**Cas clinique n°2 – Mademoiselle L.**

**Licence 2**

**Présentation du cas**

Mademoiselle L., 21 ans, étudiante en troisième année de droit, est adressée en consultation psychiatrique par son médecin généraliste suite à une crise de panique majeure survenue lors d'un massage relaxant pendant ses vacances d'été. Elle présente depuis cet épisode une recrudescence de symptômes anxieux invalidants qui perturbent gravement son fonctionnement quotidien et universitaire.

L'anamnèse révèle un événement traumatique survenu à l'âge de 17 ans : lors d'une soirée en boîte de nuit avec des amis pour fêter le baccalauréat, elle a été victime d'un viol après soumission chimique. Elle se souvient avoir accepté un verre offert par un homme plus âgé, puis d'avoir ressenti des vertiges importants et une perte progressive de contrôle. Ses souvenirs de l'agression sont fragmentaires : images floues d'une chambre d'hôtel, sensations corporelles douloureuses, incapacité de bouger ou de parler. Elle s'est réveillée le lendemain matin, seule, avec des douleurs physiques et des marques sur le corps. Elle n'a porté plainte que trois jours plus tard, sous la pression de sa meilleure amie, mais l'enquête n'a pas abouti faute de preuves suffisantes.

Depuis cet événement, Mademoiselle L. présente un tableau clinique complexe :

**Sur le plan dissociatif**, elle décrit des épisodes de déréalisation fréquents (sensation que le monde est "comme dans un film", "derrière une vitre"), des moments d'absence où elle "se déconnecte" en cours ou lors de conversations, une amnésie partielle concernant certaines périodes de sa vie post-traumatique, et des flashbacks sensoriels intrusifs (odeur d'alcool fort, sensation de paralysie, goût métallique). Elle rapporte également des épisodes où elle se retrouve dans des endroits sans savoir comment elle y est arrivée, particulièrement après des situations stressantes.

**Concernant les troubles du comportement alimentaire**, elle a développé dans les mois suivant l'agression une anorexie restrictive sévère, perdant 15 kg en 6 mois. Elle explique avoir voulu "disparaître", "devenir invisible", avec un contrôle obsessionnel de son alimentation. Actuellement, elle alterne des phases de restriction alimentaire stricte et des crises de boulimie suivies de vomissements provoqués. Son IMC actuel est de 17,5. Elle exprime un dégoût profond pour son corps qu'elle perçoit comme "souillé" et "étranger".

**Les troubles de la sexualité** sont marqués par une aversion sexuelle complète, des crises de panique lors de tout contact physique intime, même avec son petit ami actuel qu'elle fréquente depuis un an. Elle évite systématiquement les situations pouvant mener à une intimité physique, développe des stratégies d'évitement élaborées, et ressent une culpabilité intense liée à son incapacité à avoir une vie sexuelle "normale". Elle rapporte des cauchemars récurrents à contenu sexuel traumatique et des sensations corporelles intrusives (douleurs pelviennes, sensation d'étouffement) lors de moments d'intimité.

Le déclencheur de la consultation actuelle a été un massage relaxant offert par sa mère lors de vacances familiales. Au moment où la masseuse a posé ses mains sur elle, elle a ressenti une terreur intense, une paralysie complète, suivie d'une crise de panique avec hyperventilation, tremblements incontrôlables et sentiment de mort imminente. Depuis, les symptômes se sont intensifiés avec une hypervigilance constante, des troubles du sommeil majeurs (endormissement tardif, réveils multiples, cauchemars), et un évitement croissant de toute situation sociale.

Sur le plan social et académique, elle maintient une façade de fonctionnement apparent, avec d'excellents résultats universitaires, mais au prix d'un épuisement majeur. Elle s'isole progressivement, évite les soirées étudiantes, refuse systématiquement l'alcool, et développe des rituels de sécurité (vérification des issues, ne jamais tourner le dos à la porte, éviter les espaces confinés).

Elle n'a jamais bénéficié de suivi psychologique spécifique pour le traumatisme, minimisant longtemps l'impact de l'événement ("j'ai eu de la chance, ça aurait pu être pire", "d'autres vivent des choses bien plus graves"). Sa famille, bien que soutenante, reste dans l'évitement du sujet, et elle n'a parlé de l'agression qu'à trois personnes depuis quatre ans.

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

1. Quels critères du TSPT selon le DSM-5 sont présents dans ce tableau clinique ?
2. Comment expliquer le délai de 4 ans entre le traumatisme et la consultation ?
3. Quelles sont les manifestations dissociatives spécifiques et leur fonction adaptative ?
4. Quel est le lien entre le trouble alimentaire et le traumatisme sexuel ?
5. Comment comprendre la fonction du contrôle alimentaire dans ce contexte ?
6. Quels mécanismes neurobiologiques peuvent expliquer la réaction au massage ?
7. Comment analyser les troubles de la sexualité dans une perspective post-traumatique ?
8. Quel est le rôle de la soumission chimique dans la complexité du tableau ?
9. Quelles stratégies d'évitement sont mises en place et quel est leur coût psychique ?
10. Comment évaluer le risque suicidaire dans ce contexte ?
11. Quelle est la place de la culpabilité et de la honte dans le maintien des symptômes ?
12. Quels facteurs de protection peut-on identifier chez cette patiente ?
13. Quelle approche thérapeutique serait la plus adaptée en première intention ?
14. Comment aborder la question du trauma en évitant la retraumatisation ?
15. Quels sont les enjeux spécifiques du travail thérapeutique avec cette patiente ?