –, sur des facteurs communs aux différents courants en psychothérapie (Jaeken et al., 2015; Norcross & Wampold, 2011). La présente section permet de passer en revue des études qui se sont intéressées aux facteurs non spécifiques à une approche pouvant avoir un impact sur l'efficacité psychothérapeutique auprès des patients qui présentent une condition de somatisation.

L'alliance thérapeutique est le facteur commun qui ressort le plus souvent de la littérature (Horvath et al., 2011; Roth & Fonagy, 2005; Wampold, 1997). Étant donné que, d'une part, elle est d'une grande importance pour l'efficacité d'une psychothérapie (Horvath et al., 2011) et que, d'autre part, la présence d'enjeux d'attachement chez les

patients atteints de condition somatique est fréquente (p. ex., McWilliams, 2017; Nacak et al., 2017; Waldinger et al., 2006), il apparaît pertinent de prendre en compte l'aspect particulier de la relation thérapeutique auprès de ces patients.

Tout d'abord, Mander et al. (2017) ont comparé l'alliance entre les thérapeutes et les patients souffrant de différents troubles de santé mentale : dépression ($n = 133$), troubles somatoformes ($n = 122$) ainsi que troubles alimentaires ($n = 93$). Aucune différence n'a été observée entre les groupes, signalant que l'alliance thérapeutique est comparable et non spécifique aux diagnostics. Cela appuie l'importance de faire de l'alliance une cible centrale dans toutes psychothérapies.

Ensuite, l'étude de Krivzov et al. (2020) apporte une compréhension approfondie de la façon dont la dynamique interpersonnelle des patients qui présentent un syndrome somatique fonctionnel (SSF) peut influencer la relation thérapeutique. Pour ce faire, ils ont réalisé une métasynthèse, c'est-à-dire une analyse d'études de cas de psychothérapies de diverses orientations théoriques auprès de patients atteints de SSF ($n = 23$). Quatre thèmes sont ressortis concernant la dynamique interpersonnelle de ces patients : (1) la perception que les autres sont peu fiables; (2) la volonté de plaire aux autres; (3) le besoin de contrôler les autres; et (4) l'évitement émotionnel.

De façon plus détaillée, le premier thème révèle que les individus atteints de SSF ont souvent été entourés de proches peu fiables au cours de leur enfance (p. ex., parents

indisponibles, sévères, contrôlants, exigeants ou maltraitants) et que ces expériences d'abandon et de sentiment de se faire contrôler par l'autre se sont répétées dans les relations adultes de diverses façons (p. ex., au travail, en couple). Il ressort également que la perception de l'autre comme étant non fiable peut se transposer sur la relation thérapeutique (p. ex., méfiance, scepticisme envers le thérapeute, peur d'être abandonné et rejeté par celui-ci).

Pour sa part, le deuxième thème met en lumière que les patients souffrant de SSF seraient portés à l'abnégation de soi. Qui plus est, leur volonté de plaire aux autres et leurs comportements d'aide pourraient les mener à l'épuisement. Dans la relation thérapeutique, cette tendance à la complaisance peut parfois devenir un obstacle au changement lorsque, entre autres, les patients n'osent pas exprimer leur colère ou évitent l'expression émotionnelle et restent plutôt en surface.

Le troisième thème a, quant à lui, surtout été identifié par les thérapeutes de l'étude. Ces derniers ont détecté chez les patients la présence d'une attitude contrôlante ainsi qu'une méfiance et parfois même une dévalorisation du thérapeute. Contrôler et plaire étaient des attitudes parfois simultanément présentes.

Enfin, le quatrième thème est celui qui apparaît le plus présent, soit la pauvreté de la conscience émotionnelle et l'expression restreinte des émotions négatives comme la

colère et la tristesse. Les patients n'ont pas été identifiés comme atteints d'alexithymie¹, mais plutôt comme ayant tendance à cacher ou retenir l'expression émotionnelle pour des raisons interpersonnelles. Parfois, ce comportement représentait aussi une stratégie pour plaire ou contrôler les autres. D'ailleurs, indépendamment de leurs approches théoriques les thérapeutes de l'étude tendaient à cibler l'évitement émotionnel au cours des séances.

Krivzov et ses collaborateurs (2020) ont également relevé, des 23 études de cas analysées, que l'aggravation ou le déclenchement de symptômes liés au SSF découlaient de quatre contextes : (1) après s'être coupé des émotions négatives; (2) face à un conflit interpersonnel (p. ex., abandon perçu, rupture, confrontation, conflit); (3) au cours de la psychothérapie; et (4) lors de l'apparition d'une condition physique non liée au SSF (p. ex., menstruation, grippe, effort physique).

Tout comme les résultats de Town et al. (2019) présentés dans la section « Psychothérapies psychodynamiques brèves » (p. 65), ceux de Krivzov et al. (2020) pointent l'importance de l'évitement émotionnel chez les patients atteints de SSF. Ces derniers y spécifient son caractère stratégique de sorte que selon eux, l'évitement émotionnel apparaît davantage comme une stratégie relationnelle qu'un trait stable de la personnalité (p. ex., alexithymie).

¹ L'alexithymie peut être définie comme un trait de personnalité (ou un état transitoire) caractérisé par des difficultés dans l'identification et l'expression de ses émotions (Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997). Plusieurs recherches pointent un lien entre la somatisation et l'alexithymie (p. ex., De Gucht & Heiser, 2003; Öztürk et al., 2016; Porcelli et al., 2014).

On retiendra donc qu'il apparait important que le thérapeute soit attentif à la dynamique relationnelle, qu'il demeure à l'affût aux signes d'une relation problématique, d'une trop grande complaisance ou de la présence d'évitement émotionnel chez son patient atteint de SSF. Enfin, il est à noter que l'étude comprenait huit participants âgés de moins de 18 ans ($n = 5$ adolescents; $n = 3$ enfants; $n = 15$ adultes) et qu'aucun participant n'avait plus de 60 ans.

Les résultats de l'étude de Krivzov et al. (2020) sont cohérents avec la théorie développée par Luyten et Fonagy (2016) qui indiquent trois caractéristiques fondamentales à considérer lors de la prise en charge de patients atteints de troubles somatiques fonctionnels ou de plaintes somatiques persistantes : (1) la dépendance excessive aux stratégies d'attachement secondaires¹; (2) les problèmes de mentalisation; et (3) les difficultés avec la confiance épistémique². Ces trois caractéristiques moduleraient la capacité du patient à établir une relation thérapeutique et par conséquent la retombée ou l'efficacité des traitements proposés. Les auteurs soulignent l'importance de s'attarder d'abord à contrer la méfiance qui peut être présente chez ces patients (p. ex., en validant leur souffrance) pour établir une relation de confiance permettant ensuite un travail thérapeutique. Il apparait donc primordial d'accorder une attention particulière à la relation thérapeutique avec ces patients. Considérant l'utilisation

¹ Il s'agit de stratégies de régulation des affects qui sont utilisées lorsque la régulation normative fait défaut. Elles impliquent une hyperactivation et/ou une désactivation du système d'attachement et conduisent à une dysrégulation supplémentaire, car elles nécessitent un coût métabolique élevé et sont associées à des troubles dans la mentalisation (Luyten & Fonagy, 2016).

² La confiance épistémique réfère à la capacité d'une personne à faire confiance aux autres en tant que source de connaissances fiable sur le monde et sur leurs problèmes actuels (Luyten & Fonagy, 2016).

fréquente de stratégies d'attachement secondaires et de modes de fonctionnement non mentalisant chez ces patients (comme cause ou conséquence de leurs symptômes), le thérapeute fera attention aux interventions qu'il réalise, au risque, sinon, de causer des abandons de la thérapie ou des problèmes de transfert et contre-transfert difficiles à résoudre (Luyten & Fonagy, 2016).

Un problème d'engagement dans la psychothérapie a aussi été identifié chez les patients qui souffrent de SMI (Luca, 2012). Par ailleurs, ces patients pourraient même être réticents à accepter des références pour une psychothérapie (Arnold et al., 2006). En outre, ils résisteraient parfois à relier leurs symptômes physiques à des expériences psychologiques (Kirmayer & Robbins, 1991). Les patients atteints de SMI auraient des résistances à s'engager dans le processus thérapeutique étant donné la fréquence des difficultés relationnelles qu'ils rencontrent, et leurs difficultés à sortir d'un discours porté sur leur corps et à se concentrer sur leurs émotions (Luca, 2012).

Balabanovic et Hayton (2020) ont pour leur part réalisé une étude qualitative afin de mieux comprendre le déroulement du processus d'engagement des patients atteints de SMI et les stratégies utilisées par les thérapeutes pour le favoriser. Leurs résultats révèlent l'importance de la collaboration des thérapeutes et des médecins dans l'engagement en thérapie de ces patients. La sélection, par les médecins, des patients à référer en thérapie, le *timing*, la façon dont la référence est proposée et la relation médecin-patient seraient tous des éléments pouvant grandement influencer l'engagement

subséquent du patient en thérapie. Il est à noter que l'étude a été effectuée auprès de thérapeutes qui travaillent pour le système de santé publique du Royaume-Uni et les résultats sont donc teintés de ce contexte.

Par ailleurs, les auteurs indiquent qu'il est fréquent que les patients soient encore à la recherche de causes organiques à leur souffrance lorsqu'ils commencent une thérapie. Pour éviter les abandons ou les ruptures d'alliance, les thérapeutes doivent donc être ouverts aux perceptions des patients et éviter de les confronter à cet égard lors des premières rencontres. Il est plutôt suggéré de valider leurs expériences de santé difficiles et de positionner initialement le traitement comme une aide pour faire face à leurs symptômes. Il est préférable que le thérapeute soit sensible aux symptômes et points de vue des patients avant de les amener graduellement à élargir leur compréhension de leurs symptômes. Pour ce faire, Balabanovic et Hayton (2020) indiquent l'importance d'adopter une approche flexible, intégrative, centrée sur la personne et le processus thérapeutique. Les thérapeutes qui seraient trop campés dans leurs cadres théoriques pourraient ainsi voir davantage de ruptures d'alliance se produire (p. ex., un thérapeute qui aborde l'influence de l'enfance en début de traitement, alors que le patient est encore convaincu que ses symptômes ont une cause strictement organique peut amener ce dernier à sentir que ses symptômes sont « psychologisés » et se sentir offusqué).

