



Institut d'enseignement

3 rue Gazan – 75014 PARIS

EXAMEN

MODULE 1 -

SESSION DE SEPTEMBRE 2021

DURÉE : 1 HEURE

NOM :

PRÉNOM :

DOSSIER RÉPONSE

Cet examen consiste en 4 questions à réponse ouverte courte qui portent sur les cours que vous avez suivis. Chaque question vaut 5 points.

Veillez respecter le cadre vous indiquant la longueur de la réponse attendue (Times New Roman 12, interligne simple). Mettez votre nom sur le présent document.

Vous pouvez vous servir de votre Mini DSM-5. L'usage d'aucun autre document n'est autorisé.

SOYEZ COMPLET ET CONCIS. Nous vous prions de ne pas réciter votre cours, mais **d'appliquer ce que vous avez appris au cas concret que l'on vous propose.**

Le temps alloué pour l'examen est de 1 heure.

Bonne chance !

Ne rien inscrire dans ce cadre.

Mr. D. a 45 ans, il vous consulte dans le cadre de votre pratique libérale. De bon contact et d'une bonne présentation, il se dit adressé à vous par le psychologue du centre hospitalier où il était en soins de suite, après avoir bénéficié d'une opération du cœur, il y a 5 mois.

Suite à cette opération il décrit une peur récurrente de mourir, et une hyper-vigilance de ses sensations cardio-respiratoires. Ainsi il dépasse les recommandations de son cardiologue. Pourtant toujours selon son cardiologue, lors de sa dernière visite, il peut faire autant d'exercice physique qu'il le veut, et il est revenu à un risque d'incident cardiaque exactement le même que dans la population générale. De plus il lui a été stipulé que l'exercice physique était indispensable et nécessaire et pouvait être pratiqué sans restriction autre qu'une douleur à l'endroit de la cicatrice. Il décrit le développement de son anxiété suite à l'annonce de sa pathologie il y a 1 an, cela l'avait alors brusquement renvoyé aux soucis de santé de son père. Cette angoisse s'est encore aggravée selon lui à la suite de l'opération, moment où son hypervigilance est allée croissante.

Pendant la séance alors qu'il parle de son cœur, vous lui demandez de se focaliser quelques instants sur celui-ci – il vous répond qu'il ne doit pas trop se focaliser sur ses battements cardiaques sinon il risque, "comme toujours", de paniquer et peut être de faire une crise cardiaque. Il le tente tout de même, et alors vous le voyez alors commencer une attaque de panique. Cette crise de panique débute selon lui lorsqu'il commence à se focaliser sur les battements de son cœur, cela le stresse, puis il lui semble alors éprouver une douleur, allant croissant, vers le plexus et la poitrine. Il dit ensuite que l'air commence à lui manquer, lui vient alors la pensée qu'il va mourir et faire une crise cardiaque dans votre bureau. Il sent alors sa respiration s'accélérer et sa vision se troubler, son rythme cardiaque augmenter, mais aussi une sudation excessive et la présence de tremblements. Il lui semble aussi qu'il "s'éloigne de tout, avec un sentiment d'étrangeté", comme s'il se voyait mourir. Ces épisodes sont présents depuis son opération et il dit vivre dans la crainte constante qu'ils surviennent, en effet pour lui c'est alors le risque de mourir d'une crise cardiaque qui est présent. Sa crainte de ces attaques de panique et du risque de mourir qu'il y associe, le pousse à éviter toute activité pouvant modifier son rythme cardio-respiratoire, il ne marche que très peu, ne porte rien, et surveille son rythme cardiaque et son nombre de pas (pour ne pas en faire trop et risquer de fatiguer son cœur) grâce à une montre connectée.

Mr. D. ne présente pas de souvenirs intrusifs, ni de reviviscences. Son discours est clair et organisé. Il ne présente pas d'hallucination, de trouble cognitif, ou de pathologie organique ayant des retentissements psychiques. Vous lui faites passer le PDQ4+ pour renforcer votre

examen clinique, et il ne présente pas de trouble de la personnalité. Il ne consomme pas d'alcool ni de drogue, ayant arrêté la cigarette avant son opération. Son attention et son niveau de vigilance sont dans la norme. Il ne présente pas d'antécédents d'exaltation de l'humeur.

