



Institut d'enseignement

3 rue Gazan – 75014 PARIS

EXAMEN
MODULE 1 -
SESSION DU
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.

Corrigé

Nathalie à 24 ans, étudiante en L3 de sociologie, vous la rencontrez au centre de santé des étudiants. Le motif de consultation qu'elle évoque sont "des difficultés à travailler et à aller en cours. Elle joue nerveusement avec ses doigts, ses cheveux ou ses manches, durant toute la séance. Par deux fois elle se lève et marche dans le bureau, disant avoir du mal à rester assise – elle vous coupe aussi souvent la parole. Elle présente des tatouages sur les avant-bras et les doigts et plusieurs piercings sur le visage.

Elle a une sœur plus jeune qu'elle de deux ans, avec qui elle dit entretenir de bons rapports. Elle évoque une enfance marquée par des violences physiques (coups, brûlures de cigarettes, claques, etc.) et verbales de la part de son père, ainsi que des attouchements sexuels. Elle décrit son père comme "très alcoolique". Sa mère a été maltraitante uniquement sous la pression de son mari. Elle se souvient avoir vu à plusieurs reprises sa mère le visage en sang.

À 14 ans elle a été placée ainsi que sa sœur suite à des signalements de l'école. De ses 14 à 18 ans, le séjour en famille d'accueil se passe bien, mais "sans affect de la part de ses soigneurs". Elle revoit ses parents occasionnellement, puis son père décède alors qu'elle a 18 ans. Elle retourne habiter chez sa mère avec sa sœur, et elles tentent de se reconstruire. L'arrivée d'un beau-père qui tentera de les agresser sexuellement avec sa sœur viendra bouleverser une vie qui commençait enfin "à redevenir à peu près normale". Il est mis à la porte par leur mère.

Elle dit se scarifier sur les bras et les cuisses depuis ses 12 ans et vous montre ses cicatrices. Elle a cessé depuis depuis 1 an environ, mais dit avoir encore de très fortes envies de se scarifier dans les moments de colère ou de tristesse – il lui arrive alors de se gratter à sang. Elle a fait 3 tentatives de suicide : à 15 ans : médicamenteuse – à 17 ans : phlébotomie – à 23 ans : médicamenteuse. Elle rapporte parfois un sentiment de vide qui l'envahit et la pousse à consommer de l'alcool (2 à 3 fois par semaines avec 3 à 4 doses standards) ou des drogues : cannabis avec 1 joint tous les soirs au coucher – 1 à 2 ecstasys le weekend et des amphétamines 2 à 3 fois par mois, celles-ci ayant un effet calmant sur elle. Le soir, moment propice à l'anxiété, à des souvenirs traumatiques et à la sensation de vide, elle fume du cannabis pour la détente et s'endormir rapidement. Vivant seule en chambre étudiante ses proches ne sont pas impactés selon elle par ses consommations.

Elle dit ne réussir à aller en cours que 1 ou 2 jours par semaine, à cause de crises d'angoisse (minimum d'une par jour) sans qu'elle parvienne à en identifier la cause. Elle décrit des insomnies presque chaque nuit, des réveils nocturnes, et des difficultés pour se lever. Elle rapporte parfois de grands élans de tristesse, où elle pleure durant des heures. Elle se dit incapable d'aller en cours en amphithéâtre car "il y a trop de monde" et elle y ferait quasi-

systématiquement une attaque de panique –elle ne redoute pas de faire l’objet de l’observation attentive d’autrui, ni la prise de parole en public et dit commencer à avoir peur de la peur.

Après plusieurs séances, votre alliance thérapeutique est bonne et elle vous dit que presque chaque soir avant de s’endormir elle voit à sa fenêtre des visages de dessins animés effrayants, et ce, depuis son adolescence. Elle vous dit aussi qu’elle pense souffrir d’un trouble de la personnalité multiple, elle décrit alors “un long couloir dans sa tête, où apparaissent plusieurs portes, toutes différentes”. Quelques jours avant la première consultation “une première porte s’était ouverte, elle avait alors fait connaissance avec son premier colocataire”, qu’elle décrit avec force de détails. Il aurait alors “pris le contrôle” pendant quelques heures, sans gravité. Depuis ce moment-là, 4 autres portes se seraient ouvertes, et il en resterait d’autres. Elle vous montre un carnet avec des dessins qu’elle a fait de ses différents colocataires, ainsi que différents paragraphes qu’ils ont écrits lorsqu’ils ont “pris le contrôle”, avec des écritures différentes.