Lorsque la relation de confiance est installée, une stratégie efficace est d'inviter le patient à coconstruire le sens à donner aux symptômes, par opposition à l'imposition ou

la proposition d'une explication. Finalement, il est recommandé que les thérapeutes modulent leurs interventions selon le mode de fonctionnement psychologique de leur patient (p. ex., niveau de mentalisation), son vécu émotionnel et la qualité de la relation thérapeutique (Balabanovic & Hayton, 2020).

Discussion

L'objectif du présent essai était de tracer un portrait des traitements psychothérapeutiques auprès des personnes qui souffrent des diverses conditions entourant la somatisation. Pour ce faire un état de la littérature de la dernière décennie (2010 à 2021) a été réalisé. La présente section se veut une synthèse des principaux résultats et une lecture critique de ces derniers.

De façon générale, les résultats soutiennent la pertinence des psychothérapies pour le traitement des personnes souffrant des diverses conditions entourant la somatisation. Cependant, force est de constater que ce champ d'étude est soumis à de multiples enjeux qui compliquent la généralisation et la synthèse des résultats qui en découlent. Afin que le lecteur puisse avoir un juste portrait, nous présentons d'abord ces différentes limites de façon critique et réflexive avant de résumer les principales conclusions tirées de notre recension littéraire. Suivent les limites de l'essai et les recommandations pour les futures études.

Réflexion concernant les limites générales de ce champ d'étude

Nous ne pouvons passer sous silence l'enjeu des limites inhérentes à la recherche scientifique en psychologie et plus particulièrement à celui du domaine de la somatisation. Si la psychologie, par sa complexité, est une discipline soumise

à de nombreuses limites dans son exercice scientifique, il en est d'autant plus vrai pour un thème aussi controversé et sans consensus clair que celui de la somatisation.

Premièrement, la *multitude d'expressions existantes* (p. ex., SMI, SSF, trouble somatoforme, trouble à symptomatologie somatique, fibromyalgie, SCI, SFC et syndrome de détresse corporelle) est un obstacle évident à la recherche. D'une étude à l'autre, les conditions entourant la somatisation sont opérationnalisées de différentes façons. La question à savoir s'il est préférable d'étudier le phénomène de façon globale ou spécifique quant à ses différentes étiquettes demeure pertinente et non répondue. Plusieurs auteurs dont l'étude porte sur des échantillons qui incluent des individus regroupés sous une classification large, comme SMI ou SSF, recommandent finalement d'étudier les problématiques de façon séparée puisqu'ils observent des différences importantes dans les résultats selon les conditions spécifiques aux patients (p. ex., entre la fibromyalgie et le SCI) (Lakhan & Schofield, 2013; Sarter et al., 2021). Or, il semble que l'on ne puisse échapper au problème de l'hétérogénéité, même lorsque l'étude porte sur un groupe de patients ayant une condition qui semble plus circonscrite. C'est en effet ce que soulèvent Radu et ses collaborateurs (2018) dont l'étude était uniquement composée de patients ayant un SCI.

Afin d'aider une personne aux prises avec une problématique particulière et qui demande des soins, il est nécessaire de mieux comprendre cette dite problématique. Or, lorsqu'il est question des conditions liées à la somatisation, un défi se pose déjà à

l'identification et la description du phénomène. Il nous est donné de croire qu'il y a un grand intérêt à établir un champ lexical commun (notamment entre l'univers médical et psychologique) ainsi que des définitions consensuelles. En plus d'aider à la recherche, en permettant plus de rigueur, cela améliorerait certainement la qualité des soins prodigués aux patients, notamment en s'assurant de les orienter vers les bons traitements selon leur condition.

En même temps, le problème de la classification des conditions entourant la somatisation nous rappelle qu'il nous incombe peut-être de tolérer une part d'impuissance inhérente à la condition humaine. Ce dernier nous renvoie à l'unicité de chaque personne et à l'importance de s'intéresser à celle-ci en premier lieu, bien avant l'étiquetage de ses symptômes. Pour faire avancer les connaissances, il nous paraît clair que des efforts doivent se poursuivre pour apporter des précisions nosologiques, mais au niveau clinique il pourrait être plus pertinent de dresser un portrait complet de la personne souffrante plutôt que de savoir si ses symptômes sont de l'ordre de la fibromyalgie, du SCI, du trouble somatoforme ou même des trois. Nous appuyons l'avis de Cathébras (2017) qui postule qu'une approche centrée sur la personne est à prioriser. À ce sujet, il rappelle une citation célèbre en médecine qui stipule qu'il est « plus important de savoir quelle sorte de personne a une maladie que quelle sorte de maladie a une personne » (Cathébras, 2017, p. A18).

Un autre aspect à soulever est la présence de *biais au niveau de l'échantillonnage*. Tout d'abord, presque toutes les études rapportées comportent des échantillons de participants autosélectionnés. Il s'agit d'une limite importante dans la mesure où les volontaires peuvent présenter des caractéristiques distinctes comme la présence d'un intérêt marqué pour la compréhension des processus psychologiques pouvant être impliqués dans leurs difficultés somatiques. D'ailleurs, les études répertoriées sont majoritairement effectuées auprès de participants qui recherchent une aide pour leurs SMI ou qui ont reçu un diagnostic en lien avec une condition liée à la somatisation. Nous pouvons alors questionner la représentativité des personnes qui vivent avec de tels symptômes dérangeants, mais qui ne consultent pas ou qui sont réticentes à une approche psychologique. Des études tendent d'ailleurs à montrer qu'un style d'attachement évitant est corrélé à l'évitement de la recherche de soins pour ses symptômes physiques (Adams et al., 2018; Ciechanowski et al., 2002). Ainsi, il est possible que les personnes ayant un profil d'attachement évitant soient sous-représentées dans les échantillons. En fait, le style d'attachement est rarement pris en compte dans les études, même s'il peut s'agir d'une variable importante lors du traitement psychothérapeutique (Levy et al., 2018).

Il ressort également que la plupart des études possèdent des échantillons très majoritairement et parfois exclusivement composés de femmes. Même s'il est vrai que les conditions liées à la somatisation paraissent être plus présentes chez les femmes selon certaines études épidémiologiques (voir Cathébras, 2006), cela soulève tout de

même des questionnements. En fait, il est possible que plusieurs facteurs confondants influencent les résultats épidémiologiques (voir Barsky et al., 2001). Parmi ceux-ci, notons le genre compris comme une construction sociale (plutôt que le sexe biologique) pourrait être en cause. Par exemple, il peut être plus socialement attendu que les femmes verbalisent leurs inconforts. Ainsi, il est possible que la somatisation soit moins présente chez les hommes, comme elle peut l'être tout autant, mais sous une forme différente – plus silencieuse ou moins exprimée –, faisant plus rarement l'objet de consultations. Il est aussi possible que les hommes soient davantage portés à tolérer leurs inconforts physiques sans rechercher d'aide. Ceux-ci peuvent être moins enclins à s'intéresser ou à se questionner sur les processus psychologiques en jeu dans leurs symptômes physiques. Des études suggèrent également la présence de stéréotypes de genre sociétal influençant les tendances générales en médecine et le processus diagnostique des personnes souffrant de symptômes fonctionnels en particulier. Par exemple, les femmes seraient perçues comme plus émotionnelles et plus susceptibles d'exagérer leurs symptômes alors que les hommes, au contraire, seraient davantage vus comme pouvant minimiser leurs symptômes et les décrivant moins graves qu'ils ne le sont réellement. Du coup, les femmes se verraient plus souvent attribuer un diagnostic d'une condition liée à la somatisation (Hoffmann & Tarzian 2001; Keogh, 2018).

La question de l'âge des participants dans les études sur la somatisation peut être soumise au même genre de réflexion. Les personnes de plus de 65 ans sont sous-représentées, voire exclues des échantillons des études recensées. Cette décision

méthodologique s'inscrit dans le courant qui sous-tend que la somatisation diminue avec l'âge (p. ex., Hilderink et al., 2013). Or, ces données peuvent être remises en question au même titre que les études épidémiologiques sur le sexe (le genre), et ce, pour plusieurs raisons.

L'exclusion des personnes âgées des échantillons peut reposer sur le fait qu'elles présentent plus souvent des pathologies organiques et chroniques qui agissent comme facteurs confondants (Hilderink et al., 2013). Il devient ainsi plus difficile de départager les SMI des SME. Ce faisant, les plaintes somatiques liées à des souffrances émotionnelles peuvent être associées à tort aux conditions médicalement expliquées qui se présentent en comorbidité. De plus, les personnes âgées peuvent subir les stéréotypes selon lesquels les symptômes physiques et les douleurs inexpliquées sont inhérentes au vieillissement. Si elles ont internalisé ces idées, les personnes âgées peuvent être moins portées à consulter. Elles sont donc moins susceptibles de recevoir un diagnostic en lien avec la somatisation et, par le fait même, d'obtenir un soutien psychologique. Finalement, le phénomène de la « dépression masquée » serait plus présent chez les personnes âgées (Blazer & Steffens, 2012). Cette forme de dépression se caractérise par des patients qui se plaignent de maux physiques en lieu et place des symptômes dépressifs. Dans cette perspective, les SMI seraient davantage une manifestation physique de la dépression. On retiendra que de nombreux facteurs compliquent l'étude des conditions entourant la somatisation chez la personne âgée. C'est pourquoi des études sont nécessaires pour mieux en comprendre l'ampleur.

Cela nous amène à aborder le défi de la comorbidité entre les conditions liées à la somatisation, les problèmes de santé physiques et troubles psychiatriques. Les échantillons des études recensées ne sont pas homogènes sur cet aspect. Certains chercheurs n'évaluent pas la présence de comorbidité, ne permettant pas au lecteur d'évaluer le rôle possible de cet aspect sur l'effet du traitement. D'autres l'évaluent avant et après le traitement, tout comme les variables liées aux SMI (p. ex., nombre, intensité). Et, d'autres excluent de leur échantillon les participants qui en présentent. Or, la présence concomitante de troubles psychiatriques et médicaux chez les gens présentant des symptômes de l'ordre de la somatisation est fréquente et ce portrait clinique requière nécessairement un traitement qui en tiendra compte (Park & Gilmour, 2017). Une psychothérapie efficace doit prendre en considération cette particularité. Une évaluation en profondeur afin de bien identifier les comorbidités chez la personne qui consulte pourrait permettre une meilleure efficacité des traitements. Ce ne sont pas toutes les études qui prennent soin d'évaluer la présence de ces différents facteurs pourtant très pertinents dans le traitement des diverses conditions entourant la somatisation, comme celle des traumatismes antérieurs et des troubles de la personnalité qui peuvent grandement affecter les besoins du patient en thérapie ainsi que sa réponse au traitement. À titre d'exemple, soulignons la méta-analyse de Afari et al. (2014) qui indique une prévalence de traumatisme psychologique trois fois plus élevée chez des patients atteints de SSF en comparaison à des témoins sans ce syndrome.