Depuis son opération et ses accès d'anxiété il dit présenter une humeur basse, avec une perte de plaisir dans toutes ses activités et une tristesse omniprésente. Il lui semble être un "condamné en sursis et n'être déjà plus qu'un fantôme". Son alimentation et son sommeil apparaissent perturbés : il dit avoir perdu plus de 6kg depuis son opération et ne parvenir à dormir que 4 à 5 heures par nuit, avec une tendance à regarder son smartphone une bonne partie de la nuit. Il dit se sentir coupable de cet état de fait, sans parvenir pour autant à se mobiliser. Au niveau social il tend à s'isoler de par son évitement de toute activité, et il lui semble perdre goût à voir d'autres personnes. Il se dit aussi plus irritable qu'avant, ayant des accès de colère quand il se sent incompris par son entourage.

Au niveau familial il présente un bon étayage, avec des rapports conjugaux harmonieux et des relations sereines avec ses deux enfants. Ses parents sont décédés, son père d'un infarctus en 2017 et sa mère d'un cancer deux ans auparavant. Au niveau familial nous notons de nombreux antécédents de pathologies cardiaques. Aucun antécédent de maladie psychique n'est relevé.

Question 1 :

- a) **Quels sont les diagnostics pouvant être évoqués – justifiez votre réponse à partir des éléments du DSM-V et de l'étude de cas : 2 diagnostics sont attendus : (2 pts : 0,50pt par élément (nom du trouble : 0,50 justification DSM 0,25 et anamnèse 0,25) - Si nom du diagnostic sans justification : 0,25pt.**

Trouble panique : Selon le DSM-V : le trouble panique est caractérisé par une préoccupation persistante ou des changements de comportements en lien avec la survenue récurrente d'attaques de panique inattendues, c'est-à-dire qui se produisent sans cause évidente ou déclencheur. Elles peuvent survenir par exemple lorsque la personne se détend ou dort.

Des attaques de panique peuvent aussi survenir comme symptômes dans d'autres troubles anxieux que le trouble panique (ex. anxiété sociale, agoraphobie, phobie spécifique...).

Elles surviennent alors de façon prévisible en réponse à des situations ou des déclencheurs précis. Dans ces cas, le diagnostic de trouble panique ne s'applique pas.

Voici les critères diagnostiques du DSM-5 : Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

Remarque : La montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses.
4. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
9. Frissons ou sensations de chaleur.
10. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

Remarque : des symptômes spécifiques à la culture (par exemple, acouphènes, douleur au cou, maux de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être présents. Ces symptômes ne doivent pas compter comme l'un des quatre symptômes nécessaires au diagnostic.

- B. Au moins une des attaques a été suivie d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre de ce qui suit :
1. Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique et leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).
 2. Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).
- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale (par exemple, hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées, comme dans le trouble d'anxiété sociale ; en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits, comme dans la phobie spécifique ; en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel-compulsif ; en réponse à des rappels d'événements traumatiques, comme dans le syndrome de stress post-traumatique ; ou en réponse à la séparation d'avec les figures d'attachement, comme dans le trouble d'anxiété de séparation).

Trouble dépressif : Critères diagnostiques du DSM-5 :

- A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
- Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.
1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, peut-être une humeur irritable.)
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.

Remarque : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes peuvent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

- D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.
- Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

b) Donnez deux diagnostics différentiels et pour deux d'entre eux, un exemple de question permettant de l'éliminer, en faisant le lien avec des exemples de l'étude de cas : (10 lignes maximum). 2pt : 0,50 pour le nom , 0,50 pour la justification (DSM 0,25 – Anamnèse 0,25).

TSPT – TDAH – trouble d'usage de substances et d'alcool – Trouble dissociatif de l'identité – trouble psychotique – trouble de personnalité – trouble bipolaire - toute autre réponse cohérente.

c) Comment pouvez-vous anticiper globalement l'évolution de la symptomatologie de Mr. D., notamment compte tenu de la double symptomatologie présente ? Réponse attendue maximum 4 lignes. 1 pt

Réponse mentionnant la présence classique de l'anxiété et de la dépression et l'idée d'une boucle de rétroaction entre les deux et d'une stabilité de la symptomatologie dans le meilleur des cas, et d'une aggravation qui apparaît vraisemblable sans soins. Ou toute autre réponse jugée pertinente.

