**Cas clinique n°1 – Madame Z.**

**Licence 2**

Présentation du cas :

Madame Z., 50 ans, est orientée vers un service de psychiatrie de secteur par son médecin traitant pour des douleurs chroniques invalidantes (fibromyalgie diagnostiquée depuis 4 ans), des troubles du sommeil persistants, une fatigue extrême, une grande labilité émotionnelle ainsi que des conduites impulsives (dépenses excessives, prises de risque sexuelles, rapports conflictuels avec des institutions). Elle présente également un isolement social marqué, un sentiment d’incompréhension médicale profond et un nomadisme thérapeutique installé depuis de nombreuses années, avec un rapport ambivalent à la relation de soin.

Sur le plan somatique, elle souffre de colopathie fonctionnelle, migraines, asthénie et douleurs diffuses chroniques. Elle prend de nombreux médicaments (antalgiques, somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs), sans stabilisation durable de son état. Elle consulte fréquemment dans les services d’urgence pour douleurs thoraciques, paresthésies ou crises de panique. Elle a bénéficié de plusieurs bilans médicaux approfondis à visée neurologique, digestive, rhumatologique et endocrinienne, tous revenus dans les normes. Certains professionnels ont évoqué une possible hypersensibilité centrale.

Sur le plan psychologique, elle parle d’une enfance marquée par la violence psychologique, l’inceste (père incestueux, mère déniant les faits), des fugues dès l’adolescence, des placements répétés à l’ASE, plusieurs tentatives de suicide (17, 21, 28 ans), des conduites d’auto-agression, et une succession de relations de couple violentes, parfois marquées par la dépendance. Elle n’a aujourd’hui aucun contact avec ses parents ni avec ses deux enfants adultes, qu’elle a confiés temporairement à la protection de l'enfance.

Elle présente des épisodes de dissociation (trous de mémoire, sentiment de ne plus être elle-même, perte de repères temporo-spatiaux, passage à l'acte sans souvenir clair), une image de soi très dépréciée, marquée par la honte et la culpabilité, et alterne des périodes de retrait social complet avec des phases d’exaltation anxieuse, où elle tente de lancer des projets (activités artistiques, engagement militant, démarches d’entrepreneuriat) qui s’effondrent rapidement. Elle relate aussi des expériences spirituelles intenses, parfois mystiques, entre mégalomanie discrète et appel d’aide existentiel.

Plusieurs diagnostics ont été successivement évoqués au cours des années : trouble de la personnalité borderline, trouble bipolaire de type II, trouble de stress post-traumatique (TSPT), trouble dissociatif, trouble somatique, trouble de conversion, voire schizophrénie. Aucun consensus n’a été établi, en raison de la complexité du tableau et de l'instabilité relationnelle rendant les prises en charge de longue durée difficiles.

Lors de l’entretien clinique, elle alterne des moments de grande détresse, de confusion affective, de dévalorisation, et des séquences très lucides, où elle parle de ses lectures, de ses tentatives de comprendre ce qu’elle vit, de ses activités créatives et de ses expériences de soins précédentes. Elle exprime un besoin profond de reconnaissance, un sentiment d'injustice et une honte envahissante qui l'empêche d'être en lien. Elle affirme être dans une quête de sens et de "réconciliation avec elle-même".

**Questions d'analyse clinique (15)**

1. Quelles manifestations relèvent d’un trouble dissociatif dans ce cas ?
2. Quels éléments permettent d'évoquer un traumatisme complexe plutôt qu'un simple TSPT ?
3. Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est-il pertinent ? Justifiez.
4. Quels arguments permettent d’écarter ou non un trouble psychotique (type schizophrénie) ?
5. Quelle est la valeur clé de l'histoire d'attachement dans l'élaboration de ses troubles ?
6. Comment le modèle de la dissociation structurelle peut-il s'appliquer ici (primaire, secondaire ou tertiaire) ?
7. Comment comprendre les symptômes somatiques dans ce contexte clinique ?
8. Quelle place occupe la honte chronique dans sa structure psychique ?
9. Quels troubles de la régulation affective sont observables ?
10. Quels liens faire entre ses troubles relationnels et son histoire de victimisation ?
11. Peut-on évoquer une conversion somatique ? Pourquoi ?
12. Quels modèles thérapeutiques pourraient être proposés en priorité ?
13. Quels seraient les axes prioritaires de prise en charge dans la phase initiale ?
14. Comment articuler travail sur l’attachement et stabilisation ?
15. Quelles comorbidités doivent être évaluées en priorité ?

---

### Questions d'analyse clinique (15)

1. Quelles manifestations relèvent d’un trouble dissociatif dans ce cas ?

2. Quels éléments permettent d'évoquer un traumatisme complexe plutôt qu'un simple TSPT ?

3. Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est-il pertinent ? Justifiez.

4. Quels arguments permettent d’écarter ou non un trouble psychotique (type schizophrénie) ?

5. Quelle est la valeur clé de l'histoire d'attachement dans l'élaboration de ses troubles ?

6. Comment le modèle de la dissociation structurelle peut-il s'appliquer ici (primaire, secondaire ou tertiaire) ?

7. Comment comprendre les symptômes somatiques dans ce contexte clinique ?

8. Quelle place occupe la honte chronique dans sa structure psychique ?

9. Quels troubles de la régulation affective sont observables ?

10. Quels liens faire entre ses troubles relationnels et son histoire de victimisation ?

11. Peut-on évoquer une conversion somatique ? Pourquoi ?

12. Quels modèles thérapeutiques pourraient être proposés en priorité ?

13. Quels seraient les axes prioritaires de prise en charge dans la phase initiale ?

14. Comment articuler travail sur l’attachement et stabilisation ?

15. Quelles comorbidités doivent être évaluées en priorité ?