Les variables et les outils choisis pour mesurer l'efficacité des psychothérapies représentent un autre défi. D'une étude à l'autre, ce ne sont pas les mêmes variables qui sont utilisées pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie. Qui plus est, les mêmes variables ne sont pas toujours mesurées par les mêmes échelles de mesures. Ce faisant, la généralisation et la comparaison des études sont ardues, voire hasardeuses. De plus, dans la presque totalité des études les mesures sont uniquement de nature autoévaluée par les participants. Or, la perception du participant sur l'évolution de ses symptômes après une psychothérapie peut être biaisée de plusieurs façons (Ganellen, 2007). Les mesures autorapportées peuvent notamment impliquer un biais de désirabilité sociale, être influencées par la popularité d'une approche ou encore être teintées des capacités individuelles d'introspection et de mentalisation des participants. Il est toutefois de coutume d'utiliser ce type de mesure en psychologie puisqu'il comporte également des aspects pertinents. La psychothérapie ciblant, entre autres, le mieux-être de l'individu, la prise en compte de son point de vue subjectif est souhaitable et même judicieuse.

Le choix des variables pour mesurer l'efficacité d'une psychothérapie peut, lui aussi, faire l'objet d'une réflexion. De façon générale, les études comportent comme mesure principale la sévérité des symptômes liés à la somatisation. Or, la diminution de tels symptômes à l'issue d'une psychothérapie ne permet pas nécessairement de savoir si la personne est mieux adaptée et plus fonctionnelle dans sa vie. Les études ne devraient donc pas uniquement mesurer la sévérité des symptômes, mais également la façon dont la personne compose différemment ou non avec ceux-ci à l'issue d'une psychothérapie.

De plus, les symptômes entourant la condition liée à la somatisation peuvent être moins sujet à diminuer lorsqu'ils sont présents depuis longtemps. La cible thérapeutique n'est donc pas leur diminution, mais plutôt la façon de composer avec ceux-ci au quotidien.

À titre d'exemple, nous pouvons penser à certaines études qui portent sur des traitements de la 3^e vague des TCC. Alors que ce courant de thérapie ne vise pas directement la diminution des symptômes, il s'agit tout de même de la principale mesure utilisée pour juger de l'efficacité de la thérapie dans plusieurs études (p. ex., Aktaş et al., 2019; Billones et al., 2020). Dans le cas des interventions basées sur l'ACT, par exemple, il pourrait être plus pertinent d'évaluer l'efficacité en termes de façon dont la personne compose avec ses symptômes, la satisfaction qu'elle a de sa vie ou encore sa capacité à s'engager dans des actions en accord avec ses valeurs. Rappelons par ailleurs la difficulté soulevée par Billones et al. (2020) en regard du fait que la PC est basée sur des fondements dynamiques, alors que son efficacité est bien souvent mesurée par le biais d'outils qui découlent de modèles statiques, comme si on tentait de décrire un mouvement par une photo.

Les résultats bien souvent modestes des effets de la psychothérapie pour les différentes conditions entourant la somatisation doivent donc être considérés en fonction des outils utilisés pour les mesurer. Il se peut que ceux-ci ne reflètent pas valablement les changements qui s'opèrent durant le traitement. D'ailleurs, il peut être plus difficile d'évaluer une telle condition parce qu'elle ne possède pas de critères quantifiables

comme c'est le cas pour d'autres troubles de santé mentale (p. ex., en comparaison à l'évaluation du traitement de la dépression par l'*Échelle de dépression de Beck*). De plus, le taux de comorbidité élevé entre les conditions entourant la somatisation et les autres troubles psychiatriques complexifient également l'identification des mesures valables pour détecter le changement chez les participants. Klemm et al. (2018) suggèrent que de nouvelles mesures devraient être personnalisées pour le patient qui souffre de telles conditions. Elles devraient correspondre au problème de base ciblé par la thérapie et non simplement refléter le résultat en termes de symptômes, mais aussi la capacité à s'adapter et gérer une rechute, éléments pourtant très peu pris en compte dans les études répertoriées.

On retiendra donc que la question à savoir comment prendre véritablement la mesure de l'efficacité des psychothérapies est incontournable. Entre autres, nous pouvons nous demander si ce qui est scientifiquement mesurable et démontrable est nécessairement ce qui est intéressant sur le plan clinique. Le concept même d'« efficacité » d'une psychothérapie peut être remis en question, de même que la démarche pour en rendre compte. Il est raisonnable de se demander ce qu'est une psychothérapie efficace et comment l'opérationnaliser objectivement pour pouvoir la mesurer empiriquement, alors qu'il s'agit d'un processus clinique intime et expérientiel. Somme toute, l'efficacité d'une psychothérapie ne se résume pas uniquement au nombre de variables sur lesquelles elle agit.

Finalement, les études présentent parfois des *lacunes méthodologiques importantes*. Plusieurs d'entre elles n'ont pas de groupe contrôle ou n'offrent pas de comparaison avec un autre type de traitement, sans compter que les échantillons sont souvent de petites tailles. La présence de lacunes dans les études sur la TCC pour la fibromyalgie et le SFC est telle que, comme mentionné, des chercheurs soulignent l'importance de résoudre ces trop grandes limites avant de poursuivre les recherches sur le sujet (p. ex., Bernardy et al., 2018; Lauche et al., 2013). De plus, les études sont effectuées dans une pluralité de contextes (p. ex., soins de première ligne, psychiatrie, hôpital, université) qui peuvent représenter des réalités différentes et difficilement comparables.

Attardons-nous maintenant aux principaux résultats de cet état des lieux en ayant l'ensemble de ces limites en tête.

Synthèse et critique des résultats

De façon générale, les résultats confirment la pertinence des psychothérapies auprès de patients présentant différentes conditions liées à la somatisation. Cependant, les tailles d'effet varient d'une étude à l'autre (allant de petites à grandes) et sont globalement assez modestes.

Discussion sur l'efficacité des thérapies selon les orientations théoriques

La présente recension commence par un tour d'horizon des traitements de l'approche cognitivo-comportementale. Les études répertoriées montrent que la TCC est

un traitement efficace, mais elle obtient généralement des tailles d'effet de petites à modérées. Puisqu'elle apparaît moins efficace pour le traitement des conditions entourant la somatisation qu'en ce qui concerne d'autres troubles mentaux, comme les troubles anxieux et la dépression, cela porte à croire qu'elle ne cible peut-être pas suffisamment ou encore adéquatement certains des mécanismes spécifiques aux conditions de somatisation. Ces résultats modestes ont d'ailleurs incité des chercheurs à bonifier la TCC par l'ajout d'une cible visant particulièrement les émotions. C'est le cas notamment du programme ENCERT de Kleinstäuber et ses collègues (2016, 2019). Or, les participants du groupe ENCERT ont montré une amélioration de leur état comparable à celle du groupe recevant une TCC traditionnelle. Finalement, les chercheurs indiquent que les patients ayant des troubles anxieux ou de l'humeur en comorbidité aux SMI pourraient être ceux qui bénéficient le plus de l'ENCERT (Kleinstäuber et al., 2019).

Effectivement, une limite des TCC auprès des individus confrontés à une condition entourant la somatisation est qu'elle ne traite pas de façon systématique les traumatismes psychologiques, ni les difficultés d'ordre relationnel et émotionnel alors qu'il semble s'agir d'enjeux pouvant être bien importants chez cette clientèle (Luyten et al., 2012; Öztürk et al., 2016; Porcelli et al., 2014). À titre d'exemple, rappelons que Afari et al., (2014) trouvent une prévalence trois fois plus élevée de traumatismes chez les patients atteints de SSF que dans la population générale en santé. Jing et al. (2019) mentionnent

d'ailleurs que les TCC intégrant plus spécifiquement des stratégies affectives et interpersonnelles pourraient présenter une efficacité supérieure pour cette clientèle.

Somme toute, la TCC présente certes des limites, mais des éléments qui lui sont propres paraissent particulièrement pertinents, voire efficaces, auprès de patients présentant une condition liée à la somatisation comme le travail sur les cognitions (p. ex., freiner le catastrophisme des symptômes), sur les comportements (p. ex., contrer l'évitement) et sur la gestion du stress. Un travail émotionnel peut également être possible lorsque la TCC est plus longue (Jing et al., 2019; Kleinstäuber et al., 2016, 2019). Plus spécifiquement pour le SCI, il semble que les pensées dysfonctionnelles, aussi appelées cognitions gastro-intestinales, soient importantes à considérer dans le processus de changement thérapeutique (Windgassen et al., 2017). Cependant il ne semble pas que le traitement du SCI doive obligatoirement passer par un travail ciblé sur les cognitions puisque de bons résultats thérapeutiques sont obtenus avec des approches qui ne les ciblent pas spécifiquement (p. ex., Thakur et al., 2017).

La recension se poursuit avec les études sur la 3^e vague des TCC, qui se sont également révélées d'intérêt. La MBCT et l'ACT paraissent particulièrement bénéfiques, alors que les thérapies basées sur la PC de 2^e génération montrent des avenues également intéressantes. L'évitement expérientiel et l'acceptation des symptômes de l'ordre de la somatisation ressortent comme étant des cibles thérapeutiques importantes. Généralement les études portent sur des traitements très courts. Par exemple, les

programmes ACT évalués varient d'une à 13 séances. Il serait donc intéressant de s'attarder à leur efficacité lorsqu'elles sont de plus longues durées.

