

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

Méthode pour faciliter l'établissement du risque de l'unité psychosomatique dans ses 6 dimensions

JBS-PSYSOMA- version 25¹.avril 2020

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2023

FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

Date naissance :

Date début traitement : examen clinique du :

Date fin traitement :

Histoire de la maladie : informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille.

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

Histoire du patient : grille à remplir après investigation. .

Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique : avec détermination du profil de risque. à ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses troubles somatiques.

Le tableau synthétique se trouve en fin de grille et doit être rempli après avoir complété les rubriques.

Cette grille est à remplir au début, en cours et en fin de traitement :

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

Un glossaire des concepts figure en fin de document (cf . la méthode figurant dans le document complet)

Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires. Vos commentaires doivent vous aider à établir progressivement les caractéristiques du fonctionnement psychique (comportements, émotions pensées – représentations mentales-) en les remplaçant dans l'environnement familial et professionnel du patient en vue d'établir un premier diagnostic. Après avoir suivi le patient pendant six mois vous pouvez revoir le diagnostic initial et envisager la stratégie thérapeutique.

¹ Je tiens à remercier très chaleureusement le Dr Lionel Naccache qui m'a suggéré de modifier la procédure statistique d'addition des scores des différentes dimensions de l'unité psychosomatique. Une telle addition, en vérité, n'est absolument pas pertinente dans la mesure où les scores subjectifs conduisaient l'observateur psychosomaticien(ne) à pondérer chacune des dimensions ce qui est une erreur absolue. Il est important avec les modifications apportées, de prendre en considération le tableau global et de comparer avec les connaissances que l'on a aujourd'hui, les scores des différentes dimensions pour aboutir à une observation non quantifiée qualitative du risque psychosomatique global.. Pour les études épidémiologiques, il sera plus facile d'établir des tableaux croisés en retenant chacune des dimensions de l'unité psychosomatique croisée pour chaque maladie avec les variables biologiques communiquées par le corps médical. Le risque somatique devra être identifié à l'aide des variables biologiques habituelles.

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques	

FICHE PATIENT

Nom

Prénom

Date de naissance

date

de l'examen clinique

Recommandations : une fois que vous avez attribué un score à chacune des dimensions de l'unité psychosomatique, vous les regroupez dans le tableau de synthèse située à la fin de l'examen des six dimensions. Ce tableau vous permettra d'établir un diagnostic, un pronostic, et une orientation de la cure.

1. LES PROCESSUS ET MÉCANISMES PSYCHIQUES,	1. Axe auto-censervatif : absence ou insuffisance de développement du système psychique Traumatismes pendant la grossesse de la mère 1a. Traumatismes et carence maternelle pendant la première année de vie. 1b. Obstacles familiaux au développement du système psychique ; entrave du développement de la névrose infantile, prédominance des comportements moteurs. Fragilité du Moi. 1c. Absence d'internalisation de l'Objet, non intrication des pulsions, retournement des pulsions agressives contre Soi, auto-destruction, aggravation des somatisations et traumatismes ; relation d'attachement prédominante 2. Fonctionnement psychique momentanément altéré:	Note fonctionnement psychique

<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1A : relation d'objet : • 1-présence de l'objet • 2-évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi) • 3-de la dimension masochique • 4-de l'épaisseur du pré-CS □ (imaginaire, associations, rêves) • Axe 1B : états psychiques et événements de vie personnels : angoisses deuils dépressions traumatismes influence de la culture • Axe 1C : fixations somatiques fixations psychiques • Axe 1D : mécanismes de défense • Axe 1E : présence de traits de caractère : phobique hystérique pervers à dominante orale à dominante anale phallique-narcissique relation sado-masochique 	<p>Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations</p> <p>3.Fonctionnement psychique altéré : vie et pensée opératoire</p> <p>4.Fonctionnement psychique gravement altéré : Désorganisations progressive (glossaire p. 28, -dépression essentielle</p> <p>5.Fonctionnement du système psychique équilibré : Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration mentale ;</p> <p>Evaluation du risque lié aux fonctionnements et aux dysfonctionnements du système psychique stricto sensu</p> <hr/> <p>ABSENCE DE RISQUE STABLE, DÉBORDEMENT PASSAGER</p> <p>RISQUE FAIBLE À MODÉRÉ:</p> <p>RISQUE MODÉRÉ À ÉLEVÉ:</p> <p>POSSIBILITÉ DE RÉVERSIBILITÉ, RÉORGANISATION À PARTIR DES POINTS DE FIXATIONS-RÉGRESSION, SURVEILLANCE, INSTABILITÉ.</p> <p>RISQUE ÉLEVÉ À TRÈS ÉLEVÉ: (INSTABILITÉ GLOBALE DE LA DIMENSION PSYCHIQUE DE L'UNITÉ PSYCHOSOMATIQUE DÉSORGANISÉE)</p> <hr/> <p>Indications thérapeutiques : Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen – possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.</p>	<p>.....</p>
<p align="center">2. LES RESSOURCES DIMENSION ÉCONOMIQUE (ENERGIE LIBIDINALE ET ÉNERGIE SOMATIQUE)</p>		
<p>2. Les Ressources : Axe 1F : évaluer les ressources dont disposent le patient habituellement lorsqu'il ou elle fait face aux difficultés de la vie :</p> <p>Noter de 1 à 4 : niveau : faible, moyen, élevé, très élevé.</p> <p>Ressources spirituelles, Ressources oniriques Activités d'écriture Activités sportives</p> <p>Bien comprendre qu'il s'agit d'évaluer la balance énergétique (principe d'économie) car la maladie peut absorber une très grande quantité d'énergie somatique pour se soigner. Il s'agit ici de l'auto-réparation de l'unité psychosomatique et de l'énergie mobilisée par les défenses somatiques.</p>		<p>NOTE Ressources</p>
<p>3. PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS</p> <p>1. comportement contrôlé et intégré.</p> <p>2. Faible.</p>		<p>.....</p>

