



HAL
open science

METHODE ORIGINALE DE DIAGNOSTIC INTEGRATIF A L'HOPITAL

Anne Héron, Jean-Benjamin Stora, Pierre Paris

► **To cite this version:**

Anne Héron, Jean-Benjamin Stora, Pierre Paris. METHODE ORIGINALE DE DIAGNOSTIC INTEGRATIF A L'HOPITAL. 12ème Congrès de l'Association de Recherche et de soutien de Soins en Psychiatrie Générale: "La Psychiatrie dans tous ses Etats", Mar 2014, Paris, France. . hal-01610362

HAL Id: hal-01610362

<https://hal.science/hal-01610362>

Submitted on 4 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

METHODE ORIGINALE DE DIAGNOSTIC INTEGRATIF A L'HOPITAL



Dr HERON Anne *^s, Pr STORA Jean Benjamin **, Dr PARIS Pierre ***



2014

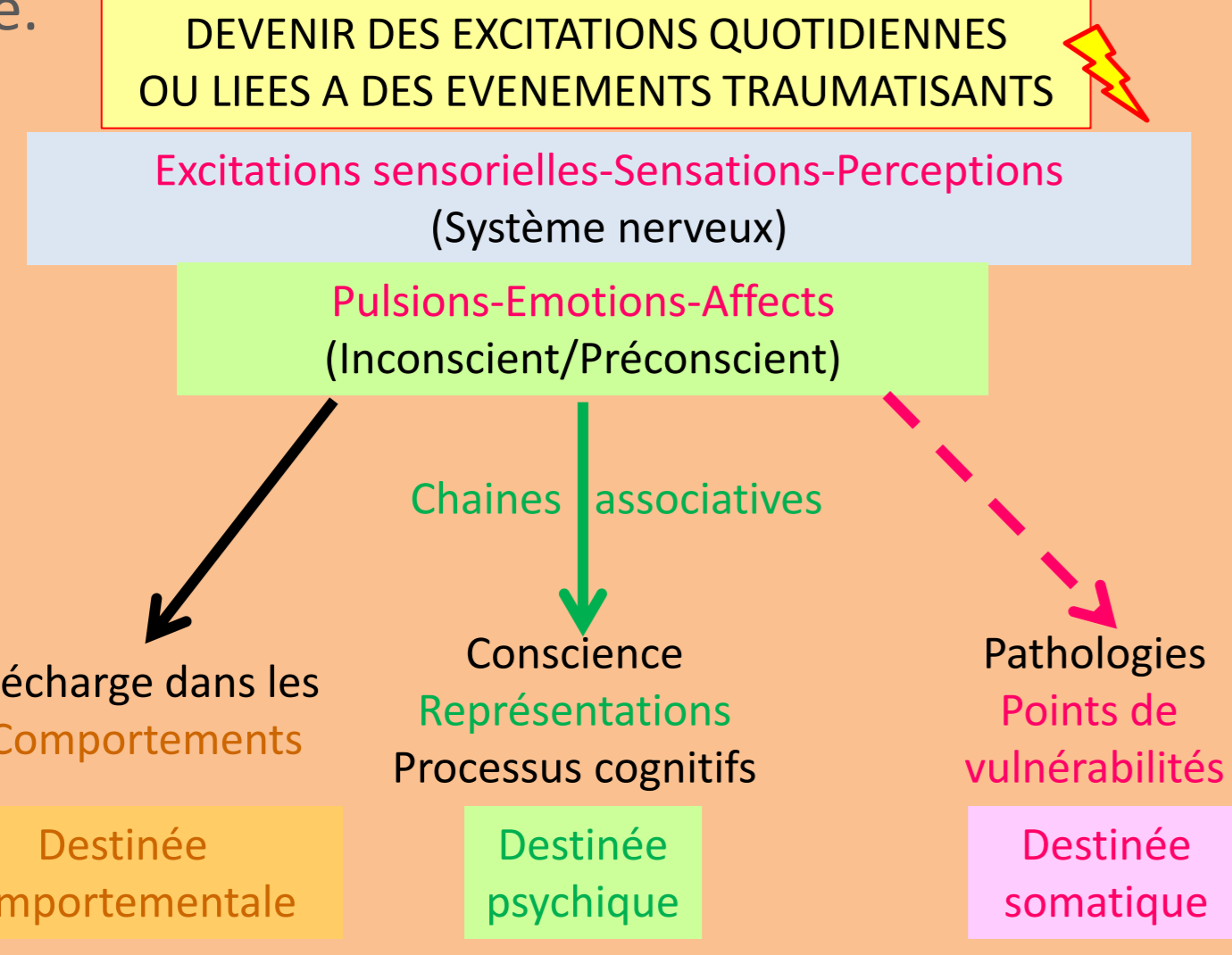
*Enseignant-chercheur en Neurosciences, Service de Physiologie Humaine & Expérimentale, Université Paris Descartes, ^s Responsable de l'Unité de Recherche Clinique CH Dreux

** Psychanalyste-Psychosomaticien, Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière, Président de la Société de Psychosomatique Intégrative

*** Psychiatre, Chef de Pôle Santé Mentale CSAPA, Centre Hospitalier de Dreux

INTRODUCTION

L'être humain est une unité psychocorporelle en interaction constante avec son environnement. Les événements quotidiens génèrent des excitations qui impactent le système nerveux et l'appareil psychique. Les processus cognitifs élaborés au niveau cortical et les comportements permettent généralement de libérer les tensions générées par ces stress. Cependant face à des stress importants, les tensions peuvent se décharger au niveau organique selon les points de vulnérabilité mis en place au cours du développement pré- et post-natal. Une prise en charge adaptée nécessite donc un diagnostic des points de vulnérabilité et de dysfonctionnements du patient dans sa globalité.