Les études sur les thérapies psychodynamiques se sont également révélées pertinentes, mais la majorité d'entre elles portent sur des PPD-brèves et peu de chercheurs ont utilisé un devis avec groupe témoin randomisé. De plus, les différentes PPD-brèves portent sur des cibles différentes, ce qui rend leur comparaison difficile. On retiendra que les PPD-brèves qui ciblent les processus interpersonnels (DIT, PIT) s'avèrent intéressantes, mais considérant le fait que seulement deux études ont été répertoriées, il n'est pas possible de tirer des conclusions sans équivoque. Davantage d'études en ce qui concerne les PPD-brèves qui ciblent plus particulièrement les processus émotionnels (EAET et PPDi-brève) ont été répertoriées et les résultats soutiennent leur pertinence. Certaines d'entre elles notent à la fois une diminution des SMI ainsi qu'une amélioration au niveau de certaines variables comme la qualité de vie ainsi que les symptômes anxieux et dépressifs. Il est à noter que Laskoski et al. (2020) ont noté une intensification de la symptomatologie dépressive chez leur participante, ce qui s'inscrit dans l'hypothèse psychodynamique du rôle important de la suppression ou de la répression des émotions dans le processus de la somatisation (p. ex., Krivzov et al., 2020).

Enfin, les psychothérapies qui intègrent différentes approches ou qui sont multidisciplinaires s'avèrent également profitables. Selon Houtveen et al., (2015), un

traitement multidisciplinaire génère des bénéfices importants, notamment pour les patients plus sévèrement atteints. De plus, les traitements multimodaux peuvent s'avérer une avenue intéressante étant donné l'hétérogénéité des patients aux prises avec des conditions liées à la somatisation. En incluant plusieurs modalités, ces traitements ont davantage la possibilité de rejoindre une clientèle hétérogène. Certains patients trouveront une résonance personnelle dans certaines approches plutôt que d'autres et finalement chacun pourra bénéficier d'une modalité lui correspondant.

Les différents courants en psychothérapie sont généralement étudiés de façon séparée, pour démontrer leur efficacité en regard de certains troubles de santé mentale et parfois même afin de tenter de démontrer la supériorité d'une approche sur une autre. Toutefois, comme le soulignent Leichsenring et al. (2018), aucune approche n'a pu démontrer sa supériorité et le présent essai tire la même conclusion.

De plus, les études sur les facteurs communs aux différentes approches psychothérapeutiques nous indiquent que la technique utilisée n'est pas la seule variable à prendre en compte dans l'efficacité des psychothérapies. Comme mentionné dans la section « Facteurs ayant une influence sur la psychothérapie » (p. 87), l'alliance thérapeutique est incontournable pour un processus thérapeutique salubre, sans compter les caractéristiques propres aux patients (Krivzov et al., 2020).

Éléments importants à considérer avant et pendant la thérapie

Des éléments sont soulevés par les auteurs et paraissent particulièrement importants pour le référencement, l'engagement et le maintien en thérapie des personnes ayant une condition entourant la somatisation.

Les problèmes d'engagement ou de réticence au traitement psychologique devraient faire partie intégrante du suivi. Les patients qui sont référés en psychologie en lien avec des SMI peuvent parfois avoir du mal à y voir la pertinence de prime abord (Arnold et al., 2006) et se présenter en thérapie avec un passé chargé de relations difficiles avec les professionnels de la santé (Peters et al., 2009). Ainsi, évaluer et cibler la motivation et l'engagement en début de suivi pourrait améliorer l'efficacité psychothérapeutique (Balabanovic & Hayton, 2020). De plus, un souci doit être porté à la relation thérapeutique par le clinicien qui doit garder à l'esprit qu'un style d'attachement insécure et une difficulté sur le plan de la confiance épistémique peuvent être fréquentes auprès de la clientèle souffrant de diverses conditions de l'ordre de la somatisation (Krivzov et al., 2020; Luyten & Fonagy, 2016).

La place des émotions dans le traitement des individus confrontés à des symptômes de l'ordre de la somatisation est soulevée par plusieurs chercheurs, si bien que certaines psychothérapies spécifiquement centrées sur les émotions ont été développées pour cette clientèle. C'est le cas notamment du programme ENCERT (Kleinstäuber et al., 2016, 2019) qui s'inscrit dans le courant des TCC, ainsi que la EAET (Lumley &

Schubiner, 2019), une forme de PPD-brèves. Les visées entourant le monde émotionnel prennent diverses formes selon le courant théorique dans lequel la thérapie s'inscrit. Il peut s'agir d'augmenter la conscience et la reconnaissance des émotions, améliorer les compétences de régulation émotionnelle, explorer les croyances reliées aux émotions, favoriser l'expression émotionnelle, enrayer l'évitement émotionnel et réduire la mauvaise interprétation des manifestations somatiques des émotions comme étant les symptômes d'une maladie.

La gestion du stress est également soulevée à titre de cible de traitement importante par certains chercheurs dont Humer et al. (2021). Les techniques qui visent l'amélioration de la gestion du stress et la diminution de l'anxiété peuvent aider à réduire les symptômes corporels. D'ailleurs, dans le SCI, l'anxiété gastro-intestinale, mais également l'anxiété à un niveau plus général, apparaissent particulièrement importantes à prendre en considération en thérapie (Windgassen et al., 2017, 2019). L'amélioration des capacités de gestion du stress est une avenue assurément intéressante pour le clinicien, mais des auteurs apportent une nuance importante. En fait, il apparaît que la diminution des symptômes d'ordre somatique ne soit pas toujours concordante avec une amélioration au niveau des symptômes d'ordre psychologique comme l'anxiété et la dépression (p. ex., Thakur et al., 2017). Ce qui rappelle qu'il serait donc erroné de traiter les symptômes d'ordre somatiques strictement comme s'ils n'étaient que la représentation d'un trouble anxieux ou de l'humeur. Le portrait peut être assurément plus complexe.

Résultats selon les types de diagnostics et les profils de personnalité

Les résultats semblent généralement moins concluants auprès de patients diagnostiqués de certains types de problématique. Par exemple, les études qui portent sur les psychothérapies auprès de participants ayant le SFC relèvent plus souvent des résultats mitigés (p. ex., Geraghty et al., 2017; Wilshire et al., 2018), tout comme celles concernant le syndrome de détresse corporelle (p. ex., Fjorback et al., 2013; Pedersen et al., 2019). En ce qui a trait à ce dernier, on retiendra que ce trouble est considéré comme une condition plus sévère, ce qui pourrait expliquer les limites dans la réaction des participants devant certaines formules thérapeutiques, alors que pour le SFC, nous pouvons nous demander s'il pourrait s'agir d'une étiquette qui regrouperait des patients plus hétérogènes, ce qui expliquerait la variabilité des réponses aux interventions et donc les résultats mitigés.

Par ailleurs, certaines formes de thérapies seraient davantage adaptées aux individus qui ont certains profils psychologiques. Ainsi, on peut penser que la PPDi-brève et l'EAET, des approches axées sur les processus émotionnels, seraient plus adéquates pour les personnes présentant de l'évitement émotionnel, une pauvreté des affects ou de l'alexithymie, alors que les approches découlant des TCC issues de la 3^e vague pourraient peut-être mieux convenir aux patients plus réticents à entreprendre une psychothérapie ou qui présentent des SME en comorbidité. Il est possible qu'une approche thérapeutique davantage axée sur l'acceptation ou l'apprentissage de moyens permettant de mieux composer avec les symptômes (p. ex., via la méditation) serait plus

accessible pour les patients ayant une réticence envers un processus psychothérapique plus engageant comme peuvent le nécessiter les approches PPD. Les patients souffrant de SCI pourraient, quant à eux, bien répondre à une approche TCC lorsque l'anxiété est à l'avant plan de leur portrait clinique. Évidemment, il s'agit de pistes réflexives se voulant inspirantes pour de futures études.

Nombre de rencontres et durée de la psychothérapie

La question de la durée de la psychothérapie a été soulevée par plusieurs chercheurs des études recensées dans cet essai. Alors que certaines psychothérapies brèves ou même très brèves s'avèrent efficaces selon certaines études (p. ex., Abbass et al., 2020; Thakur et al., 2017; Ziadni et al., 2018), il semble qu'un nombre plus élevé de séances pourrait permettre une efficacité supérieure ou à tout le moins des bénéfices supplémentaires (p. ex., Glombiewski et al., 2010; Jing et al., 2019; Kleinstäuber et al., 2019; Menon et al., 2017). En fait, il se peut qu'une condition somatique plus sévère ou chronique nécessite un temps plus long de thérapie, avant qu'émergent de réels changements, alors que les patients dont la condition est plus légère pourraient bien répondre à un traitement bref. La sévérité de la condition implique la description du portrait au niveau de la somatisation (p. ex., nombre de symptômes somatiques, chronicité; certaines étiquettes semblent correspondre à des profils plus sévères de somatisation comme le syndrome de détresse corporelle de type multi-organes; Pedersen et al., 2019), mais également la présence de comorbidité, susceptibles de compliquer la réponse à la thérapie. En bref, augmenter le nombre de séances apporterait de meilleurs résultats cliniques et ce

pourrait être surtout le cas lorsque la condition somatique est sévère ou chronique, mais également lorsqu'une comorbidité avec des troubles de santé mentale est présente.

Dans un même ordre d'idées, des traitements d'une journée ou autoadministrés obtiennent plus souvent des résultats moindres (p. ex., Gillanders et al., 2017; Ito & Muto, 2020; Roche et al., 2017). Il se peut donc que les modalités d'autosoins permettent certains bienfaits, sans que cela ne soit toutefois suffisant à long terme (p. ex., Gillanders et al., 2017). Par exemple, une approche en bibliothérapie peut être pertinente pour favoriser la compréhension du trouble, l'acceptation et l'atténuation des symptômes (somatiques et anxieux), mais insuffisante pour engager un changement comportemental ayant un réel effet sur la qualité de vie de la personne (p. ex., Gillanders et al., 2017; Simister et al., 2018).