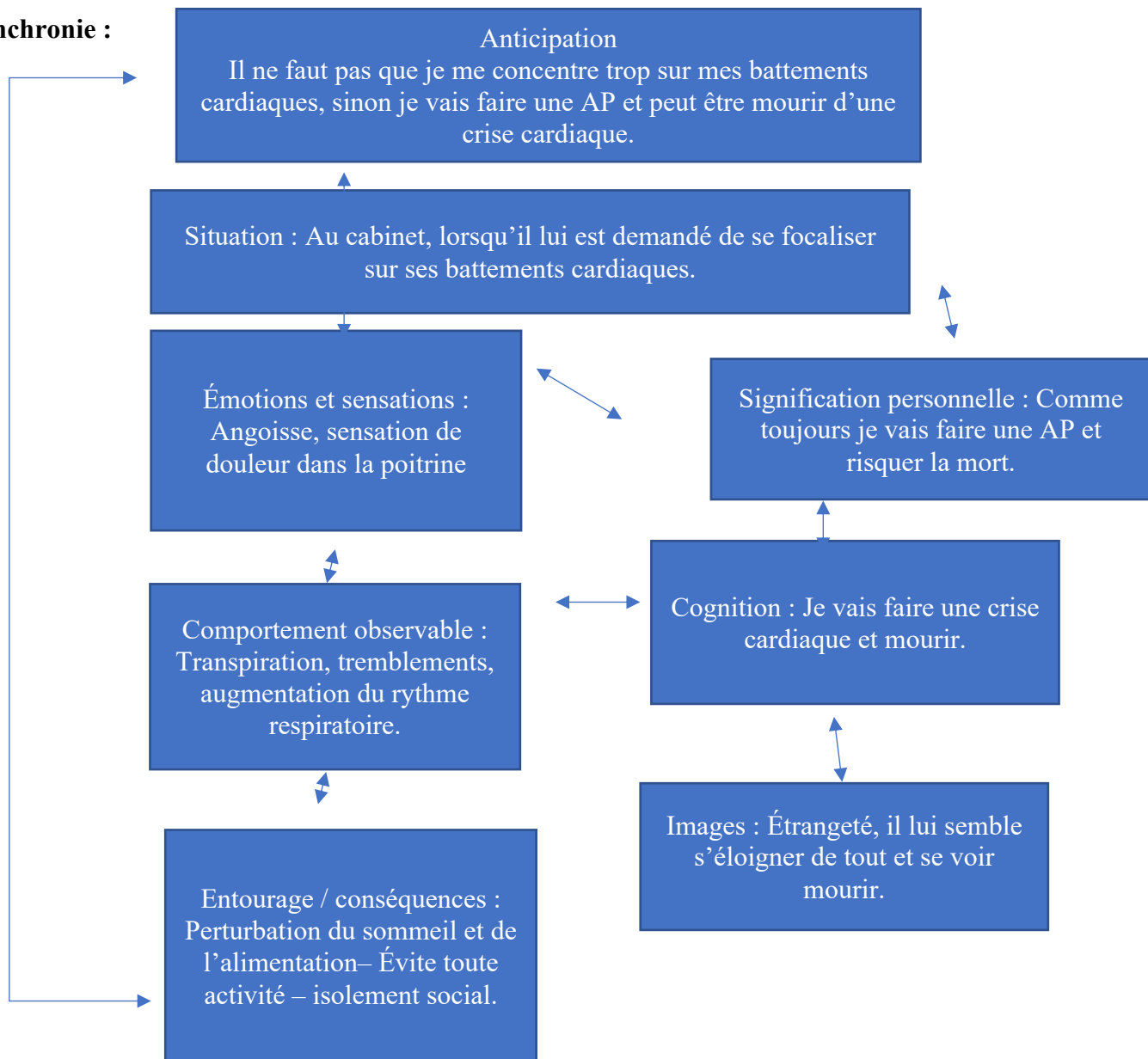
Question 2 :