OBJECTIFS DE LA METHODE

→ **DIAGNOSTIC**
précise la structure et le fonctionnement de l'unité psychocorporelle du patient en lien avec son environnement

- Histoire médicale et histoire de vie
- Marqueurs de vulnérabilités psychiques et somatiques
- Comportements adaptatifs
- Relations avec l'environnement

→ **ORIENTATION THERAPEUTIQUE**

- Prise en charge globale

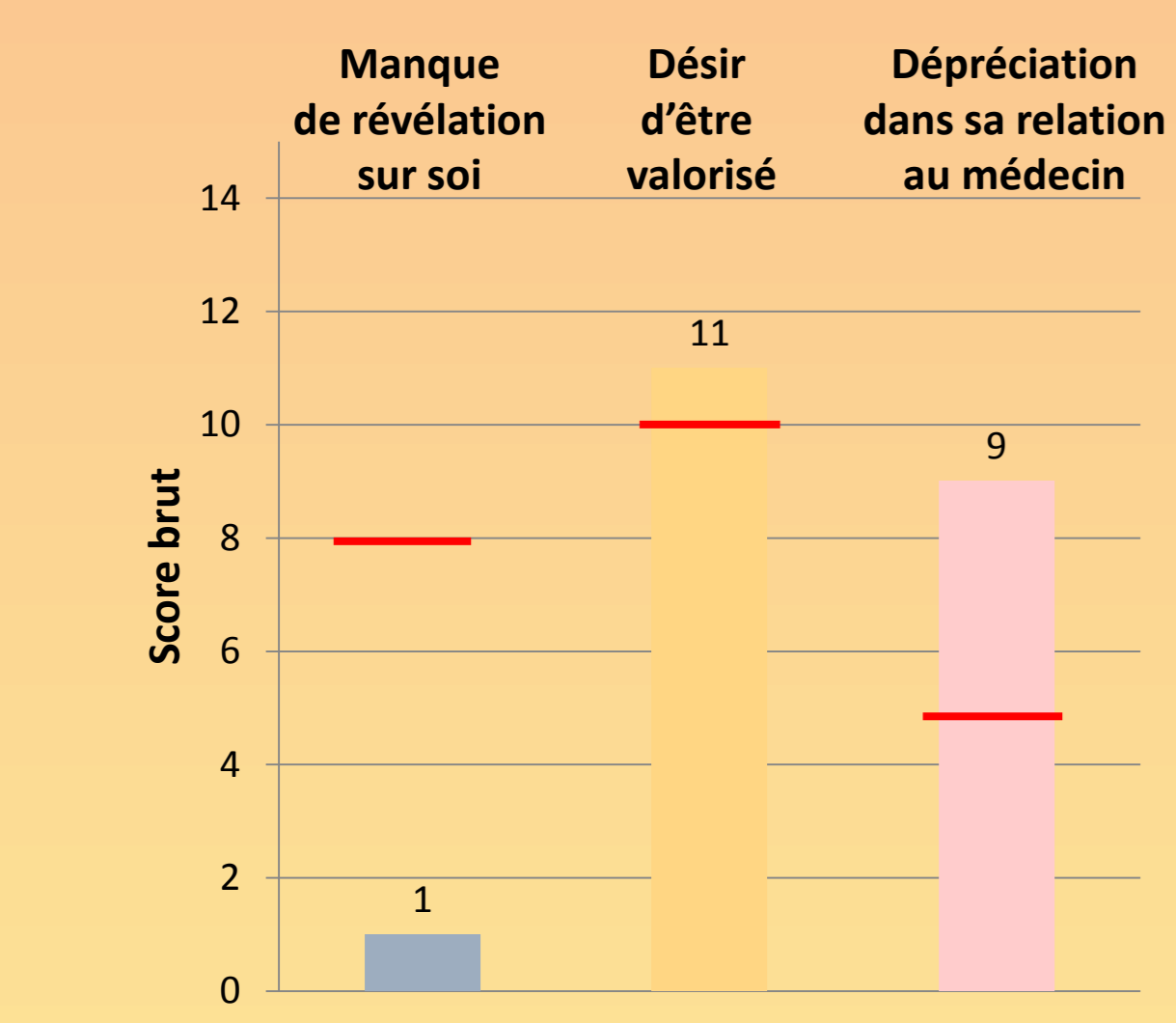
MATERIELS & METHODES

- Patient, masculin, 47 ans. Hospitalisé au sein du CAC (Centre d'Accueil et de Crise) en psychiatrie et dans plusieurs services de l'hôpital
- Méthode de diagnostic psychosomatique (STORA, JB. Annales Médico-Psychologiques, 2012, vol 170, p 26-31)
- Questionnaire d'aide au diagnostic remis au patient (165 items) (Traitement EXCEL) (MILLON, T., ANTONI, M., MILLON C. coll. Millon Behavioral Medicine Diagnostic Manual, Minneapolis : NCS Pearson)
- Histoire médicale (dossier médical informatisé du patient : USV2)
- Entretien clinique : histoire de vie + précise l'histoire médicale et le fonctionnement psychique
- Analyse et synthèse des données recueillies → Diagnostic → Orientation thérapeutique