Pour finir, les études recensées dans cet essai portent presque uniquement sur des traitements de courtes durées alors qu'en psychologie, il semble qu'en moyenne, au moins 14 séances doivent être réalisées pour que 50 % des patients soient en rémission (Harnett et al., 2010). Selon Lambert et al. (2001), pour que 75 % des patients observent des améliorations cliniques significatives, 40 séances doivent être réalisées. De plus, une étude suggère que les patients présentant un portrait clinique plus léger reçoivent généralement des traitements plus courts, connaissent des changements plus rapides, mais les améliorations sont globalement plus faibles, alors que les patients dont la condition symptomatologique est plus sévère présentent un changement plus lent, mais

aussi plus important (Nordmo et al., 2021). À la lumière de ces développements et prenant en considération que les conditions entourant la somatisation se manifestent souvent avec d'autres problèmes mentaux et physiques en comorbidité, il serait hautement pertinent d'étudier l'effet des psychothérapies à plus long terme.

Amélioration post-traitement

Les bénéfices observés à la suite d'une psychothérapie se maintiennent dans le temps selon plusieurs études : après trois mois selon Ranjan et Masroor (2020); après un an selon Brugnera et al. (2021) et après deux ans selon Houtveen et al. (2015). Il est intéressant de souligner que plusieurs recherches indiquent également que les améliorations significatives des participants sur plusieurs variables continuent d'augmenter un certain temps après la psychothérapie, suggérant parfois un effet retardé des bienfaits ou encore une poursuite des progrès après l'arrêt de la thérapie (p. ex., Brugnera et al., 2021; Ferreira et al., 2018; Laskoski et al., 2020; Ranjan & Masroor, 2020). Cette dernière donnée suggère que la psychothérapie permet un processus de changement continu auprès de ces patients.

Place du psychothérapeute

La place du psychologue au sein des services médicaux est également un élément soulevé dans plusieurs recherches. Pour traiter les différentes conditions entourant la somatisation, il ne s'agirait pas uniquement d'offrir une psychothérapie. Il serait pertinent d'offrir un service psychologique directement à l'endroit où les personnes sont

le plus à même de consulter, par exemple chez leur médecin de famille. Ziadni et al. (2018) ont montré qu'une seule séance psychothérapique bien encadrée dans un modèle cohérent, offerte dans un service de médecine familiale, peut entraîner des effets bénéfiques.

Nous pouvons supposer qu'une intégration du psychologue au sein d'équipes médicales comme il en a été question dans l'étude de Cooper et al. (2017) préviendrait l'enlissement nocif de certains patients dans un cercle vicieux les amenant à multiplier les consultations et investigations médicales ainsi que les insatisfactions en regard du système médical. Il pourrait vraisemblablement être économique pour le système de santé d'offrir un tel service et des études doivent s'y pencher. La collaboration avec le médecin, mais également avec les autres professionnels de la santé, apparaît nécessaire auprès de cette clientèle.

Limites de l'essai et recommandations pour études ultérieures

Le présent essai comporte à son tour plusieurs limites. Premièrement, la recension des résultats et l'interprétation de ceux-ci se veulent de type qualitatif. L'utilisation d'une méthode statistique, comme une méta-analyse, aurait été pertinente, mais n'aurait pas permis d'inclure les études à devis qualitatif.

Deuxièmement, bien que des critères spécifiques aient été ciblés, la démarche méthodologique aurait atteint un niveau supérieur de rigueur scientifique si un protocole

de type Cochrane avait été suivi (Chandler et al., 2019). Effectivement, effectuer une recension systématique des écrits aurait certes permis un relevé méthodique, précis et plus facilement reproductible. Or, la démarche retenue, soit celle d'un état des lieux, a toutefois permis un survol plus large qui trace un portrait de plusieurs conditions liées à la somatisation et de divers courants en psychothérapie.

Troisièmement, un niveau de précision plus élevé aurait pu être obtenu en limitant la recension à un seul diagnostic (p. ex., SCI), ou encore à un seul courant théorique (p. ex., TCC) ou thérapie validée empiriquement (p. ex., MBCT). Restreindre le choix des mots clés de la sorte aurait sans doute permis une synthèse plus précise, mais également plus limitée alors que notre objectif était d'obtenir une vue d'ensemble, un tour d'horizon des interventions possibles et étudiées dans la dernière décennie. De plus, bien que des dissemblances existent entre les différentes étiquettes, des similitudes demeurent importantes, notamment concernant leur traitement.

Quatrièmement, comme mentionné, le présent essai est un état de la littérature de la dernière décennie (2010 à 2021). Il est donc nécessairement teinté de l'époque actuelle. Les études, les conceptions nosographiques, le choix des variables et des méthodologies, et même la façon de définir et d'opérationnaliser l'efficacité d'une psychothérapie ou ce qui fait qu'une personne « est rétablie » ou se porte mieux est valeur de notre époque et contexte socioculturel actuel. Les premiers traitements ayant vu le jour, notamment avec la psychanalyse et le concept d'hystérie, n'ont pas été représentés, sinon qu'au travers de

leur influence au sein des approches psychodynamiques. Il ne s'agit pas pour autant de connaissances désuètes qu'il faille abandonner. Bien au contraire, il serait hautement pertinent de conduire un état historique du traitement des conditions entourant la somatisation de son commencement à aujourd'hui.

Cinquièmement, le présent essai possède la limite de ne s'intéresser qu'aux traitements psychothérapeutiques issus des courants TCC, TCC 3^e vague et psychodynamique ainsi que les approches dérivées de ces différents courants et les thérapies intégratives et multidisciplinaires. Évidemment, d'autres modalités pertinentes existent. C'est le cas par exemple des thérapies psychocorporelles, dont la *The BodyMind Approach*® (TBMA; Payne, 2009). Cette dernière est une approche biopsychosociale interdisciplinaire qui vise à venir en aide aux personnes aux prises avec une condition entourant la somatisation. Il s'agit d'une modalité d'intervention différente dans laquelle le patient est amené à travailler directement avec ses symptômes au niveau corporel plutôt qu'avec la parole.

Conclusion

L'objectif de cet essai était de dresser un portrait de l'efficacité des psychothérapies spécialisées pour les différentes conditions liées à la somatisation. Il y a de nombreuses façons en psychothérapie pour intervenir auprès de cette clientèle. La TCC, les thérapies basées sur la PC de 1^{re} et 2^e génération, l'ACT, la psychodynamique et ses approches dérivées ainsi que les thérapies intégratives et multidisciplinaires s'avèrent différentes avenues pertinentes. Les résultats des études rapportées dans le présent essai ne permettent toutefois pas de statuer de la supériorité de l'une par rapport aux autres.

On retiendra également qu'il existe une grande hétérogénéité chez les patients souffrants d'une condition liée à la somatisation et que des défis se posent quant à l'identification du phénomène, puisque de nombreux termes sont utilisés pour en rendre compte. Il y a lieu d'élucider le problème au niveau de la nosologie actuellement confuse et insatisfaisante, mais au-delà des étiquettes, porter un regard singulier sur la personne souffrante est incontournable. Une approche centrée sur la personne est donc à préconiser auprès de cette clientèle, afin de cibler les besoins particuliers du patient et de lui offrir un traitement personnalisé et adapté. Pour ce faire, plusieurs caractéristiques doivent être prises en compte dont la sévérité et la chronicité de la condition somatique fonctionnelle, les autres troubles psychologiques ou physiques en comorbidité, l'histoire de l'individu et les enjeux développementaux qu'il a rencontrés, la motivation à la

psychothérapie ou encore les difficultés d'ordre émotionnelles et relationnelles. Finalement la problématique des conditions liées à la somatisation nous rappelle la complexité de l'être humain et réitère l'importance d'une collaboration interprofessionnelle au service de l'individu ainsi que la pertinence de traitements holistiques, prenant davantage compte du lien indissociable entre le corps et esprit.

Références

- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 868-881. https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00011
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Schubiner, H., De Meulemeester, C., & Kisely, S. R. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*, Article 110473. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110473>
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97-108. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Lumley, M., Schubiner, H., Allinson, J., Bernier, D. C., De Meulemeester, C., Kroenke, K., Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 363-370. <https://doi.org/10.1159/000507738>
- Adams, G. C., Wrath, A. J., & Meng, X. (2018). The relationship between adult attachment and mental health care utilization: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(10), 651-660. <https://doi.org/10.1177/0706743718779933>
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000010>
- Aggarwal, V. R., McBeth, J., Zakrzewska, J. M., Lunt, M., & Macfarlane, G. J. (2006). The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: Do they have common associated factors?. *International Journal of Epidemiology*, 35(2), 468-476. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi265>

- Aghalar, S., Moradi Manesh, F., Saraj Khorami, N., & Hafezi, F. (2020). The effectiveness of acceptance-and commitment-based therapy on perception of disease in patients with irritable bowel syndrome. *International Archives of Health Sciences*, 7(3), 137-142. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_80_19
- Aktas, S., Gulen, M., & Sevi, O. M. (2019). Mindfulness therapies for medically unexplained somatic symptoms: A systematic review. *Current Approaches to Psychiatry*, 11(3), 271-284. <https://doi.org/10.18863/pgy.540852>
- American Psychiatric Association. (APA, 1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA, 2004). *Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques* (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelphi et al. Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Masson.
- Amutio, A., Franco, C., Sánchez-Sánchez, L. C., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez-Linares, J. J., van Gordon, W., & Molero-Jurado, M. D. M. (2018). Effects of mindfulness training on sleep problems in patients with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1365. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01365>
- Arnold, I. A., de Waal, M. W., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2006). Somatoform disorder in primary care: Course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, 47(6), 498-503. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.6.498>
- Baker, R., & Shaw, E. J. (2007). Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): summary of NICE guidance. *BMJ*, 335(7617), 446-448. <https://doi.org/10.1136/bmj.39302.509005.ae>
- Balabanovic, J., & Hayton, P. (2020). Engaging patients with "medically unexplained symptoms" in psychological therapy: an integrative and transdiagnostic approach. *Psychology and Psychotherapy*, 93(2), 347-366. <https://doi.org/10.1111/papt.12213>

- Barkham, M., Guthrie, E., Hardy, G. E., & Margison, F. (2017). *Psychodynamic-interpersonal therapy: A conversational model*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781526401830>
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903-910. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266-275. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016004266.x>
- Beck, A. T. (Éd.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-5-01015.x>
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H., & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009796>
- Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P., & Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain*, 22(1), 242-260. <https://doi.org/10.1002/ejp.1121>
- Billones, R., Lukkahatai, N., & Saligan, L. (2020). What works in mindfulness interventions for medically unexplained symptoms? A systematic review. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.31372/20200501.1082>
- Blazer, D. G., & Steffens, D. C. (2012). *Essentials of geriatric psychiatry* (2^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615370054.ds09>
- Brugnera, A., Nordstrand Jacobsen, T., Woodhouse, A., Compare, A., & Jacobsen, H. B. (2021). Effectiveness of an ACT-based rehabilitation program for the treatment of chronic fatigue: Results from a 12-months longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 62(1), 41-50. <https://doi.org/10.1111/sjop.12672>
- Budtz-Lilly, A., Schröder, A., Rask, M. T., Fink, P., Vestergaard, M., & Rosendal, M. (2015). Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Family Practice*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0393-8>