- a) Réalisez une analyse fonctionnelle (type libre) de la crise d'angoisse de Mr. D. dans votre cabinet – à partir de votre analyse fonctionnelle écrivez un court paragraphe explicatif (moins de 8 lignes) destiné à votre patient et à sa compréhension de son trouble. Une page attendue, schémas compris – Selon le type d'AF choisie le paragraphe explicatif peut en être constitutif, inutile dans ce cas d'en ajouter un second. **5pt : 2,5 pour le schéma et les éléments constitutifs de l'AF choisie – 2,5 pt pour le paragraphe explicatif.**

Toutes les formes d'analyse fonctionnelle sont admises. Est notée la cohérence globale de l'AF ainsi que l'exploration des éléments fournis dans la consigne. Expliquer le comportement en termes de renforcement, selon les lois du conditionnement et faire un paragraphe reprenant les différents éléments de l'AF a été valorisé pendant la correction. Les AF trop brèves et peu détaillées sont sanctionnées.

Grille SECCA – exemple de correction

Synchronie :



Diachronie

Données structurales : Génétique : Troubles cardiaques dans la famille et cancer.

Facteurs historiques de maintien : Évitement des situations où il pourrait s'exposer à une accélération du rythme cardiaque.

Facteurs déclenchants initiaux évoqués : Opération du cœur – problèmes cardiaques -

Évènements précipitants les troubles : Difficultés de sommeil et d'alimentation – évitement des activités – isolement social -

Autres problèmes (éventuels) : dépression.

Paragraphe explicatif :

L'association du trouble anxieux et dépressif, œuvrant de concert à leur développement, entretien et aggravation mutuelle semble précipiter Mr. D. dans une situation d'isolement et de retrait de toute activité. Les conséquences de ces évitements anxieux apparaissent délétères à long terme, en effet son manque d'activité est contraire aux préconisations du cardiologue stipulant qu'il est important qu'il entraîne son cœur, ce qui lui est tout à fait permis par un risque d'accident cardiaque à présent revenu dans la norme. L'évitement des activités apparaît déclenché par la peur de faire des attaques de panique, elles-mêmes étant vécues avec une détresse importante de par leur association à la peur de mourir d'une crise cardiaque. Les évitements prennent aussi sens et se voient renforcés dans le cadre de l'inhibition comportementale propre à la dépression.

Question 3 : Expliquez la procédure thérapeutique que vous souhaitez mettre en place chez ce patient (15 lignes maximum) – pour ce faire nommez les techniques, définissez-les brièvement et expliquez-en l'intérêt en lien avec les éléments de l'étude de cas et votre analyse fonctionnelle. 5 éléments nécessaires pour avoir le maximum de points.

5 pts – 1 pt par élément développé (0,5 pour le nom de la technique, 0,5 pour la définition et l'intérêt).

- Psychoéducation.
- Activation comportementale pour le trouble dépressif et anxieux.
- Thérapie par exposition pour le trouble anxieux.
- Relaxation.
- Entretien motivationnel.
- Accompagnement dans la reconstruction et l'établissement d'un projet de vie.
- Travail sur l'expression – la gestion de la colère – et le partage émotionnel.

La proposition de soigner d'éventuels éléments de trauma ou de choc lié à l'intervention chirurgicale (ne pouvant pas totalement être ici exclus, sans pour autant qu'il soit possible de parler de tspt) sont également valorisé dans la notation et pertinents.