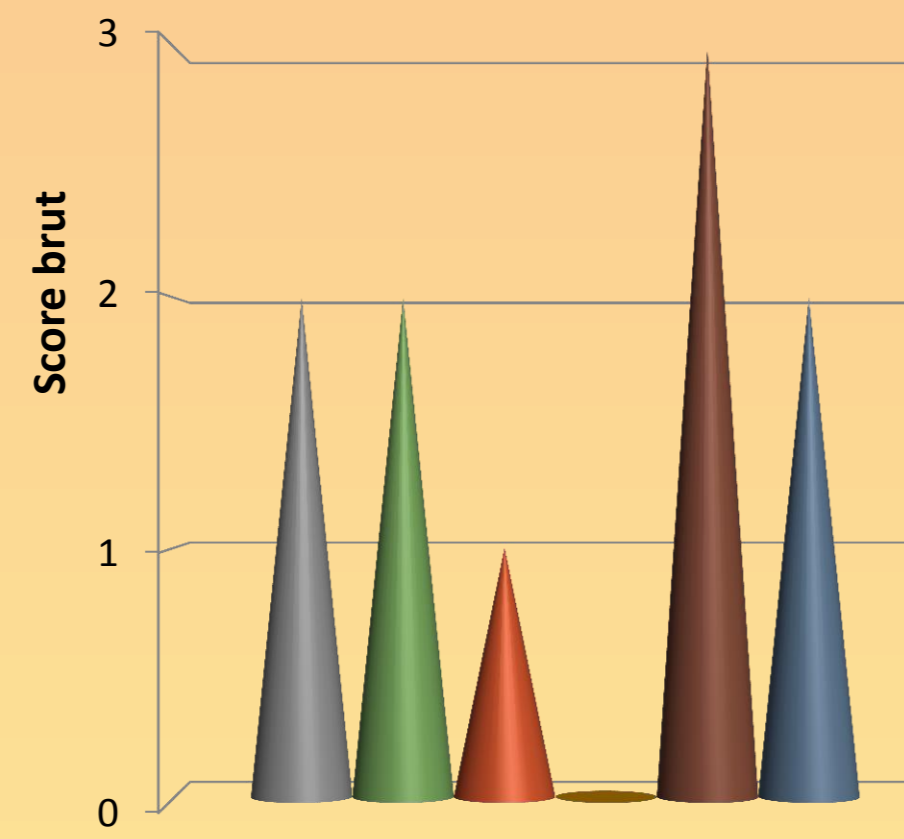
Guide d'entretien clinique

1. Quelles sont les raisons de votre hospitalisation ? Est-ce votre médecin traitant qui vous envoie ?
2. Comment vivez-vous votre maladie ?
3. Dans quel environnement et comment vivez-vous actuellement ? (Famille, Travail ...)
4. Votre enfance : dans quel environnement avez-vous grandi ? (Souvenirs ou absence de souvenirs, âges).
(Comment cela se passait-il à l'école quand vous étiez petit ? Etudes ?)
5. Événements marquants de votre vie ? Avez-vous eu des chocs traumatiques ? (dates)
6. Deuils ? (qui, à quel âge, quel était votre âge ?) Comment avez-vous vécu ce décès ? Pouvez-vous me parler de la personne disparue ?
7. Relations familiales : actuellement et par le passé (parents, enfants, frères et sœurs, Santé ? Conflits ?)
8. Comment occupez-vous votre temps libre ? (TV, lecture, sport, arts, famille, amis, associations, bénévolat)
9. Fumez-vous ? Buvez-vous ? Autres addictions ?
10. En cas de souci, vers qui vous tournez-vous ? Que faites-vous ?
11. Avez-vous des croyances ? Une vie spirituelle ?
12. Révez-vous ? Voulez-vous me raconter un rêve que vous avez fait ?