Son discours apparait cohérent et bien construit, ses aptitudes intellectuelles semblent au-dessus de la moyenne. Elle dit ne pas vraiment savoir à quelle point la fragmentation de sa personnalité est réelle, mais elle dit en tirer du positif et apprécier leur présence, elle a aussi adhéré à une association de personnes souffrant de trouble de la personnalité multiple – et dit comprendre ce trouble comme un éclatement de sa personnalité suite à ses traumatismes. Absence d’idées suicidaires, ou de phases d’exhalation de l’humeur.

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 : au moins 4 diagnostics (hors trouble de la personnalité) : (2 pts - 0,25 pt par élément) Si nom du diagnostic sans justification : 0,10pt. Si aberration : -1pt.**

TSPT – TDAH – Dépression – trouble panique – trouble d'usage de substances et d'alcool – Trouble dissociatif de l'identité – trouble psychotique.

Trouble de stress post-traumatique (événements ayant eu lieu il y a plus d'1 mois) : Exposition à la mort de manière répétée avec vécu de plusieurs événements traumatiques (violences physiques de la part de son père et attouchements sexuels) - Souvenirs répétitifs involontaires et envahissants (reviviscences) (se souvient du visage de sa mère en sang, souvenirs traumatiques le soir) - Probables cauchemars (insomnies avec réveil multiples) - Réactions dissociatives (lorsque d'autres « prennent le contrôle ») - Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (envahissement par de la colère ou de la tristesse avec gestion par consommation de toxiques et scarifications) - Syndrome d'évitement qui reste à explorer

TDAH avec prédominance hyperactivité/impulsivité : Inattention pendant l'entretien et ailleurs (a du mal à suivre en cours) - Hyperactivité (se lève à plusieurs reprises, ne tient pas en place a du mal à rester assise, remue les mains etc, n'attend pas son tour pour parler, coupe la parole) - Impulsivité (scarifications, piercings, tatouages, consommations de toxiques sur un mode impulsif) - Réaction paradoxale aux amphétamines qui l'apaisent (traitement du TDAH qui est censé donner plutôt de l'hyperactivité chez les non-TDAH)

Trouble panique avec agoraphobie : Multiples attaques de paniques (jusqu'à 2 par jour) - Pas de facteur déclenchant (n'identifie pas de cause) - Anxiété anticipatoire (incapable d'aller en amphitheatre car « y ferait systématiquement une attaque de panique, dit avoir « peur de la peur ») - Agoraphobie car dans les lieux confinés avec beaucoup de monde a priori (amphitheatre) (élimination de l'anxiété sociale car les attaques de panique ne sont pas liés à la peur des autres ou du jugement des autres).

Trouble lié à l'usage de l'alcool (et autres substances, comme le cannabis) (au moins 2 critères sur 11) : Craving (sentiment qui l'envahit et la pousse à consommer)
- Consommations trop importantes (>10 unités par semaines, jusqu'à 4 unités d'OH)

Trouble dissociatif de l'identité : rencontre de plusieurs colocataires dans ma tête avec une personne qui prend le dessus, plusieurs traumatismes dans son enfance.

b) Quels sont les deux troubles de la personnalité pouvant être évoqués ici ? Donnez-en deux et justifiez par rapport à l'anamnèse et au DSM-V. 2pts : 0,25pt pour le nom du trouble de la personnalité, 0,50 pour au moins 2 critères du DSM-V – 0,25 pt pour la justification avec le texte. Si aberration : -1pt.

Trouble de la personnalité borderline : (sentiment chronique de vide, scarifications, plusieurs traumatismes étant enfant/adolescentes, perturbation de l'identité, tentatives de suicide, impulsivité (dans au moins deux domaines dommageables pour la personne) dans la consommation de l'alcool, scarification, cannabis).

Trouble de la personnalité schizotypique : Croyances bizarres - Absence d'amis proches ou de confidents, isolement social, langage bizarre, anxiété en situation sociale qui ne diminue pas quand elle se familiarise avec la situation.

Trouble dissociatif de l'identité : rencontre de plusieurs colocataires dans ma tête avec une personne qui prend le dessus, plusieurs traumatismes enfance, Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts.

