COURS 1 PSYCHO : LA RELATION MEDECIN/MALADE – HYPOCONDRIE

1. La relation médecin-malade

* **L’examen clinique**
* **Entretien non directif** : établir un contact émotionnel ac le patient en précisant des données sur ce qu’il est. Il faut écouter et éviter les questions enrafale. Il faut également reformuler, cad faire préciser les termes médicaux qu’emploie le patient
* **Anamnèse méthodique** : pose des questions diagnostiques pour valider ou pas des hypothèses
* **Les domaines explorés**
* **L’observation** : maladie du patient, symptômes, attitude vis-à-vis de la maladie, ATCD, ses inquiétudes,…
* **Les attitudes comportementales** : du côté du patient une inquiétude, du côté du médecin, de la fatigue, de l’intérêt, de l’agacement,…
* **Comment communiquer ac le patient**
* **L’introduction de l’examen** : se présenter, préciser ce qu’on va faire, ce qu’on connait de la patiente
* **Ouverture de l’entretien** : par une question ouverte qui ne bloque pas la com
* **L’authenticité du clinicien** : trouver un état de neutralité bienveillante, sans être trop froid ni raconter notre vie
* **La communication non verbale** : façon de s’habiller, de se tenir, signes distinctifs, notion de distance et de contact visuel, paralanguage (formes de languages nn linguistiques tels les gestes)
* **Le secret médical :**

C’est la base de la relation médeci-patient. Le patient ne peut nous en délivrer.

Cependant le secret est partagé au sein d’une équipe. De plus quand c’est pour l’intérêt du patient on peut transmettre l’ensemble des informations à un autre soignant.

* **La fonction apostolique du médecin :**

Chaque médecin à des attentes par rapport à sa vision du malade idéal et il faut faire attention de ne pas reprocher au malade de ne pas se comporter comme on l’attendrait

* **L’effet placebo :**

= modif objectives ou subjectives de l’état d’un sujet auquel est administré un corps sans act° pharmacodynamique.

1. L’hypochondrie

* **Définition**

Préoccupations centrées sur la **crainte ou l’idée d’être atteint d’une maladie grave, fondée sur l’interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.**

En cas d’hypochondrie il y a une crainte de maladie engageant le pronostic vital et des examens médicaux ne serviront pas à réconforter le patient.

Conséquence principale : surconso d’examens médicaux et complémentaires.

* 3 éléments : **interprétat° catastrophique d’un symptôme banal, certitude d’être malade et persiste malgré un avis rassurant**

Entraine soit *une angoisse* (peur d’être malade) soit *un délire* (pck certitude d’être malade)

=> peut être soit une **thématique d’angoisse** soit une **thématique** **obsessionelle.**

* **Clinique**

Pensent être atteints de tout sauf d’une maladie psychique.

La maladie devient un **style de vie**, les patients sont **fascinés par la médecine et la maladie**

=> relation de peur et de fascination vis-à-vis de la médecine

Besoin de **mettre un nom sur le moindre symptôme**, connaissant tout le jargon médical.

Arrive ac un gros dossier et une petite liste de symptôme à la main qu’il ne faut pas oublier. Le médecin doit lui récupérer pour ne pas perdre le monopole de la conversation.

1. Les troubles du comportement alimentaire

* **La boulimie**

**Ingest° en qques heures de grdes qtées de nourriture ac une impression de perte de contrôle** et de ne pas pv s’arrêter de manger. Il y a une **culpabilité** malgré la tension soulagée par la réalisation du comportement auquel ils tentaient de résister. Ils ont ensuite très mal au ventre. Il y a un **comportement compensateur** par exercice physique ou vomissements. Ainsi le poids est normal voire bas en cas de boulimarexie

Touche plus les femmes, et il doit y avoir au moins *deux accès sur 3 mois.*

La plupart des boulimiques ressentent une **honte sociale**.

Il y a des conséquences médicales importantes ds la boulimie, notamment qd se fait vomir ou utilise des laxatifs.

Svt associé à l’anorexie, l’alcoolisme ou la dépression

* **Hyperphagie**

Mange bcp, gourmand, et grossit.

* **L’anorexie mentale**

**Amaigrissement, Aménorrhée, hyperActivité et Anorexie**.

L’objet de l’anorexie est de trouver du plaisir ds le jeûne.

Il y a souvent un **déni** de l’anorexie.

La base psy est la **peur de grossir** ac un **trouble du schéma corporel** => sorte de **dysmorphophobie**.

Les complications st toutes celles liées aux carences

1. La somatisation (=la conversion)

=**expression par le corps d’une difficulté psychologique**. 3 types : des somatisations douloureuses, des déficits ou des vertiges

Il ne faut pas multiplier les tt agrssifs mais /!\ ce sont de vrais malades.

Il y a une **mise en avt des symptômes physiques** qd le patient ne va pas bien mais il n’a pas la certitude d’être atteint d’une maladie grave. Ainsi contrairement à l’hypochondrie il existe de vrais symptômes physiques exprimant un mal être