RESULTATS

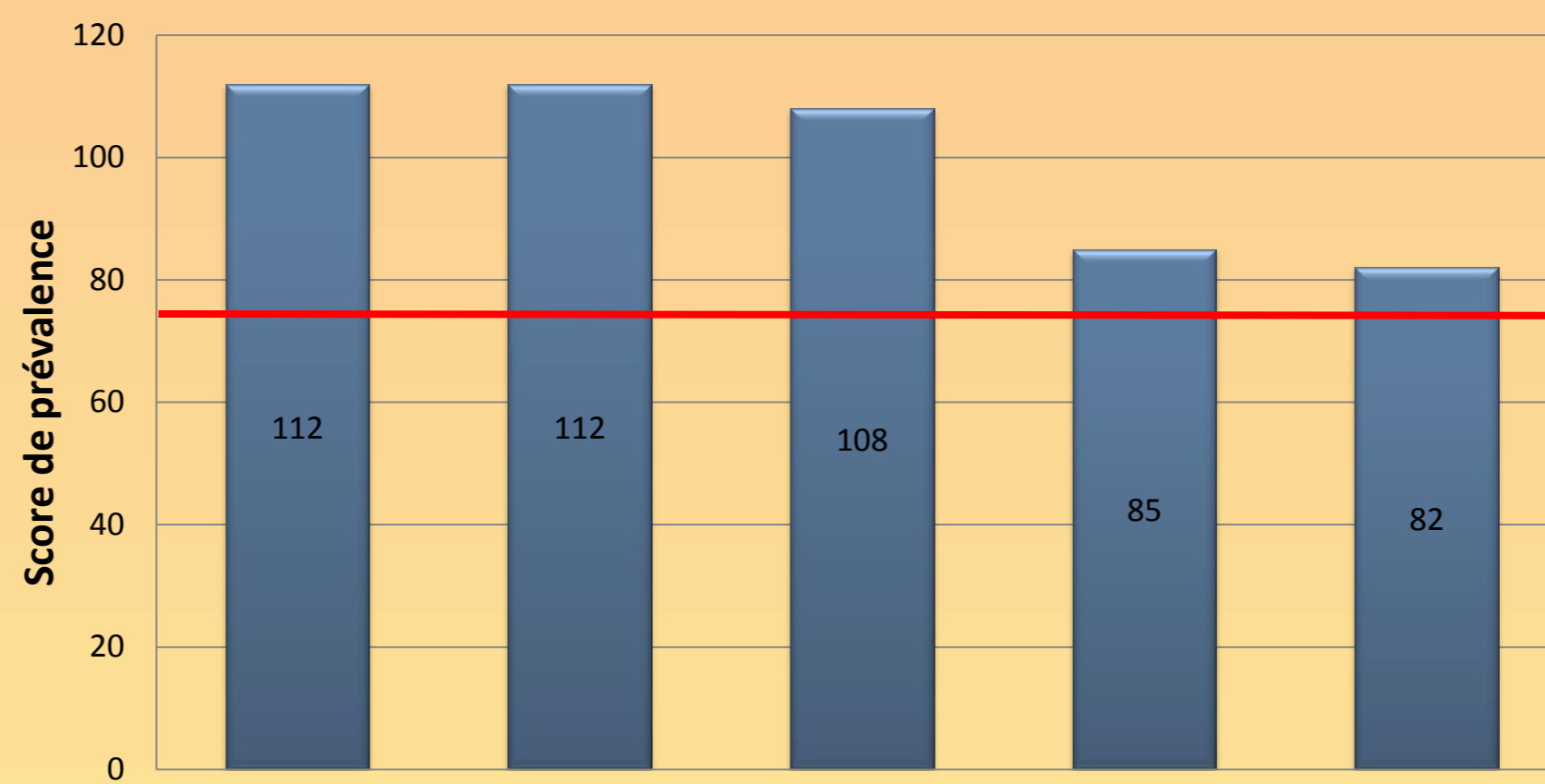


Habitudes toxiques

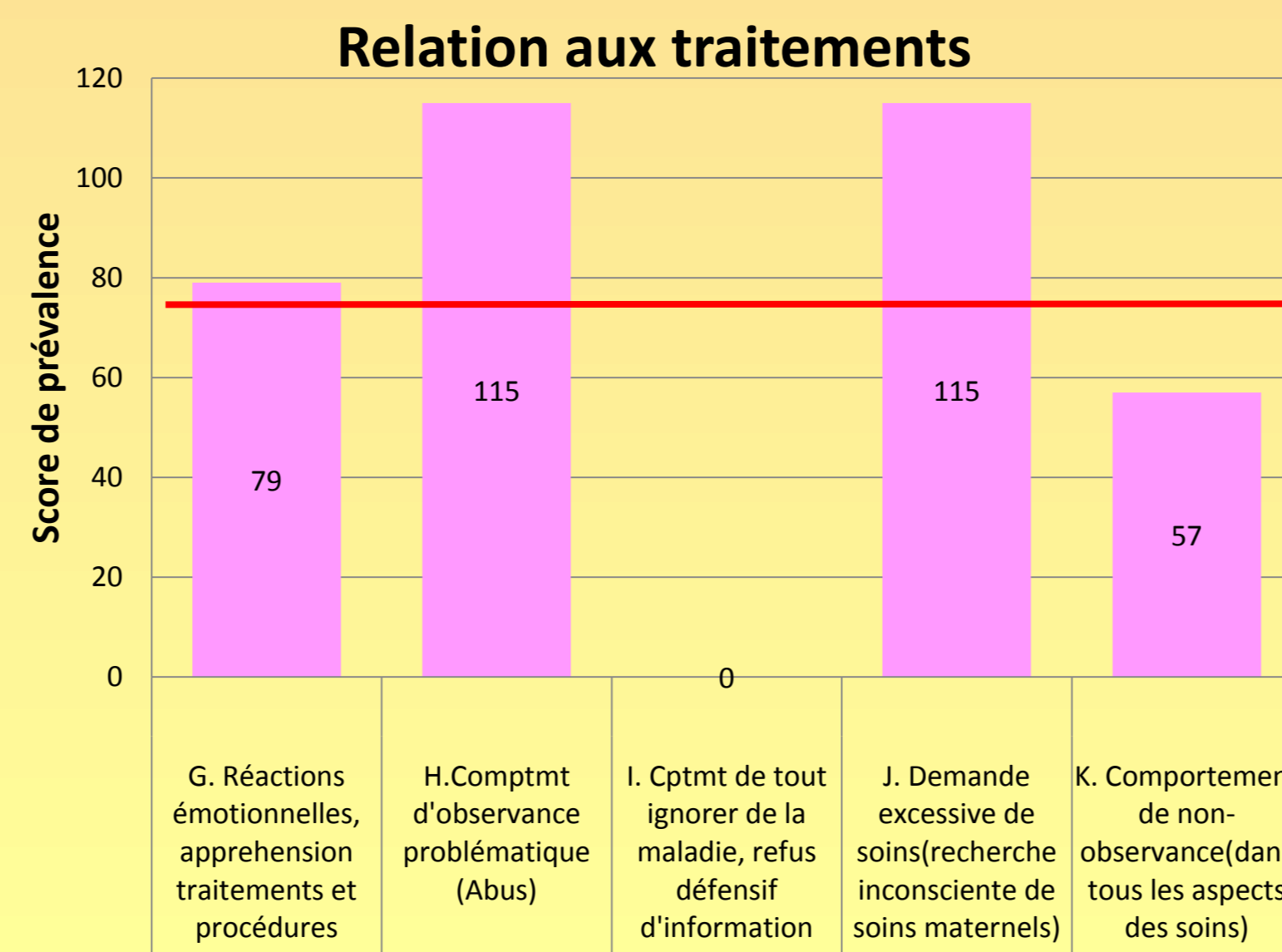
