Cas clinique : Maxime, 21 ans

Maxime, étudiant en deuxième année d’université, consulte en raison de difficultés sexuelles qu’il décrit comme « envahissantes et humiliantes ». Il rapporte une incapacité à maintenir une érection lors des rapports sexuels ainsi qu’un manque général d’excitation. Ces troubles sont associés à une anxiété de performance marquée et à une perte d’intérêt pour la sexualité depuis environ un an. Il évoque également une consommation régulière de cannabis et d’alcool qu’il qualifie de « récréative » mais qui s’intensifie lorsqu’il se sent stressé ou lorsqu’il est confronté à des situations sociales inconfortables.

Maxime indique que ses troubles sexuels ont des répercussions majeures sur son estime de soi et son bien-être général. Il évite progressivement les rencontres affectives et sexuelles, développant un sentiment de honte et d’impuissance. Cette situation renforce un cercle vicieux où la peur d’un échec sexuel l’amène à consommer davantage de substances avant tout rapport, ce qui aggrave ses symptômes.

Il reconnaît une consommation quasi quotidienne de cannabis, principalement en fin de journée, qu’il justifie par un besoin de « se détendre et échapper aux pensées négatives ». Il consomme également de l’alcool de manière excessive en contexte festif, souvent jusqu’à l’ivresse, ce qui lui a déjà valu plusieurs blackouts et des comportements qu’il qualifie de « stupides » dont il garde peu de souvenirs.

Au-delà des symptômes sexuels et addictifs, Maxime décrit une anxiété diffuse, des troubles du sommeil, une fatigabilité chronique, ainsi qu’un sentiment de déréalisation par moments, notamment après des consommations prolongées de substances. Il mentionne également des épisodes d’irritabilité et une difficulté à se concentrer, affectant ses performances académiques. Son entourage note un isolement croissant, une baisse d’engagement dans les activités sociales et un désintérêt général pour les études qu’il percevait autrefois comme un moyen de valorisation personnelle.

L’anamnèse révèle une enfance marquée par un climat familial instable. Son père, décrit comme distant et exigeant, ne tolérait pas les faiblesses et imposait une discipline rigide. Les interactions étaient basées sur la performance et la soumission aux règles, avec peu de place pour l’expression émotionnelle. Sa mère, quant à elle, oscillait entre surprotection et désintérêt, en fonction de son propre état émotionnel. Maxime se souvient d’une enfance marquée par la solitude et la peur du jugement paternel. Il évoque un profond sentiment de ne jamais être « assez bien », ce qui a façonné une insécurité chronique dans ses relations interpersonnelles et un besoin constant de validation extérieure.

Dès l’école primaire, Maxime a présenté des signes de réserve sociale, préférant observer plutôt que participer activement aux échanges avec ses pairs. Ce retrait a été exacerbé au collège, où il a été la cible de harcèlement de la part d’un groupe d’élèves plus âgés. Les moqueries portaient sur son physique jugé frêle, son sérieux académique et son manque d’assurance dans les interactions sociales. Ces humiliations répétées ont contribué à renforcer son anxiété sociale et son sentiment de vulnérabilité.

Pendant plusieurs années, Maxime a adopté des stratégies d’évitement pour minimiser les risques d’exposition à de nouvelles humiliations. Il fuyait les espaces communs tels que la cour de récréation et trouvait refuge dans des activités solitaires ou dans des relations d’amitié limitées à quelques camarades perçus comme bienveillants. Le soutien parental face à cette situation a été faible : ses plaintes ont été minimisées par sa mère, qui lui conseillait de « ne pas prêter attention », tandis que son père voyait ces expériences comme une épreuve nécessaire au développement du caractère.

À l’adolescence, Maxime a progressivement cherché à s’extraire de cette posture de victime en adoptant des comportements plus conformes aux normes du groupe. Il a ainsi commencé à fréquenter des pairs plus extravertis et à participer à des expériences festives impliquant l’usage de substances. Le cannabis et l’alcool ont joué un rôle facilitateur en lui permettant de se sentir plus à l’aise dans ces contextes, atténuant temporairement ses inhibitions et son anxiété sociale.

Les premières expériences amoureuses et sexuelles de Maxime ont été marquées par une forte quête de validation. Il investissait intensément ses relations, cherchant à plaire et à répondre aux attentes de ses partenaires. Cependant, il développait en parallèle une angoisse grandissante face à la peur de l’échec sexuel. Une première expérience négative, où il n’a pas réussi à maintenir une érection, a profondément marqué sa perception de lui-même et a renforcé ses croyances d’incompétence et de honte.

