**Travail sur des cas cliniques complexes**

**Exercice n°3**

Licence 3

2025/2026

Madame Yvonne G., 79 ans, est admise en consultation psychogériatrique suite à une série de malaises inexpliquées présentant les caractéristiques de pseudo-crises d’épilepsie (CNEP). Elle vit seule dans un petit appartement en périphérie urbaine, depuis le décès de son mari il y a 6 ans. Elle est veuve, sans enfant, et dispose d'un réseau social extrêmement restreint. Elle bénéficie d'une aide-ménagère deux fois par semaine et a récemment dû être hospitalisée à plusieurs reprises pour des chutes et des plaintes somatiques multiples.

Les troubles présentés par Madame G. sont complexes : elle se plaint d’entendre des voix critiques et dévalorisantes, souvent le soir. Elle décrit ces voix comme « des messieurs qui veulent la punir pour ce qu’elle a fait dans le passé », sans pouvoir préciser davantage. Elle relate aussi des moments de déréalisation, de confusion, et d’épisodes de tétanie accompagnés d’amnésie partielle. Par ailleurs, elle mentionne des douleurs diffuses, des paresthésies et une impression de ne plus sentir ses jambes durant plusieurs minutes, symptômes ayant conduit au diagnostic différentiel de troubles dissociatifs somatoformes.

Sur le plan cognitif, les tests neuropsychologiques montrent un vieillissement cognitif hétérogène, avec des troubles mnésiques épisodiques modérés, mais aucune preuve formelle de maladie d’Alzheimer à ce jour. Les bilans somatiques sont négatifs.

Sur le plan biographique, Madame G. a été confiée à l’Assistance publique dès l’âge de 3 ans. Elle a vécu dans plusieurs foyers et familles d’accueil, certains étant marqués par des maltraitances physiques, une instabilité répétée et des ruptures affectives. Elle n’a jamais retrouvé trace de sa mère biologique. Dans son adolescence, elle a été hospitalisée en psychiatrie pour ce qui a été décrit comme une fugue dissociative. Depuis, elle a toujours eu une grande difficulté à parler d'elle, de son histoire, et semble entretenir une forme de méfiance envers les professionnels de soin.

Les entretiens révèlent une forte charge affective autour de souvenirs flous et morcelés, et une grande difficulté à distinguer le passé du présent dans certaines situations. Elle semble entrer facilement en résonance avec des figures d’autorité perçues comme menaçantes. Son discours est parfois confus, avec des éléments de discours dissocié (utilisation du "elle" pour parler d’elle-même), mais sans critères suffisants pour évoquer un Trouble Dissociatif de l’Identité.

Une de ses angoisses principales concerne la peur de perdre la tête, de devenir folle. Elle a refusé plusieurs examens par peur de "découvrir quelque chose de grave". Le rapport à son corps est également altéré : elle évoque une "peau qui ne lui appartient plus" ou des "jambes de poupée".

Son discours alterne entre une apparente cohérence et des moments d’égarement. Elle est capable de dialogues logiques, mais s’interrompt souvent, perd le fil de ses idées, ou fait référence à des souvenirs non vérifiables qu’elle considère comme réels. Elle semble encore très affectée par le décès de son mari, qu’elle considère comme "le seul qui l’ait jamais aimé vraiment".

**Questions pour les étudiants :**

1. En quoi les voix critiques de Madame G. relèvent-elles davantage d’un phénomène dissociatif que psychotique ? Quels critères cliniques permettent de les différencier ?
2. Quels liens peut-on établir entre les pseudo-crises d’épilepsie (CNEP) et une dissociation somatoforme ? Quelle fonction psychique pourraient-elles avoir dans ce cas ?
3. Madame G. alterne entre confusion, cohérence, et discours morcelé. Comment comprendre cette variabilité à la lumière du modèle des parties dissociées du Moi ?
4. Comment l’histoire d’attachement désorganisé de Madame G. contribue-t-elle à son organisation psychique actuelle ? Quelles stratégies défensives observe-t-on ?
5. Quelles sont les différences entre un trouble dissociatif de l’identité (TDI) et une dissociation complexe non identitaire ? Où situer Madame G. dans cette distinction ?
6. Dans quelle mesure la dissociation peut-elle masquer ou mimer une pathologie neurodégénérative chez une personne âgée ? Quels sont les éléments différentiels à repérer ?
7. Comment interpréter la peur de "devenir folle" chez Madame G. ? Quelle place donner à cette angoisse dans le processus thérapeutique ?
8. Le vécu corporel de Madame G. semble déconnecté et étrange. Comment comprendre son rapport au corps dans une logique trauma/dissociation ?
9. Pourquoi la perte du mari est-elle si déstabilisante pour Madame G. ? En quoi cette perte réactive-t-elle des blessures d’attachement antérieures ?
10. Quels sont les risques de confusion diagnostique entre hallucinations dissociatives et début de maladie d’Alzheimer ? Quels indicateurs spécifiques peuvent aider ?
11. Comment travailler l’alliance thérapeutique avec une patiente oscillant entre méfiance et dépendance relationnelle ?
12. En quoi l’approche par les états du Moi peut-elle éclairer la coexistence de discours contradictoires chez Madame G. ?
13. Quels effets la solitude prolongée et la privation sensorielle peuvent-ils avoir sur les manifestations dissociatives chez la personne âgée ?
14. Quelle place accorder aux facteurs sociaux et contextuels dans l’expression clinique de Madame G. ?
15. Comment penser la temporalité dans l’accompagnement psychothérapeutique d’une personne âgée présentant une clinique du trauma ancien ?