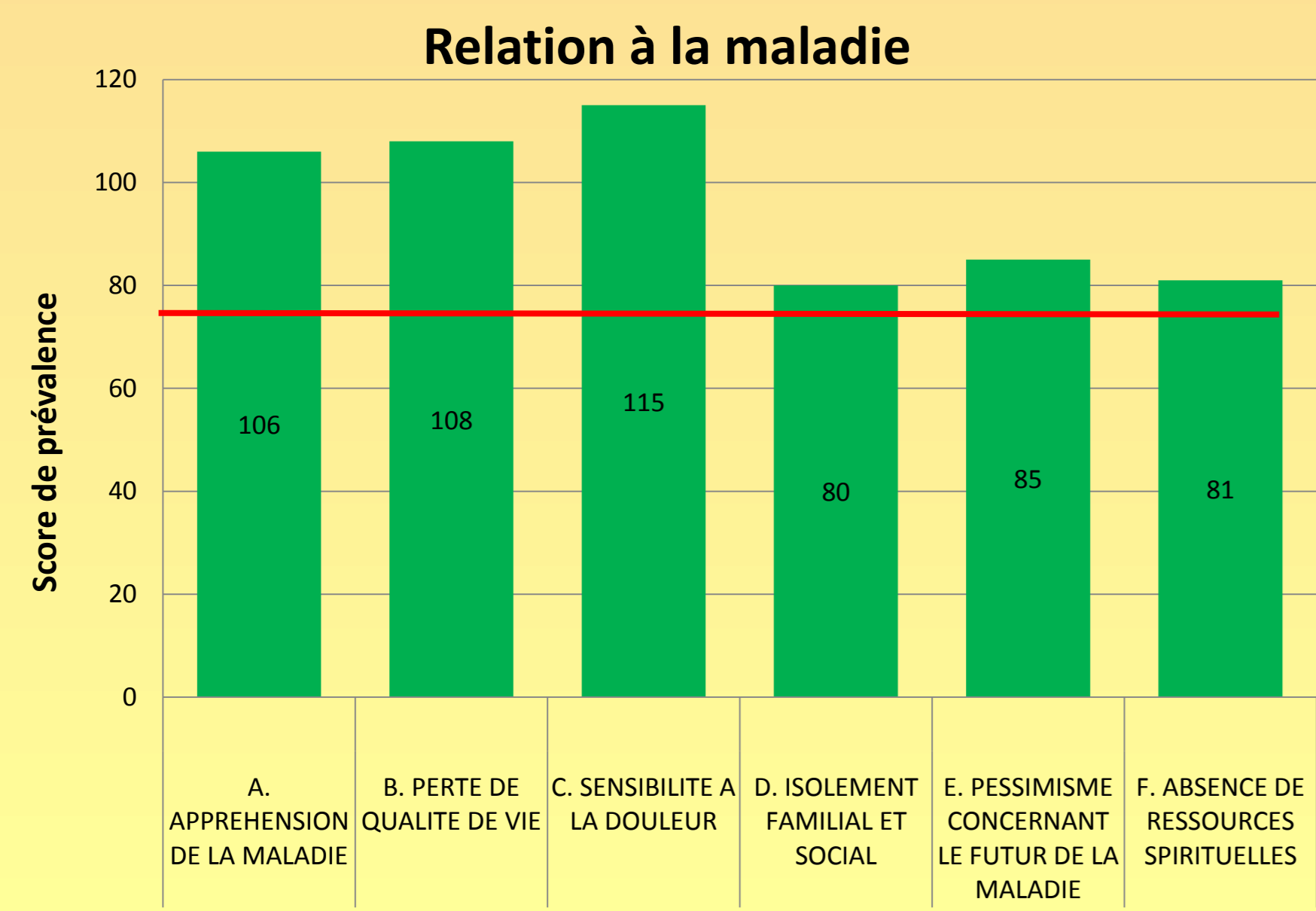
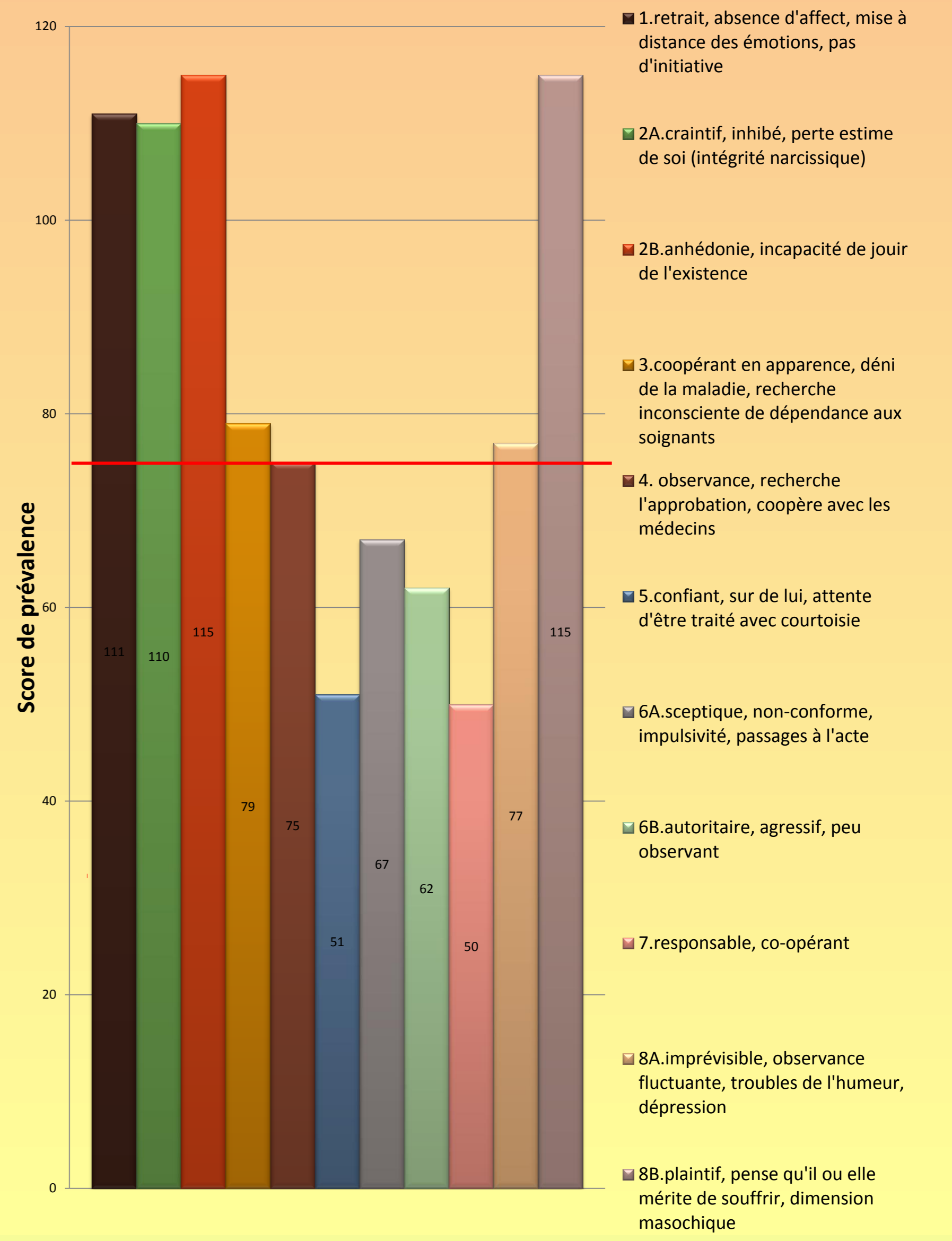