+ dans chaque diagnostic les exemples issus du texte.

c) 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). 1pt (0,25 pt par nom et 0,25 pt par question) - Si aberration : -1pt.

Phobie sociale – bipolarité....

Exemple : **Trouble obsessionnel compulsif** : est-ce qu'il vous arrive de vous sentir obligé de réaliser des comportements ou des actes mentaux répétitifs ? Redoutez-vous la survenue d'un malheur imminent pour vous ou l'un de vos proches, ou même pour une personne que vous ne connaissez pas – l'idée de ce malheur vous poussant à accomplir des actes / rituels / pensées ... afin d'en éviter la survenue ?

La patiente joue nerveusement avec ses doigts, ses cheveux ou ses manches durant toute la séance, ce qui pourrait indiquer un TOC, il convient donc ici de l'éliminer.

Agoraphobie : est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur d'être dans un lieu clos, dans un lieu duquel vous auriez peur de ne pas pouvoir vous échapper ou être secouru ? La patiente se dit incapable d'aller en cours en amphithéâtre car "il y a trop de monde", il convient donc d'éliminer ce possible diagnostic.

-1 pt si vous avez proposé en diagnostic différentiel un diagnostic principal pouvant être évoqué au vu des éléments de l'anamnèse.

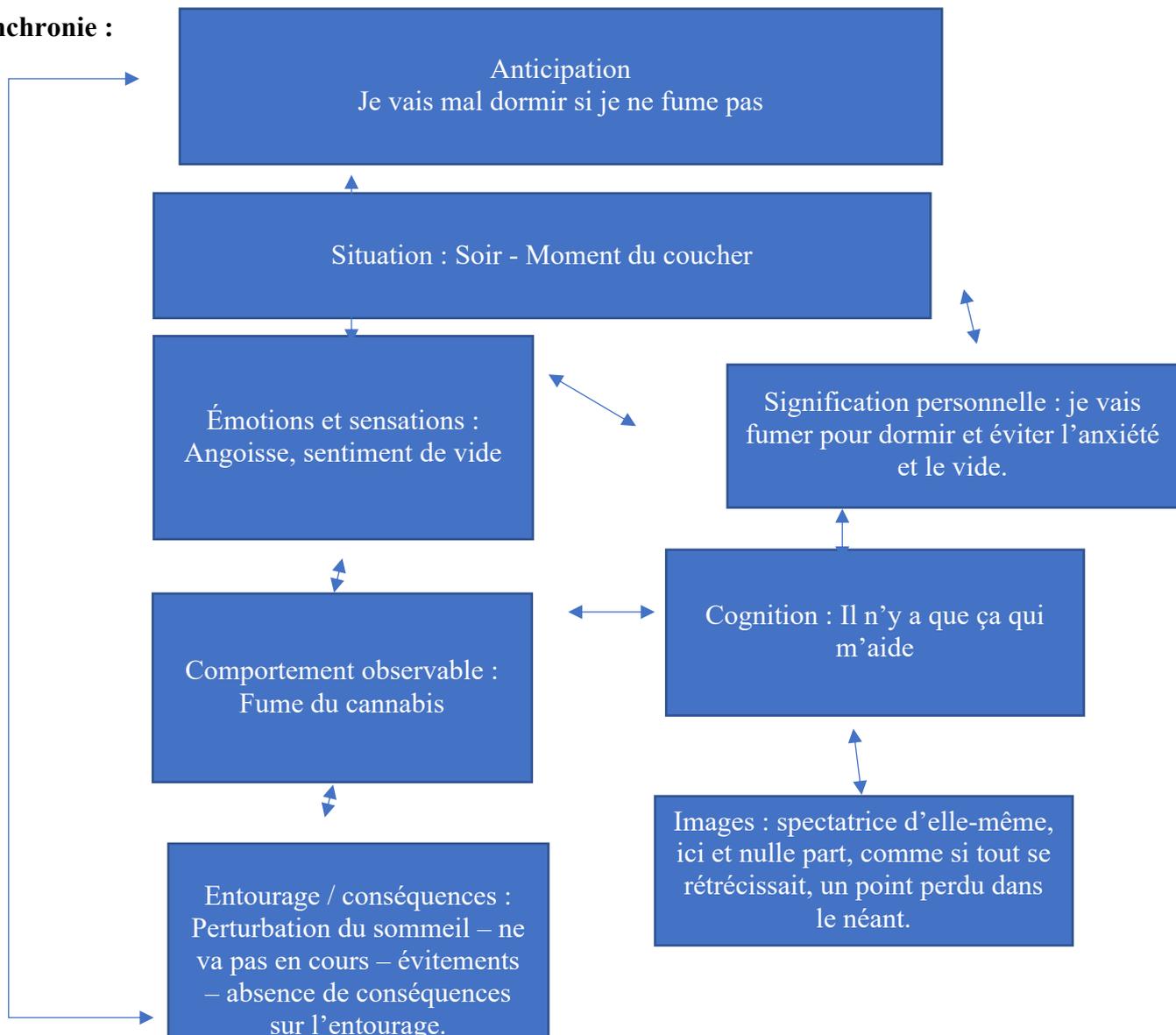
Question 2 :