<p>3. Moyenne. 4. Forte.</p>		
<p>4. CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS 1.représentations et affects bien intégrés ; 2.répression avec 3 destins possibles (déplacement ex phobie, obsessions ; délié de la Représentation : ex hystérie ; transformation : ex Névrose d'angoisse) ; 3. prédominance des affects de vitalité dans la relation ; 4. affects représentant la mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique ; 5. alexithymie</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>

<p>5. Le RISQUE SOMATQUE : Le corps, organes et fonctions, paramètres biologiques de référence des médecins.</p>		<p>4 niveaux : A partir des résultats d'observation, du diagnostic et des pronostics communiqués par les médecins du patient. RISQUE TRES ELEVE RISQUE ELEVE RISQUE MOYEN RISQUE FAIBLE</p>	<p>.....</p>

<p>6. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : Nature de l'environnement Environnement familial et environnement professionnel. L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). 1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome</p>		Environnement familial et environnement professionnel. L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). ;

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE:

.....
.....

**Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique
DIAGNOSTIC et STRATEGIE THERAPEUTIQUE**

Vous devez comparer dans le tableau ci-dessous les 6 dimensions de l'unité psychosomatique pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global selon la théorie des systèmes (J.B.S). L'addition des scores n'est pas pertinente.

PSYCHE	RESSOURCES	COMPORMT	AFFECTS	SOMA	ENVIRONMT	

Vous devez donner ci-dessus vos conclusions (diagnostic et pronostic), par exemple grande vulnérabilité, difficultés d'observer les traitements, recommandation de suivi psychothérapeutique, etc.). Les médecins ont besoin d'avoir des conclusions pour mieux apprécier l'évolution de leurs patients.

signature du psychothérapeute psychosomaticien

Nosographie psychosomatique

**Nosographique psychosomatique dynamique –
Etablie le 19/11/2008 par Jean Benjamin Stora**

Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous

le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories cidessous :

1. névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse
2. névroses actuelles
3. troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation)
4. Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSM IV).

Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.

SF	Classification nosographique	Diagnostic
	1. Névroses de transfert (psychonévroses de défense, S.Freud) (Névrose bien mentalisée : Certitude)	
110		Névrose obsessionnelle
120	Symptômes	Phobie
130		Hystérie
135	Névrose mentale symptomalogiquement organisée, au fonctionnement soutenu.	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)
136	Prévalence des symptômes de conversion	Hystérie de conversion
140	Symptôme : Phobie	Hystérie d'angoisse (terme créé par S. Freud)
	2. Névroses actuelles (Echec de la constitution de la névrose infantile)	
	Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.	
141		Névrose d'angoisse
142		Névrose de caractère
145		Hypocondrie (différents états)
146		Névrose traumatique
147		Névrose relation d'objet allergique

3. AXE AUTO-CONSERVATIF : Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation-névroses non mentalisées)	
170	Trouble du comportement Prévalence
171	Hypocondrie archaïque
172	Troubles du narcissisme
173	Troubles de l'identité
174	Troubles addictifs
175	"Psychose froide" ou non délirante A. Green. E. Kestemberg
4. Psychoses délirantes consulter la méthode de diagnostic DSM IV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur	
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	
Troubles de l'humeur	
Troubles anxieux	
Troubles dissociatifs	
Troubles de l'identité sexuelle	
Troubles des conduites alimentaires	
Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois des émotions et des conduites, non spécifié.
Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié.
Consulter le manuel DSM IV pour plus de détails.	

- Névrose polymorphe sans symptomatologie mentale dominante
- **psychonévrose = N. de transfert = N classiques au sens freudien = bien mentalisé : obsessionnelle, phobique, hystérie de conversion.**
- N. actuelles = N. d'angoisse, N. de caractère, N. traumatique, hypocondrie, N. relation d'objet allergique = N. à mentalisation incertaine (doute) et N. mal mentalisée (défauts avérés).
- Etats limites psychosomatiques: Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement = N. de comportement, hypocondrie archaïque, troubles du narcissisme, troubles de l'identité, troubles addictifs, psychose froide ou non délirante. = insuffisance originelle du Préconscient, inorganisation.
- Etats Psychotiques aigus (BDA), chroniques (Schizophrénie, délire parano, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie ou délire chronique imaginaire) □ **Maladies de l'humeur (dépressions, PMD)**

NB La **mentalisation** apprécie d'un coup 3 qualités du préCS :

- L'épaisseur de l'ensemble des représentations
- La fluidité de liaisons entre les représentations - La permanence habituelle du fonctionnement.

N. de caractère définie dans la 1^{ère} topique par un fonctionnement irrégulier dans le temps révélant l'existence d'un PréCS peu perméable.

Selon la 2^e topique présente des altérations repérables notamment au niveau du Surmoi qui semble mal différencié prenant aisément les caractéristiques d'un Moi idéal.

N. de comportement insuffisance originelle du Préconscient. Expression habituelle de l'ICS dans les comportements. On ne repère que la vie opératoire → recours à l'activité et aux conduites comportementales. Moi fragile, carencé.