Résultats du questionnaire

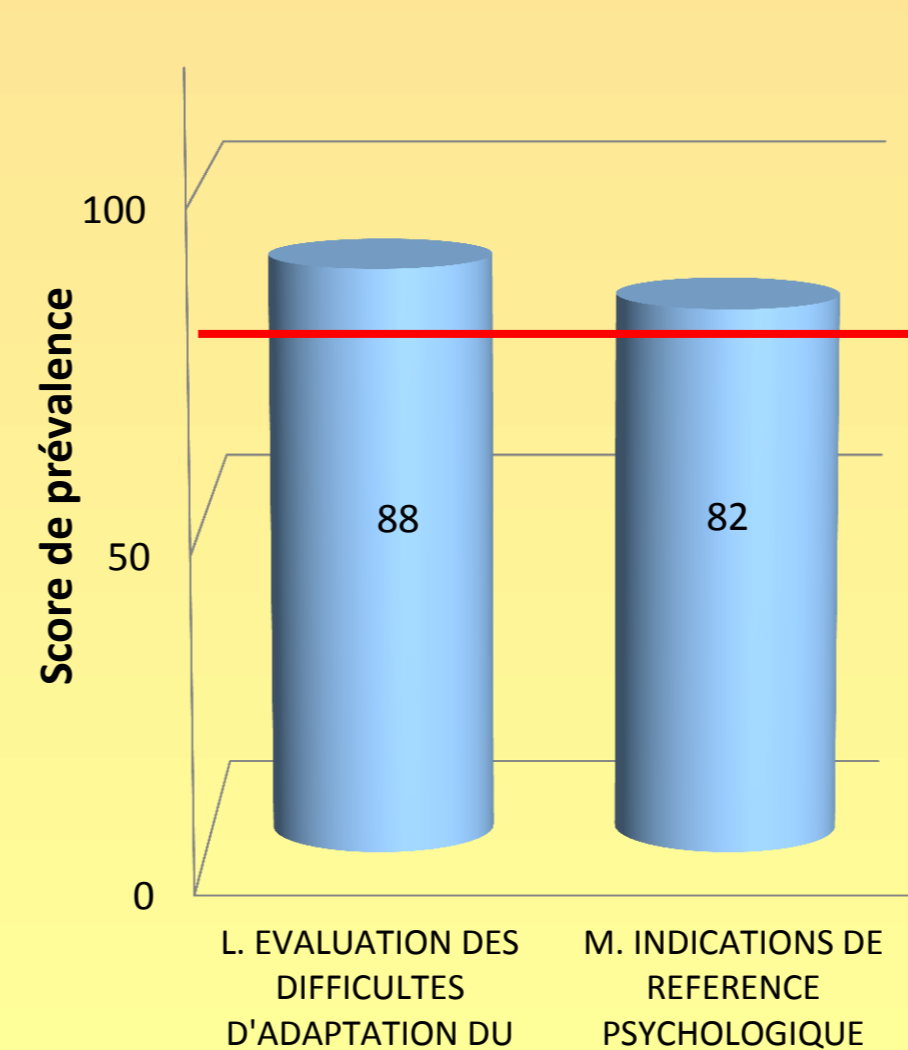
Santé mentale



Stratégies de défense et d'adaptation



Recommandations



AXE 1 : Fonctionnement psychique

- AXE 1A : Relation d'objet
- De type anobactable avec recherche de fusion
- Dimension narcissique du moi très faible, manque d'estime de soi
- Dimension masochiste importante
- Lacunes dans l'organisation du préconscient
- AXE 1B : Etats psychiques du moi et événements de vie
- Etats psychiques du moi et conséquences sur son organisation - Approche psycho-dynamique : conflits du Moi/ ça, surmoi, monde extérieur
- Anxiosités diffuses depuis l'enfance (é-violence et alcoolisme paternels)
- Le Moi ne peut maintenir une limite avec le monde extérieur. → recherche des limites par la transgression (enveloppes psychiques faibles, structure poreuse par défauts de pare-excitation et blessures narcissiques précoces)
- Addictions (tabac, cannabis, sniff de cocaïne, puis toxicomanie à l'héroïne en i.v....) survenues à la puberté (// à l'activation des pulsions sexuelles) → apaisement
- Pulsions sexuelles et pulsions agressives n'ont pu s'intriquer harmonieusement
- AXE 1C : Points de fixations - régressions
- au stade oral (18^{ème} année de vie), Manque d'objets (détresse, angoisse), excès d'excitations → avidité à ingérer et à consommer
- AXE 1D Mécanismes de défense du Moi
- sidération de la vie psychique par l'intermédiaire des drogues (état hypnotique). → Affects-fantasmes traumatiques-relations avec le monde extérieur-conflits intrapsychiques sont suspendus
- déni de la réalité
- AXE 1E Traits de caractères
- composantes à dominance orale et phobique
- AXE 1F Activités sublimatoires : Quelques activités sociales et spirituelles