- Burton, C., Fink, P., Henningsen, P., Löwe, B., & Rief, W. (2020). Functional somatic disorders: Discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1505-4>
- Cathébras, P. (2006). *Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. Elsevier Masson. <https://doi.org/10.4000/amades.326>
- Cathébras, P. (2017). La perspective de la médecine centrée sur la personne : une condition nécessaire pour apporter une réponse adéquate aux syndromes somatiques fonctionnels. *La Revue de médecine interne*, 38(1), A16-A21. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.03.340>
- Chandler, J., Cumpston, M., Higgins, J. P. T., Li, T., Page, M. J., Thomas, J., Welch, V. A., & Cochrane Collaboration. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Second, Ser. Cochrane book series). Wiley-Blackwell.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 660-667. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000021948.90613.76>
- Clarke, D. M., Piterman, L., Byrne, C. J., & Austin, D. W. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: A study of somatisation in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 189(10), 560-564. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02180.x>
- Cooper, A., Abbass, A., Zed, J., Bedford, L., Sampalli, T., & Town, J. (2017). Implementing a psychotherapy service for medically unexplained symptoms in a primary care setting. *Journal of Clinical Medicine*, 6(12), 109-141. <https://doi.org/10.3390/jcm6120109>
- Creed, F., Guthrie, E., Fink, P., Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M., & White, P. (2010). Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 5-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.004>
- Creed, F., Henningsen, P., & Fink, P. (2011). *Medically unexplained symptoms, somatisation, and bodily distress: Developing better clinical services*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511977862>
- Dai, Y. K., Wu, Y. B., Li, R. L., Chen, W. J., Tang, C. Z., Lu, L. M., & Hu, L. (2020). Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for irritable bowel syndrome in adults. *World Journal of Gastroenterology*, 26(41), 6488-6509. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i41.6488>

- D'Amico, F., Feliu-Soler, A., Montero-Marín, J., Peñarrubía-María, M. T., Navarro-Gil, M., van Gordon, W., García-Campayo, J., & Luciano, J. V. (2020). Cost-Utility of Attachment-Based compassion therapy (ABCT) for fibromyalgia compared to relaxation: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 726. <https://doi.org/10.3390/jcm9030726>
- Davanloo H. (1990). *Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley-Blackwell.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley-Blackwell.
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Dans B. J. Sadock & V. A. Sadock (Éds), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2628-2652). Williams and Wilkins.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 425-34 [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00467-1)
- De Greck, M., Bölter, A. F., Lehmann, L., Ulrich, C., Stockum, E., Enzi, B., Hoffmann, T., Tempelmann, C., Beutel, M., Frommer, J., & Northoff, G. (2013). Changes in brain activity of somatoform disorder patients during emotional empathy after multimodal psychodynamic psychotherapy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, Article 410. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00410>
- De Greck, M., Scheidt, L., Bölter, A. F., Frommer, J., Ulrich, C., Stockum, E., Enzi, B., Tempelmann, C., Hoffmann, T., Han, S., & Northoff, G. (2012). Altered brain activity during emotional empathy in somatoform disorder. *Human Brain Mapping*, 33(11), 2666-2685. <https://doi.org/10.1002/hbm.21392>
- De Vroege, L., Koppenol, I., Kop, W. J., Riem, M. M., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2021). Neurocognitive functioning in patients with conversion disorder/functional neurological disorder. *Journal of Neuropsychology*, 15(1), 69-87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110045>
- De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 470-476. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.470>

- Delfstra, G., & van Rooij, W. (2015). Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): Application in the treatment of medically unexplained somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 171-181. <https://doi.org/10.1080/02668734.2015.1036105>
- Dickson, A., Knussen, C., & Flowers, P. (2007). Stigmatisation et expérience de délégitimation : une analyse phénoménologique interprétative des personnes vivant avec le syndrome de fatigue chronique. *Psychologie et santé*, 22(7), 851-867.
- Ferreira, N. B., Gillanders, D., Morris, P. G., & Eugenicos, M. (2018). Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: A preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change. *Clinical Psychologist*, 22(2), 241-250. <https://doi.org/10.1111/cp.12123>
- Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415-426. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004>
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M. S., Ørnbøl, E., & Olesen, F. (2007). Symptoms and syndromes of bodily distress: An exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 30-39. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31802e46eb>
- Fischhoff, B., & Wessely, S. (2003). Managing patients with inexplicable health problems. *British Medical Journal*, 326(7389), 595-597. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7389.595>
- Fitzcharles, M. A., Ste-Marie, P. A., Gamsa, A., Ware, M. A., & Shir, Y. (2011). Opioid use, misuse, and abuse in patients labeled as fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, 124(10), 955-960. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.05.031>
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes – Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.006>
- Frances, A. (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.fl1580>
- Franco, C. (2009). *Meditación Fluir Para Serenar el Cuerpo y la Mente*. Bubok.

- Frostholm, L., Ørnbøl, E., Hansen, H. S., Olesen, F., Weinman, J., & Fink, P. (2010). Which is more important for outcome: The physician's or the patient's understanding of a health problem? A 2-year follow-up study in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.08.004>
- Fukuda, K., Nisenbaum, R., Stewart, G., Thompson, W. W., Robin, L., Washko, R. M., Noah, D. L., Barrett, D. H., Randall, B., Herwaldt, B. L., Mawle, A. C., & Reeves, W. C. (1998). Chronic multisymptom illness affecting Air Force veterans of the Gulf War. *JAMA*, 280(11), 981-988. <https://doi.org/10.1001/jama.280.11.981>
- Gabbard, G. O., Crocq, M.-A., Boehrer, A. E., & Guelfi, J.-D. (2010). *Psychothérapie psychodynamique : les concepts fondamentaux*. Elsevier Masson.
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing normal and abnormal personality functioning: Strengths and weaknesses of self-report, observer, and performance-based methods. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 30-40. <https://doi.org/10.1080/00223890701356987>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., & Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.10.004>
- Geraghty, K. J., & Blease, C. (2018). Cognitive behavioural therapy in the treatment of chronic fatigue syndrome: A narrative review on efficacy and informed consent. *Journal of Health Psychology*, 23(1), 127-138. <https://doi.org/10.1177/1359105316667798>
- Geraghty, K. J., Hann, M., & Kurtev, S. (2017). ME/CFS patients' reports of symptom changes following CBT, GET and Pacing Treatments: Analysis of a primary survey compared with secondary surveys. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105317726152>
- Geraghty, K. J., Jason, L., Sunnquist, M., Tuller, D., Blease, C., & Adeniji, C. (2019). The 'cognitive behavioural model' of chronic fatigue syndrome: Critique of a flawed model. *Health Psychology Open*, 6(1), Article 2055102919838907. <https://doi.org/10.1177/2055102919838907>
- Gillanders, D., Ferreira, N. B., Angioni, E., Carvalho, S. A., & Eugenicos, M. P. (2017). An implementation trial of ACT-based bibliotherapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 172-177. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.006>

- Givehki, R., Afshar, H., Goli, F., Scheidt, C. E., Omid, A., & Davoudi, M. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: A randomized clinical trial. *Electronic Physician*, 10(7), Article 7008. <https://doi.org/10.19082/7008>
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151(1), 280-295. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.011>
- Grupp, H., Kaufmann, C., König, H. H., Bleibler, F., Wild, B., Szecsenyi, J., Herzog, W., Schellberg, D., Schäfer, R., & Konnopka, A. (2017). Excess costs from functional somatic syndromes in Germany - An analysis using entropy balancing. *Journal of Psychosomatic Research*, 97(1), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.002>
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), 279-287. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
- Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist Australian Psychological Society*, 14(2), 39-44. <https://doi.org/10.1080/13284207.2010.500309>
- Harris, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W., & Barsky, A. J. (2009). Somatization increases disability independent of comorbidity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 155-161. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0845-0>
- Harris, R., Penet, C., Milleville, L., & Hayes, S. C. (2012). *Passez l'ACT : pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement* (Ser. Carrefour des psychothérapies). De Boeck.
- Hartz, A. J., Noyes, R., Bentler, S. E., Damiano, P. C., Willard, J. C., & Momany, E. T. (2000). Unexplained symptoms in primary care: Perspectives of doctors and patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), 144-152. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(00\)00060-8](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(00)00060-8)

- Häuser, W., Hausteiner-Wiehle, C., Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B., & Wolfe, F. (2020). Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general population: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 133(1), Article 110111. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110111>
- Häuser, W., & Wolfe, F. (2013). The Somatic Symptom Disorder in DSM 5 risks mislabelling people with major medical diseases as mentally ill. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 586-587. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.09.005>
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Éds). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). Guilford Press.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2009). Les interventions basées sur la pleine conscience. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 14(1), 13-23.
- Henke, M., & Chur-Hansen, A. (2014). The effectiveness of mindfulness-based programs on physical symptoms and psychological distress in patients with fibromyalgia: A systematic review. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 28-45. <https://doi.org/10.5502/ijw.v4i1.2>
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 12-31. <https://doi.org/10.1159/000484413>
- Henrich, J. F., Gjelsvik, B., Surawy, C., Evans, E., & Martin, M. (2020). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy for women with irritable bowel syndrome – Effects and mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 295-310. <https://doi.org/10.1037/ccp0000483>
- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G. M., & Voshaar, R. O. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004>