Dans les mois qui ont suivi, la peur d’un nouvel échec est devenue omniprésente, le poussant à éviter toute situation intime sans être sous l’influence d’alcool ou de cannabis. Cette dépendance aux substances pour gérer son anxiété a contribué à aggraver ses difficultés, entraînant une diminution progressive de son désir et de son excitation sexuelle. Il décrit aujourd’hui une perte totale de spontanéité dans la sexualité, avec une anticipation anxieuse de l’échec qui le pousse à éviter toute situation pouvant mener à une intimité physique.

Depuis plusieurs mois, Maxime se replie de plus en plus sur lui-même. Ses interactions sociales se limitent aux soirées où l’alcool et le cannabis jouent un rôle central. Ses tentatives de rencontres amoureuses sont devenues rares, et lorsqu’elles ont lieu, elles sont empreintes d’un profond malaise et d’une peur d’être découvert comme « incompétent ».

Il exprime un sentiment d’échec généralisé, oscillant entre des périodes d’abattement et des moments de colère dirigés contre lui-même. Il se décrit comme incapable d’évoluer et ressent une frustration croissante face à son incapacité à retrouver un équilibre émotionnel et relationnel. Son rapport aux substances est ambivalent : il reconnaît que leur usage a exacerbé ses problèmes, mais il peine à envisager une diminution, craignant de perdre l’unique moyen qu’il perçoit comme efficace pour anesthésier son anxiété.

L’entourage de Maxime commence à exprimer des inquiétudes croissantes quant à son état de santé psychologique. Ses résultats universitaires se détériorent, et il a récemment eu un conflit avec un ami proche qui lui reprochait son détachement émotionnel et son comportement autodestructeur. Ces éléments ont participé à sa décision de consulter, bien qu’il manifeste un scepticisme quant à la possibilité d’un changement réel.

Le cas de Maxime illustre une dynamique complexe où les troubles sexuels, les addictions et les expériences traumatiques précoces s’entrelacent pour façonner une détresse psychologique profonde. Son histoire met en lumière les effets du harcèlement scolaire et du climat familial sur la construction de l’identité et du rapport à soi. Son mode d’adaptation, basé sur l’évitement et l’usage de substances, l’a conduit à un isolement progressif et à une détérioration de son fonctionnement global.

L’accompagnement clinique devra prendre en compte la multiplicité des facteurs impliqués et proposer une approche intégrative qui permette à Maxime de retrouver une relation plus apaisée avec son corps, ses émotions et ses relations interpersonnelles.

Les étudiants devront répondre aux questions suivantes :