AXE 2 : Comportements

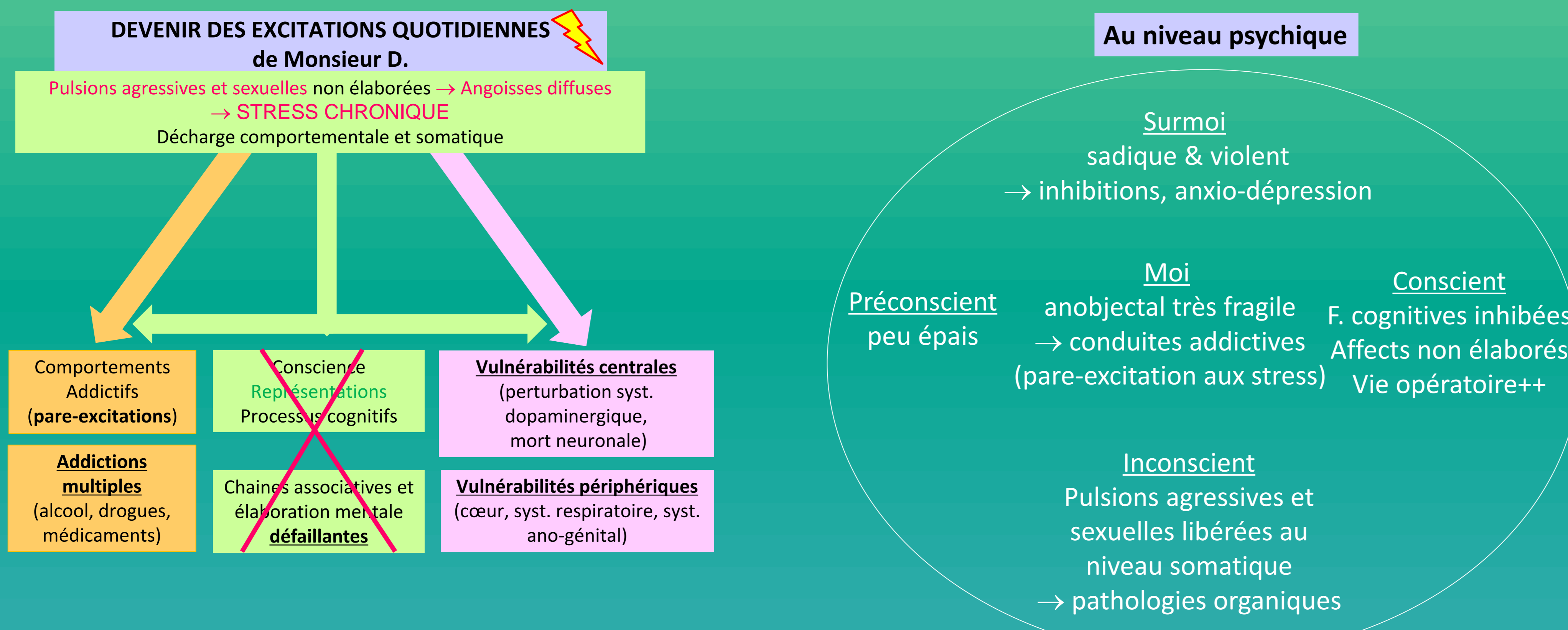
- Additions : alcool, cigarettes, cannabis, cocaïne, héroïne, médicaments... qui font partie de sa vie relationnelle → copains abusent de sa vulnérabilité + se coupe de son environnement familial (ivresse)
- Conduites à risque
- Pas d'activité physique
- AXE 3 : Expression des affects
- Exprime généralement peu ses émotions et ses sentiments
- AXE 4 : Environnement personnel, familial et socio-professionnel
- Env. familial très perturbé
- enfance adolescence : climat familial violent
- âge adulte : séparation, divorce, relations difficiles avec ses fils, isolement
- Env. socio-professionnel instable
- Intérim jusqu'en 2000, puis arrêts de travail récurrents
- Actuellement, a cessé son activité professionnelle.

AXE 5 : Pathologies et traitements en cours

- Pathologies : points de vulnérabilité somatique
- Au niveau du système nerveux central :
 - Troubles addictifs : tabac, alcool, benzodiazépines, cocaïne
 - Fonction cardiaque : précordiales
 - oppression thoracique liées aux crises d'angoisse régulières
 - Fonction respiratoire : apnées du sommeil, dyspnées à l'effort
 - Alimentation : surpoids
 - Hépatite C suivie
 - Fonction d'excrétion : Adénome bénin de la prostate
 - Dysurie (rétention urinaire (contrôles sphinctériens)
 - Hémorroïdes
 - Traitements en cours
 - Subutex 2mg/j prescrit pour 1 mois (buprénorphine : TT substitutif de la dépendance à l'héroïne).
 - Nozinan 25 mg x 5Cp/j à remplacé récemment le neuroleptique Tercian 25mg, 2 à 5Cp/j, pour anxiolyse. (Les benzodiazépines (Xanax 0.5mg) ont été éliminées en raison de la dépendance et du syndrome d'opiacés du sommeil)
 - Déroxat 20 mg 2cp le matin (antidépresseur, IRS)
 - Forlas (en cas de constipation)
 - Mécir LP 0.4mg, 1cp/j (à Ra), TT dysurie liée hypertrophie bénigne prostatique)
 - Suivi diététique
 - Sophrologie
 - Ventilation en Pression positive continue (apnées du sommeil)