- Hiller, W., Fichter, M. M., & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 369-380. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00397-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00397-5)
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704-712. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0082-y>
- Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*. Routledge.
- Hoedeman, R., Blankenstein, A. H., Krol, B., Koopmans, P. C., & Groothoff, J. W. (2010). The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 264-273. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9239-3>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hoffmann, D. E., & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29(1), 13-27. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2001.tb00037.x>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Houtveen, J. H., van Broeckhuysen-Kloth, S., Lintmeijer, L. L., Bühring, M. E. F., & Geenen, R. (2015). Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 141-148. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000250>
- Humer, E., Sattel, H., Gndel, H., Henningsen, P., Kruse, J., Schneider, G., Lahmann, C., Pieh, C., & Probst, T. (2021). Stress, depression, and the therapeutic alliance as mediators on the outcome of brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy for multisomatoform disorder. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(1), 1012-1021. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1882711>
- Ito, M., & Muto, T. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(1), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.009>

- Jacobsen, H. B., Kallestad, H., Landrø, N. I., Borchgrevink, P. C., & Stiles, T. C. (2017). Processes in acceptance and commitment therapy and the rehabilitation of chronic fatigue. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(3), 211-220. <https://doi.org/10.1111/sjop.12363>
- Jaeken, M., Verhofstadt, L. L., & van Broeck, N. (2015). Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie? Brève mise à jour scientifique. *Bulletin de psychologie*, 2015/3(537), 237-242. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0237>
- Jing, L., Gill, N. S., Teodorczuk, A., Li, Z. J., & Sun, J. (2019). The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 245(1), 98-112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.114>
- Jones, B. (2019). Why we should stop talking about 'medically unexplained symptoms' etc. - the problem of overgeneralisation for research and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 127, Article 109835. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109835>
- Jonsjö, M. A., Wicksell, R. K., Holmström, L., Andreasson, A., & Olsson, G. L. (2019). Acceptance & Commitment Therapy for ME/CFS (Chronic Fatigue Syndrome)-a feasibility study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12(1), 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.008>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kamalinejad, F., & Amiri, A. (2019). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on psychological well-being and optimism of patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 97-103. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.076>
- Kato, K., Sullivan, P. F., & Pedersen, N. L. (2010). Analyse de classe latente des symptômes somatiques fonctionnels dans un échantillon de population de jumeaux. *Journal de recherche psychosomatique*, 68(5), 447-453.
- Keogh, E. (2018). Sex and gender as social-contextual factors in pain. Dans T. Vervoort, K. Karos, Z. Trost, & K. M. Prkachin (Éds), *Social and interpersonal dynamics in pain* (pp. 433-453). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78340-6_20

- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic model for the classification of personality disorders. Dans M. Ackenheil, B. Bondy, R. Engel, M. Ermann, & N. Nedopil (Éds), *Implications of psychopharmacology to psychiatry* (pp. 66-78). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-61076-9_7
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Association.
- Kleinstäuber, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brünahl, C., Erkie, M., Gitzen, H., Gollwitzer, M., Gottschalk, J.-M., Kuby, J., Hermann, A., Lahmann, C., Löwe, B., Martín, A., Rau, J., Schröder, A., Schwabe, J., Schwarz, J., Stark, R., Weiss, F., & Rief, W. (2019). Cognitive behaviour therapy complemented with emotion regulation training for patients with persistent physical symptoms: A randomised clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(5), 287-299. <https://doi.org/10.1159/000501621>
- Kleinstäuber, M., Gottschalk, J., Berking, M., Rau, J., & Rief, W. (2016). Enriching cognitive behavior therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 47(1), 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.12.003>
- Kleinstäuber, M., & Rief, W. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for somatoform disorders and pain. Dans S. Hoffmann & G. Asmundson (Éds), *The science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 405-427). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-803457-6.00017-9>
- Klemm, S., van Broeckhuysen, S., van Vliet, S., Oosterhuis, L., & Geenen, R. (2018). Personalized treatment outcomes in patients with somatoform disorder: A concept mapping study. *Journal of Psychosomatic Research*, 109(1), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.009>
- Konnopka, A., Kaufmann, C., König, H.-H., Heider, D., Wild, B., Szecsenyi, J., Herzog, W., Heinrich, S., & Schaefer, R. (2013). Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4), 370-375. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.011>
- Krivzov, J., Baert, F., Meganck, R., & Cornelis, S. (2020). Interpersonal dynamics and therapeutic relationship in patients with functional somatic syndromes: A metasynthesis of case studies. *Journal of Counseling Psychology*, 68(5), 593-607. <https://doi.org/10.1037/cou0000529>

- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43. <https://doi.org/10.1002/mpr.140>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., DeGruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B., Brody, D., & Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder: An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 352-358. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160080011>
- Lacourt, T., Houtveen, J., & van Doornen, L. (2013). “Functional somatic syndromes, one or many?”: An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.013>
- Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 8(8), Article e71834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-72. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.2.159>
- Laskoski, P. B., Hauck, S., Orsucci, F., Giuliani, A., Serralta, F. B., & de Felice, G. (2021). Psychodynamic factor as predictor of outcome in the treatment of a psychosomatic spectrum patient. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(2), 145-153. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09486-0>
- Laskoski, P. B., Serralta, F. B., Barros, A. J. S., Teche, S. P., Hauck, S., & Eizirik, C. L. (2020). From soma to psyche: An outcome evaluation of psychodynamic psychotherapy in a patient with somatic symptoms and chronic diseases. *British Journal of Psychotherapy*, 36(1), 93-110. <https://doi.org/10.1111/bjp.12523>
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., & Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 500-510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.010>
- Lee, S., Creed, F. H., Ma, Y. L., & Leung, C. M. (2015). Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.012>

- Legand, M., Brennstuhl, M. J., Machado, J., Peter, L., Vismara, L., & Tarquinio, C. (2019). Prise en charge psychothérapeutique de la fibromyalgie: une revue systématique. *Douleurs : évaluation-diagnostic-traitement*, 20(3), 89-108. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.04.003>
- Leibbrand, R., Hiller, W., & Fichter, M. M. (2000). Hypochondriasis and somatization: Two distinct aspects of somatoform disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 63-72. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200001\)56:1<63::aid-jclp6>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200001)56:1<63::aid-jclp6>3.0.co;2-o)
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., & Steinert, C. (2018). "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 159. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00159>
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346. <https://doi.org/10.1080/02668734.2010.513547>
- Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N., & Gooch, C. V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1996-2013. <https://doi.org/10.1002/jclp.22685>
- Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q., & Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.006>
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3-4), 160-167. <https://doi.org/10.1159/000288013>
- Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1480-1491. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.061>
- Luca, M. (2012). Therapeutic activities and psychological interventions by cognitive behavioural and psychodynamic therapists working with medically unexplained symptoms: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(2), 118-127. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.605455>

- Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Emotional awareness and expression therapy for chronic pain: Rationale, principles and techniques, evidence, and critical review. *Current Rheumatology Reports*, 21(7), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11926-019-0829-6>
- Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: A cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 158(12), 2354-2363. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001036>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications. <https://doi.org/10.1017/s1352465808004670>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2016). An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints. Dans J. Hunter & R. Maunder (Éds), *Improving patient treatment with attachment theory* (pp. 127-144). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_9
- Luyten, P., & van Houdenhove, B. (2013). Common and specific factors in the psychotherapeutic treatment of patients suffering from chronic fatigue and pain disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1), 14-27. <https://doi.org/10.1037/a0030269>
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250-262. <https://doi.org/10.1037/a0032360>
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121-140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061>
- Maatz, A., Wainwright, M., Russell, A. J., Macnaughton, J., & Yiannakou, Y. (2016). What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 90(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.005>

- Mander, J., Neubauer, A. B., Schlarb, A., Teufel, M., Bents, H., Hautzinger, M., Zipfel, S., Wittorf, A., & Sammet, I. (2017). The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 90(4), 649-667. <https://doi.org/10.1111/papt.12131>
- Maroti, D., Ek, J., Widlund, R.-M., Schubiner, H., Lumley, M. A., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Lj tsson, B., & Johansson, R. (2021). Internet-administered emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder with centralized symptoms: A preliminary efficacy trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620359>
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.847>
- McGorm, K., Burton, C., Weller, D., Murray, G., & Sharpe, M. (2010). Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: Prevalence, characteristics and referral pattern. *Family Practice*, 27(5), 479-86. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq0>
- McWilliams, L. A. (2017). Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *European Journal of Pain*, 21(8), 1378-1383. <https://doi.org/10.1002/ejp.1036>
- Menon, V., Rajan, T. M., Kuppili, P. P., & Sarkar, S. (2017). Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(4), 399-406. https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym_17_17
- Mirsharifa, S. M., Mirzaian, B., & Dousti, Y. (2019). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on depression and psychological capital of the patients with irritable bowel syndrome. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 421-427. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.076>
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT*. Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71087-2.X0001-1>
- Montero-Marín, J., Navarro-Gil, M., Puebla-Guedea, M., Luciano, J. V., van Gordon, W., Shonin, E., & García-Campayo, J. (2018). Efficacy of “attachment-based compassion therapy” in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 8, Article 307. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00307>

- Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., & L we B. (2016). The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 80(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.11.002>
- Nacak, Y., Morawa, E., Tuffner, D., & Erim, Y. (2017). Insecure attachment style and cumulative traumatic life events in patients with somatoform pain disorder: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 103(1), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.003>
- Nettleton, S. (2006). 'I just want permission to be ill': Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine*, 62(5), 1167-1178. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.030>
- Nolte, S., Erdur, L., Fischer, H. F., Rose, M., & Palmowski, B. (2016). Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. *BioPsychoSocial Medicine*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13030-016-0074-4>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Nordmo, M., Monsen, J. T., Høglend, P. A., & Solbakken, O. A. (2021). Investigating the dose-response effect in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 31(7), 859-869. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1861359>
- Noyes, R., Stuart, S., Watson, D. B., & Langbehn, D. R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: A review of the existing literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 270-281. <https://doi.org/10.1159/000093948>
- Nüesch, E., Häuser, W., Bernardy, K., Barth, J., & Jüni, P. (2013). Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: Network meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72(1), 955-962. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-201249>
- Öz A., Kiliç, A., Deveci, E., & Kirpınar, İ. (2016). Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12(1), 1047-1053. <https://doi.org/10.2147/ndt.s106989>
- Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 223-227. <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.5.223>