**Questions d’analyse clinique**

1. **Diagnostic principal et modèles explicatifs**
   * Quel diagnostic principal peut être retenu pour Maxime en s’appuyant sur les critères du DSM-5 et de la CIM-11 ?
   * Quelles hypothèses diagnostiques différentielles explorer (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif, trouble lié à l’usage de substances, trouble de stress post-traumatique) ?
   * En quoi la théorie de l’attachement et la dissociation structurelle peuvent-elles affiner la compréhension de son trouble ?
   * Quels éléments dans son histoire développementale et ses symptômes actuels soutiennent une hypothèse de dissociation partielle liée aux traumatismes du lien ?
   * Quels mécanismes neurobiologiques sous-jacents pourraient être impliqués dans sa symptomatologie (effets de la consommation de substances sur le cortex préfrontal et le système limbique) ?
   * Comment une **approche psychodynamique** permet-elle d’expliquer ses symptômes en termes de conflit intrapsychique, d’identifications inconscientes et de mécanismes de défense ?
   * En quoi l’**approche systémique** peut-elle éclairer les interactions familiales, les loyautés invisibles et les schémas relationnels qui maintiennent ses difficultés psychiques et comportementales ?
   * Quel est le lien entre psychotraumatisme et addiction dans le cas de Maxime ?
   * Comment les expériences de négligence, de rejet et de harcèlement peuvent-elles favoriser une vulnérabilité aux conduites addictives ?
   * En quoi la consommation de cannabis et d’alcool peut-elle être comprise comme un moyen de régulation émotionnelle face aux blessures du lien ?
   * Quels éléments permettent de différencier une consommation auto-thérapeutique d’une consommation pathologique installée dans un processus dissociatif ?
   * Quel diagnostic principal peut être retenu pour Maxime en s’appuyant sur les critères du DSM-5 et de la CIM-11 ?
   * Quelles hypothèses diagnostiques différentielles explorer (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif, trouble lié à l’usage de substances, trouble de stress post-traumatique) ?
   * En quoi la théorie de l’attachement et la dissociation structurelle peuvent-elles affiner la compréhension de son trouble ?
   * Quels éléments dans son histoire développementale et ses symptômes actuels soutiennent une hypothèse de dissociation partielle liée aux traumatismes du lien ?
   * Quels mécanismes neurobiologiques sous-jacents pourraient être impliqués dans sa symptomatologie (effets de la consommation de substances sur le cortex préfrontal et le système limbique) ?
   * Comment une **approche psychodynamique** permet-elle d’expliquer ses symptômes en termes de conflit intrapsychique, d’identifications inconscientes et de mécanismes de défense ?
   * En quoi l’**approche systémique** peut-elle éclairer les interactions familiales, les loyautés invisibles et les schémas relationnels qui maintiennent ses difficultés psychiques et comportementales ?
   * Quel diagnostic principal peut être retenu pour Maxime en s’appuyant sur les critères du DSM-5 et de la CIM-11 ?
   * Quelles hypothèses diagnostiques différentielles explorer (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif, trouble lié à l’usage de substances, trouble de stress post-traumatique) ?
   * En quoi la théorie de l’attachement et la dissociation structurelle peuvent-elles affiner la compréhension de son trouble ?
   * Quels éléments dans son histoire développementale et ses symptômes actuels soutiennent une hypothèse de dissociation partielle liée aux traumatismes du lien ?
   * Quels mécanismes neurobiologiques sous-jacents pourraient être impliqués dans sa symptomatologie (effets de la consommation de substances sur le cortex préfrontal et le système limbique) ?
2. **Influence des antécédents développementaux et des traumatismes du lien**
   * Comment son attachement insécure a-t-il influencé son rapport à la sexualité et sa gestion des émotions ?
   * En quoi les expériences de harcèlement scolaire ont-elles contribué à l’évitement social et à l’anxiété de performance de Maxime ?
   * Quel est l’impact des attentes parentales rigides et du manque de validation émotionnelle sur son estime de soi ?
   * Comment la consommation de substances s’intègre-t-elle dans une stratégie d’évitement émotionnel et de gestion de l’anxiété ?
   * Dans quelle mesure son mode relationnel basé sur la validation externe reflète-t-il une fragilité identitaire ?
3. **Évaluation clinique et exploration diagnostique**
   * Quels outils psychométriques pourraient être utilisés pour évaluer ses troubles (échelle d’anxiété sociale, échelle d’estime de soi, questionnaire sur l’addiction) ?
   * Quels entretiens cliniques permettent d’explorer la dissociation et la gestion du stress (SCID-5, DES-II) ?
   * Comment évaluer les schémas relationnels dysfonctionnels et la peur de l’intimité chez Maxime ?
4. **Approche thérapeutique et enjeux cliniques**
   * Comment structurer une prise en charge progressive qui sécurise Maxime avant d’aborder ses traumatismes passés ?
   * Quelles thérapies sont les plus adaptées pour travailler sur l’anxiété de performance sexuelle (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie des schémas, approche sensorimotrice) ?
   * Comment intégrer un travail sur la réduction de la consommation de substances dans un cadre thérapeutique plus global ?
   * Comment prendre en compte l’impact du harcèlement scolaire et des traumatismes interpersonnels dans la thérapie ?
   * Comment travailler sur la honte et le sentiment d’incompétence qui entravent son bien-être émotionnel et sexuel ?
5. **Plan de traitement et suivi**

* **Quels objectifs thérapeutiques à court, moyen et long terme peut-on fixer pour Maxime ?**
  + À court terme : Stabilisation émotionnelle, réduction de l’anxiété et des stratégies d’évitement, engagement dans une alliance thérapeutique solide.
  + À moyen terme : Travail sur la régulation des émotions, réévaluation des croyances négatives sur soi et sur la sexualité, introduction de stratégies alternatives à la consommation de substances.
  + À long terme : Reconstruction de l’identité personnelle et relationnelle, consolidation des acquis thérapeutiques pour prévenir les rechutes, développement d’une sexualité plus sereine et authentique.
* **Comment aider Maxime à reconstruire une image de soi plus positive et une sexualité moins anxiogène ?**
  + Déconstruire les croyances négatives et rigides sur la performance sexuelle et la masculinité.
  + Explorer les représentations de la sexualité et leur lien avec son histoire traumatique.
  + Intégrer des exercices de pleine conscience et d’auto-compassion pour modifier le dialogue interne négatif.
  + Travailler sur l’acceptation progressive de ses émotions et sensations corporelles.
  + Encourager des expériences progressives de réappropriation corporelle (exercices d’exposition graduée à l’intimité sans objectif de performance).
* **Quelles stratégies d’accompagnement pour réduire progressivement la consommation de substances et prévenir les rechutes ?**
  + Évaluer les fonctions de l’usage de substances et les moments clés de consommation.
  + Proposer des stratégies alternatives de gestion du stress et de l’anxiété (respiration, relaxation, sport, engagement dans des activités valorisantes).
  + Introduire un suivi structuré avec un agenda de consommation et une diminution progressive sous supervision.
  + Mettre en place un réseau de soutien (amis, groupe de parole, thérapeute) pour accompagner le changement.
  + Anticiper les risques de rechute et travailler sur des stratégies de prévention (gestion des envies, techniques de substitution comportementale).