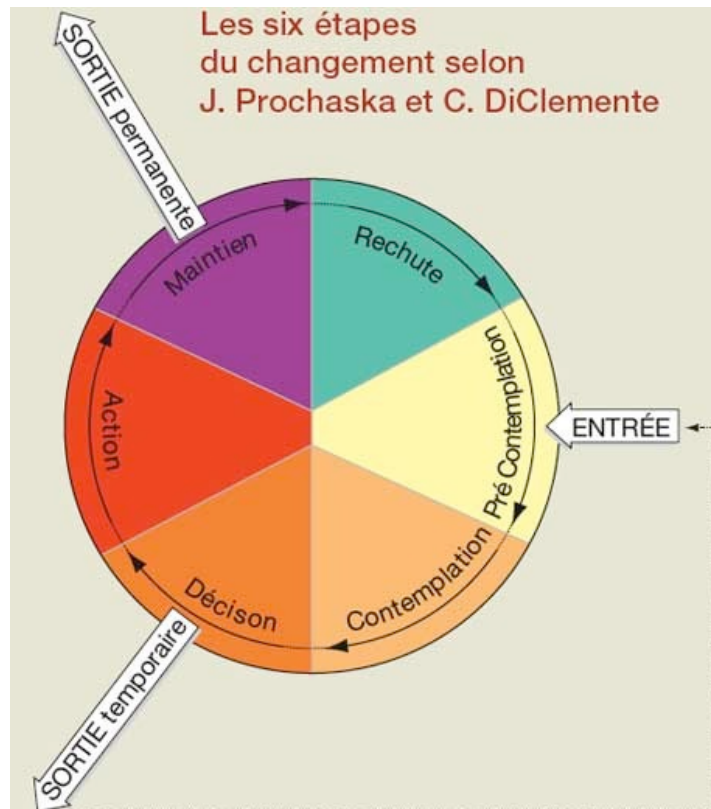
Plusieurs pistes suivant l'analyse fonctionnelle :

- Cognitive : restructuration cognitive sur la peur et les conséquences d'une AP – l'importance et l'intérêt du sport – les scénarios catastrophes, avec par exemple la technique de la flèche descendante.
- Comportementale : prévention du risque cardiaque grâce au sport.
- Relaxation pour l'endormissement – méditation de pleine conscience pour entraîner les facultés métacognitives.
- Activation comportementale pour la dépression, notamment avec le sport.

Correction : pour chaque élément : exemple : psychoéducation (0,25 pt) → technique consistant à aider le patient à comprendre les éléments étiologiques, constitutifs et de maintien de son trouble (0,25pt) – Trouble panique et dépression relevés dans l'anamnèse et l'AF (0,5pt)
Il faut donc bien 5 éléments pour avoir l'ensemble des points.

Question 4 :

- a) Plus tard dans la thérapie Mr. D. vous fait part de ses difficultés à se mobiliser pour faire du sport, ainsi qu'à cesser de regarder son portable avant de dormir, il vous demande alors de lui expliquer comment fonctionne le changement de comportement. Répondez-lui en vous basant sur le modèle de Prochaska et Di-Clemente en décrivant chacun des stades ainsi que leur enchainement : 1 page maximum schéma compris **2,5 points (1 point pour le schéma – 1,5 point pour la description des stades).**



Six niveaux de motivation :

1. Précontemplation : pas de volonté de changement, la personne n'est pas consciente qu'il y a un problème
2. Contemplation : début de la prise de conscience, mais ne s'engage pas vers la volonté de changer
3. Détermination – décision-préparation : a le désir de changer les comportements problématiques
4. Action : la personne s'engage dans le changement de ses comportements
5. Abstinence - maintien : les nouveaux comportements remplacent les précédents
6. Rechute

b) Mr. D. vous déclare être conscient de son problème de motivation et critique ses comportements, il se dit prêt à changer et a contacté un coach sportif, qu'il rencontrera dans la semaine. Selon vous, à quel stade se situe-t-il ? Nom et rationnel

1pt (-1 pt si mauvais stade ou mauvais rationnel)

Mr. D. se trouve au stade de l'action. Il est décidé à s'engager dans le changement et initie les actions nécessaires pour y parvenir, cette action est concrète et déjà engagée.

Le stade de décision peut être accepté aussi car à ce moment il n'a pas encore fait de sport avec le coach.

c) Quelle technique allez-vous utiliser pour l'aider à explorer sa motivation ?

Expliquez en quoi consiste cette technique (15 lignes maximum). 1,5 pt entretien motivationnel 0.5, un outil cité 0.5, explication 0.5

L'entretien motivationnel (ou toute technique s'y rapportant) est l'outil de choix dans ce cadre, afin d'augmenter la motivation du patient. Ici la réponse attendue est l'entretien motivationnel, en effet la balance motivationnelle (souvent citée) est **un outil** de l'entretien motivationnel.

Dans le cadre de l'entretien motivationnel les techniques pouvant être utilisées sont : la balance motivationnelle, la lettre à l'ami et à l'ennemi, la projection dans le futur...