- Park, J., & Gilmour, H. L. (2017). *Medically unexplained physical symptoms (MUPS) among adults in Canada: Comorbidity, health care use and employment*. Statistics Canada.
- Payne, H. (2009). The BodyMind Approach (BMA) to psychotherapeutic groupwork with patients with medically unexplained symptoms (MUS): A review of the literature, description of approach and methodology for a pilot study, *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 11(3), 287-310. <https://doi.org/10.1080/13642530903230392>
- Pedersen, H. F., Agger, J. L., Frostholt, L., Jensen, J. S., Ørnbøl, E., Fink, P., & Schröder, A. (2019). Acceptance and Commitment group Therapy for patients with multiple functional somatic syndromes: A three-armed trial comparing ACT in a brief and extended version with enhanced care. *Psychological Medicine*, 49(6), 1005-1014. <https://doi.org/10.1017/s0033291718001666>
- Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowrick, C., Towey, M., Clifford, R., & Morriss, R. (2009). What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 443-449. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0872-x>
- Petersen, M. W., Schröder, A., Jørgensen, T., Ørnbøl, E., Dantoft, T. M., Eliassen, M., Thuesen, B. H., & Fink, P. (2020). The unifying diagnostic construct of Bodily Distress Syndrome (BDS) was confirmed in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 128(1), Article 109868. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109868>
- Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2014). Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 1647-1653. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.022>
- Rabhi, M., Ennibi, K., Chaari, J., & Toloune, F. (2010). Les syndromes somatiques fonctionnels. *La revue de médecine interne*, 31(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2009.03.011>
- Radu, M., Moldovan, R., Pintea, S., Băban, A., & Dumitrascu, D. (2018). Predictors of outcome in cognitive and behavioural interventions for irritable bowel syndrome. A meta-analysis. *Journal of Gastrointestinal and Liver Disease*, 27(3), 257-263. <https://doi.org/10.15403/jgld.2014.1121.273.bab>
- Radziwon, C. D., & Lackner, J. M. (2017). Cognitive behavioral therapy for ibs: How useful, how often, and how does it work? *Current Gastroenterology Reports*, 19(10), 49. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0590-9>

- Ranjan, K., & Masroor, J. (2020). Multimodal psychotherapy in the management of somatization disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(2), 205-212. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_11_17
- Rask, M. T., Rosendal, M., Fenger-Grøn, M., Bro, F., Ørnbøl, E., & Fink, P. (2015). Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: A 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.10.007>
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. I. M., & Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: Service use and costs in secondary care. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 248-253. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.248>
- Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 18(5), 519-523. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.5.519>
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 595-602. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00012>
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 339-367. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745>
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behaviour therapy: A pilot randomized study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(1), 107-117. <https://doi.org/10.1002/cpp.793>
- Ring, A., Dowrick, C., Humphris, G., & Salmon, P. (2004). Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ*, 328(7447), 1057. <https://doi.org/10.1136/bmj.38057.622639.ee>
- Roche, L., Dawson, D. L., Moghaddam, N. G., Abey, A., & Gresswell, D. M. (2017). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for Chronic Fatigue Syndrome (CFS): A case series approach. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.007>

- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research* (2^e éd.). Guilford Press.
- Salmon, P., Peters, S., & Stanley, I. (1999). Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: Qualitative analysis. *BMJ*, 318(7180), 372-376. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7180.372>
- Sarradon-Eck, A., Dias, M., & Pouchain, R. (2020). Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués?. *Sciences sociales et santé*, 38(1), 5-30. <https://doi.org/10.1684/sss.2020.0160>
- Sarter, L., Heider, J., Kirchner, L., Schenkel, S., Witthft, M., Rief, W., & Kleinstuber, M. (2021). Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, Article 110486. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110486>
- Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., Ohmann, C., Ronel, J., Sack, M., Sauer, N., Schneider, G., & Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60-67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
- Savall, A., Dieudonné, M., De Lazzari, M., Hassam, R., & Cathébras P. (2019). Un ou plusieurs syndromes somatiques fonctionnels? Comparaison de l'état de santé de personnes fibromyalgiques et électro-hypersensibles. *La revue de médecine interne*, 40(10), 645-653. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.02.007>
- Scamvougeras, A., & Howard, A. (2020). Somatic symptom disorder, medically unexplained symptoms, somatoform disorders, functional neurological disorder: How DSM-5 got it wrong. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(5), 301-305. <https://doi.org/10.1177/0706743720912858>
- Sebastián Sánchez, B., Gil Roales-Nieto, J., Ferreira, N. B., Gil Luciano, B., & Sebastián Domingo, J. J. (2017). New psychological therapies for irritable bowel syndrome: Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(9), 648-657. <https://doi.org/10.17235/reed.2017.4660/2016>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2^e éd.). Guilford Press.
- Selders, M., Visser, R., van Rooij, W., Delfstra, G., & Koelen, J. A. (2015). The development of a brief group intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) for patients with medically unexplained somatic symptoms: A pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 182-198. <https://doi.org/10.1080/02668734.2015.1036106>
- Shattock, L., Williamson, H., Caldwell, K., Anderson, K., & Peters, S. (2013). 'They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 249-254. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.015>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online Acceptance and Commitment Therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741-753. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.004>
- Sollie, K., Næss, E. T., Solhaug, I., & Thimm, J. (2017). Mindfulness training for chronic fatigue syndrome: A pilot study. *Health Psychology Report*, 5(3), 240-250. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.65469>
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.007>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. Dans R. Bar-On & J. D. A. Parker (Éds), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 40-67). Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>

- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H., & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(12). <https://doi.org/10.1111/nmo.13143>
- Thieme, K., Mathys, M., & Turk, D. C. (2017). Evidenced-based guidelines on the treatment of fibromyalgia patients: Are they consistent and if not, why not? Have effective psychological treatments been overlooked? *The Journal of Pain*, 18(7), 747-756. <https://doi-org/10.1016/j.jpain.2016.12.006>
- Town, J. M., Lomax, V., Abbass, A. A., & Hardy, G. (2019). The role of emotion in psychotherapeutic change for medically unexplained symptoms. *Psychotherapy Research*, 29(1), 86-98. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1300353>
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., Keuter, E. J., & Swinkels, J. A. (2012). Presentation of the multidisciplinary guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and somatoform disorder in the Netherlands: Disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(2), 168-169. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.007>
- van der Feltz-Cornelis, C. M., & van Balkom, A. J. (2010). The concept of comorbidity in somatoform disorder – a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 97-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.011>
- van der Leeuw, G., Gerrits, M. J., Terluin, B., Numans, M. E., van der Feltz-Cornelis, C. M., van der Horst, H. E., van der Horst, H., Penninx, B. W., & van Marwijk, H. W. J. (2015). The association between somatization and disability in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.001>
- van Dessel, N., Den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstaeuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M., & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(11), 1-17. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011142>
- van Eck van der Sluijs, J., Ten Have, M., Rijnders, C., van Marwijk, H., de Graaf, R., & van der Feltz-Cornelis, C. (2015). Medically unexplained and explained physical symptoms in the general population: Association with prevalent and incident mental disorders. *PloS One*, 10(4), Article e0123274. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123274>

- van Gordon, W., & Shonin, E. (2020). Second-generation mindfulness-based interventions: Toward more authentic mindfulness practice and teaching. *Mindfulness*, 11(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01252-1>
- van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 186-206. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12224>
- van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2015). Towards a second generation of mindfulness-based interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 591-592. <https://doi.org/10.1177/0004867415577437>
- van Ravesteijn, H., Grutters, J., olde Hartman, T., Lucassen, P., Bor, H., van Weel, C., van der Wilt, G. J., & Speckens, A. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: A cost-effectiveness study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.001>
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-20. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml016>
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129-135. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13-24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
- Wampold, B. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7(1), 21-43. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331853>
- Weigel, A., Maehder, K., Witt, M., & Löwe, B. (2020). Psychotherapists' perspective on the treatment of patients with somatic symptom disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 138(1), Article 110228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110228>
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713662>

- Wertenbruch-Rocke, T., Hsing P, Lwe B, & Toussaint, A. (2021). Application and validation of the bodily distress syndrome checklist in a psychosomatic outpatient sample. *General Hospital Psychiatry*, 69(1), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.005>
- White, P. D. (2010). Chronic fatigue syndrome: Is it one discrete syndrome or many? Implications for the “one vs. many” functional somatic syndromes debate. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 455-459. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.008>
- Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: A qualitative study. *Family Practice*, 19(2), 178-182. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.178>
- Wilshire, C. E., Kindlon, T., Courtney, R., Matthees, A., Tuller, D., Geraghty, K., & Levin, B. (2018). Rethinking the treatment of chronic fatigue syndrome-a reanalysis and evaluation of findings from a recent major trial of graded exercise and CBT. *BMC Psychology*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0218-3>
- Windgassen, S., Moss-Morris, R., Chilcot, J., Sibelli, A., Goldsmith, K., & Chalder, T. (2017). The journey between brain and gut: A systematic review of psychological mechanisms of treatment effect in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology*, 22(4), 701-736. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12250>
- Windgassen, S., Moss-Morris, R., Goldsmith, K., & Chalder, T. (2019). Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 118(1), 73-82. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.013>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., & Katz, R. S. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 38(1), 1113-1122. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100594>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. -A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A., Russell, J., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62(1), 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

- Wolfe, F., Walitt, B. T., Katz, R. S., & Häuser, W. (2014). Symptoms, the nature of fibromyalgia, and diagnostic and statistical manual 5 (DSM-5) defined mental illness in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *PloS One*, 9(2), Article e88740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088740>
- Yoshino, A., Okamoto, Y., Jinnin, R., Takagaki, K., Mori, A., & Yamawaki, S. (2019). Role of coping with negative emotions in cognitive behavioral therapy for persistent somatoform pain disorder: Is it more important than pain catastrophizing?. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 560-565. <https://doi.org/10.1111/pcn.12866>
- Ziadni, M. S., Carty, J. N., Doherty, H. K., Porcerelli, J. H., Rapport, L. J., Schubiner, H., & Lumley, M. A. (2018). A life-stress, emotional awareness, and expression interview for primary care patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(3), 282-290. <https://doi.org/10.1037/hea0000566>
- Zomorodi, S., Abdi, S., & Tabatabaee, S. K. R. (2014). Comparison of long-term effects of cognitive-behavioral therapy versus mindfulness-based therapy on reduction of symptoms among patients suffering from irritable bowel syndrome. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, 7(2), 118-124. <https://doi.org/10.13005/bpj/453>
- Zonneveld, L. N., Sprangers, M. A., Kooiman, C. G., van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2013). Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: A cross-sectional study on burden. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-520>