**Réponses**

**Cadre de réponse - Cas clinique de Maxime**

**Instructions :** Vous trouverez ci-dessous un espace dédié à la réponse pour chaque question. Veillez à argumenter vos réponses en mobilisant les connaissances théoriques et cliniques pertinentes.

**1. Diagnostic principal et modèles explicatifs**

**Quel diagnostic principal peut être retenu pour Maxime en s’appuyant sur les critères du DSM-5 et de la CIM-11 ?**

*Réponse :*

**Quelles hypothèses diagnostiques différentielles explorer (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif, trouble lié à l’usage de substances, trouble de stress post-traumatique) ?**

*Réponse :*

**En quoi la théorie de l’attachement et la dissociation structurelle peuvent-elles affiner la compréhension de son trouble ?**

*Réponse :*

**Quels éléments dans son histoire développementale et ses symptômes actuels soutiennent une hypothèse de dissociation partielle liée aux traumatismes du lien ?**

*Réponse :*

**Quels mécanismes neurobiologiques sous-jacents pourraient être impliqués dans sa symptomatologie (effets de la consommation de substances sur le cortex préfrontal et le système limbique) ?**

*Réponse :*

**Comment une approche psychodynamique permet-elle d’expliquer ses symptômes en termes de conflit intrapsychique, d’identifications inconscientes et de mécanismes de défense ?**

*Réponse :*

**En quoi l’approche systémique peut-elle éclairer les interactions familiales, les loyautés invisibles et les schémas relationnels qui maintiennent ses difficultés psychiques et comportementales ?**

*Réponse :*

**Quel est le lien entre psychotraumatisme et addiction dans le cas de Maxime ?**

*Réponse :*

**Comment les expériences de négligence, de rejet et de harcèlement peuvent-elles favoriser une vulnérabilité aux conduites addictives ?**

*Réponse :*

**En quoi la consommation de cannabis et d’alcool peut-elle être comprise comme un moyen de régulation émotionnelle face aux blessures du lien ?**

*Réponse :*

**2. Influence des antécédents développementaux et des traumatismes du lien**

**Comment son attachement insécure a-t-il influencé son rapport à la sexualité et sa gestion des émotions ?**

*Réponse :*

**En quoi les expériences de harcèlement scolaire ont-elles contribué à l’évitement social et à l’anxiété de performance de Maxime ?**

*Réponse :*

**Quel est l’impact des attentes parentales rigides et du manque de validation émotionnelle sur son estime de soi ?**

*Réponse :*

**Comment la consommation de substances s’intègre-t-elle dans une stratégie d’évitement émotionnel et de gestion de l’anxiété ?**

*Réponse :*

**Dans quelle mesure son mode relationnel basé sur la validation externe reflète-t-il une fragilité identitaire ?**

*Réponse :*

**3. Évaluation clinique et exploration diagnostique**

**Quels outils psychométriques pourraient être utilisés pour évaluer ses troubles (échelle d’anxiété sociale, échelle d’estime de soi, questionnaire sur l’addiction) ?**

*Réponse :*

**Quels entretiens cliniques permettent d’explorer la dissociation et la gestion du stress (SCID-5, DES-II) ?**

*Réponse :*

**Comment évaluer les schémas relationnels dysfonctionnels et la peur de l’intimité chez Maxime ?**

*Réponse :*

**4. Approche thérapeutique et enjeux cliniques**

**Comment structurer une prise en charge progressive qui sécurise Maxime avant d’aborder ses traumatismes passés ?**

*Réponse :*

**Quelles thérapies sont les plus adaptées pour travailler sur l’anxiété de performance sexuelle (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie des schémas, approche sensorimotrice) ?**

*Réponse :*

**Comment intégrer un travail sur la réduction de la consommation de substances dans un cadre thérapeutique plus global ?**

*Réponse :*

**Comment prendre en compte l’impact du harcèlement scolaire et des traumatismes interpersonnels dans la thérapie ?**

*Réponse :*

**Comment travailler sur la honte et le sentiment d’incompétence qui entravent son bien-être émotionnel et sexuel ?**

*Réponse :*

**5. Plan de traitement et suivi**

**Quels objectifs thérapeutiques à court, moyen et long terme peut-on fixer pour Maxime ?**

*Réponse :*

**Comment aider Maxime à reconstruire une image de soi plus positive et une sexualité moins anxiogène ?**

*Réponse :*

**Quelles stratégies d’accompagnement pour réduire progressivement la consommation de substances et prévenir les rechutes ?**

*Réponse :*