COTATION DU RISQUE DU PATIENT	SCORE
AXE 1 : PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUE	3
AXE 2 : PREVALENCE DES COMPORTEMENTS	4
AXE 3 : CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS	4
AXE 4 : RISQUE LIÉ A L'ENVIRONNEMENT	5
AXE 5 : RISQUE SOMATIQUE	3
RISQUE GLOBAL élevé	19/25

DIAGNOSTIC



Au niveau psychique

Surmoi
sadique & violent
→ inhibitions, anxi-dépression

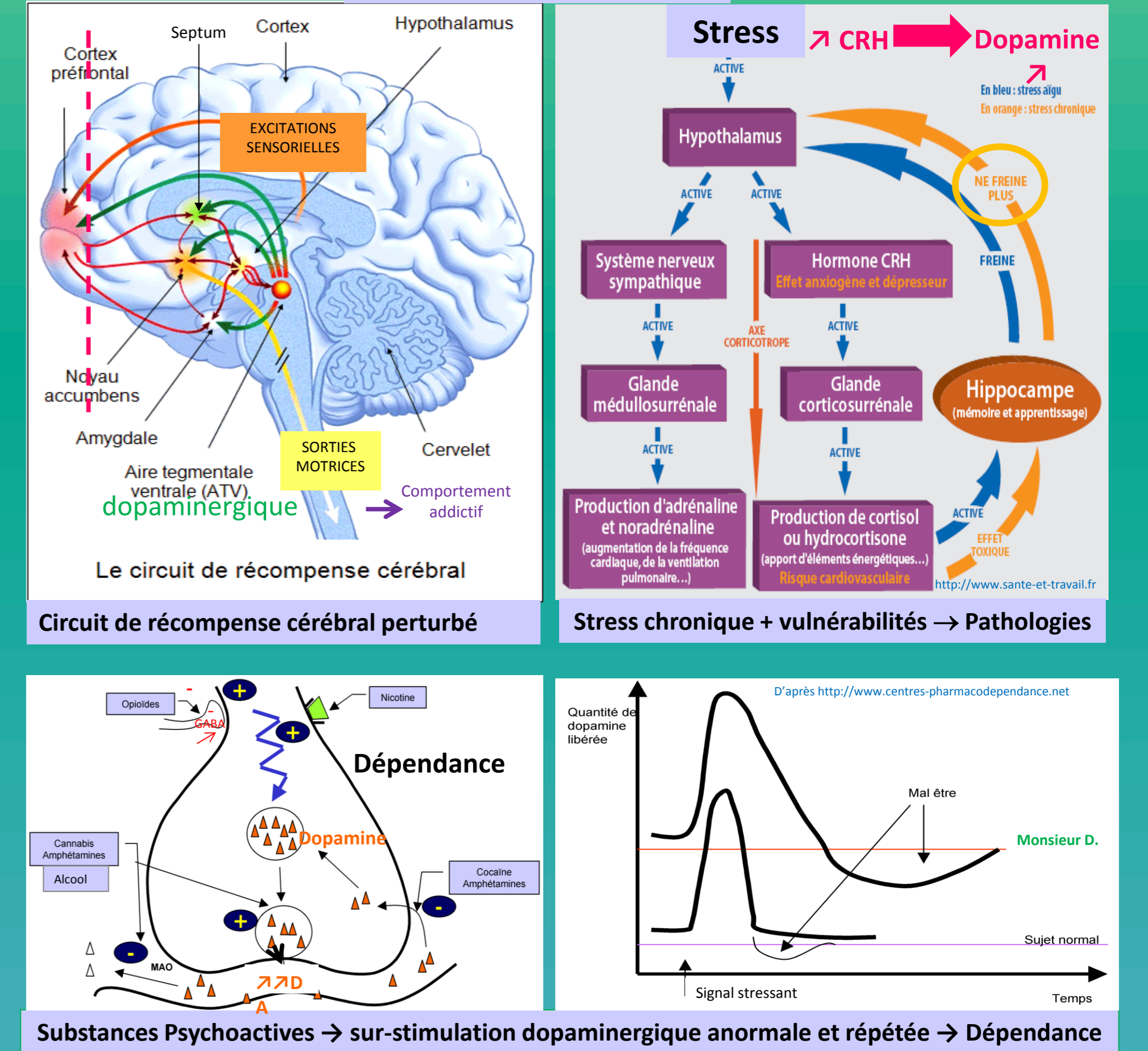
Moi
anobactable très fragile
→ conduites addictives (pare-excitation au stress)

Préconscient
peu épais

Conscient
F. cognitives inhibées
Affects non élaborés
Vie opératoire++

Inconscient
Pulsions agressives et sexuelles libérées au niveau somatique
→ pathologies organiques

Au niveau somatique



ORIENTATION THERAPEUTIQUE

PSYCHOTHERAPIE

- Renforcement narcissique
- Développer les pare-excitations
- Réduire l'influence surmoïque
- Favoriser l'élaboration mentale
- TCC : abstinence, gestion stress, structurer le quotidien
- Travail en groupe → Dimension sociale
- Favoriser une reprise d'activité professionnelle

PHARMACOLOGIE

- Maintenir le TT substitutif aux opiacés
- Antidépresseurs (Préférer les IRS)
- Éviter les neuroleptiques et les benzodiazépines

REPRISE DE CONTRÔLE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE

FAVORISER LE SPORT (réorientation du comportement addictif + production endogène d'endorphines)

CONCLUSION

La méthode diagnostique révèle les relations particulières qui existent entre les événements de vie du patient, son fonctionnement psychique, ses comportements, son environnement et les processus physiopathologiques mis en jeu dans ses différents troubles. L'analyse intégrative des données permet de pointer les marqueurs de vulnérabilité somatique et psychique et guide la prise en charge globale du patient au long cours.

Contact : anne.heron@parisdescartes.fr