- a) **Réalisez une analyse fonctionnelle de type SECCA ou SORC de la consommation de cannabis à visée hypnotique de Nathalie : 2.5pt Une page attendue, schémas compris.**

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 ont été sanctionnées.

Grille SECCA – exemple de correction

Synchronie :



- b) Réalisez la partie diachronie de l'analyse fonctionnelle, puis un paragraphe explicatif de 5 lignes environ, des principaux éléments observés dans votre analyse fonctionnelle. ~~(total 2,5 pt – 1,25 pour le schéma – 0,75 pour la diachronie – 0,5 pour le paragraphe explicatif)~~ coquille ici , la notation appliquée était donc : 1,25 pt pour la diachronie et 1,25pt pour le paragraphe explicatif.

Diachronie

Données structurales : Génétique : Trouble d'usage de l'alcool chez son père.

Facteurs historiques de maintien : Consommation d'alcool et de cannabis – conjugopathie - tendance à ne pas exprimer ses émotions et besoins et à "tout garder pour lui" – difficultés d'affirmation de soi.

Facteurs déclenchants initiaux évoqués : Violence dans l'enfance – souvenirs traumatiques envahissants.

Évènements précipitants les troubles : Difficultés d'endormissement.

Autres problèmes (éventuels) : risque de poly addiction : alcool - cannabis – ecstasy / plongée dans schizophrénie – aggravation du trouble dissociatif de l'identité – suicide – apparition de bouffées délirantes.

Paragraphe explicatif :

Les consommations de cannabis de Nathalie prennent naissance dans ses différents traumas et lui servent à apaiser l'anxiété, les souvenirs traumatiques, ainsi que le sentiment de vide classiquement associé au trouble de personnalité borderline. La finalité de ces consommations étant de trouver le sommeil – Cette consommation apparaît délétère car servant l'évitement d'une part, mais aussi en perturbant les cycles de sommeil, ce qui est propre au cannabis. Ces consommations sont / deviendront dépendances, principalement de par le renforcement négatif présent : évitement de situations internes aversives – ainsi que par

renforcement positif : endormissement rapide. Ces consommations risquent également d'aggraver son trouble dissociatif de l'identité et de provoquer des bouffées délirantes.

Question 3 : Expliquez la procédure thérapeutique que vous souhaitez mettre en place chez cette patiente (10 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

Psychoéducation : TSPT – trouble de personnalité – trauma complexe – schémas précoces – schémas cognitifs.

Activation comportementale pour le trouble dépressif et anxieux.

Thérapie par exposition pour le TSPT et le trouble anxieux.

Travail de diminution de la consommation et évaluation du niveau de dépendance à l'alcool et au cannabis.

Entretien motivationnel pour la polyaddiction.

Accompagnement dans la reconstruction et l'établissement d'un projet de vie.

Travail sur l'expression – la gestion – et le partage émotionnel.

Travail spécifique sur le trouble dissociatif de l'identité.

Prévention du risque suicidaire.

Plusieurs pistes suivant l'analyse fonctionnelle :

- Cognitive : restructuration cognitive sur les attentes des consommations – travail sur les schémas – travail sur le trouble dissociatif de l'identité -
- Comportementale : prévention du risque de comportement suicidaire. Relaxation pour l'endormissement – méditation de pleine conscience.
- En lien avec le trouble de personnalité borderline : psychoéducation spécifique au trouble – mise en place de colonnes de Beck pour l'auto-observation.

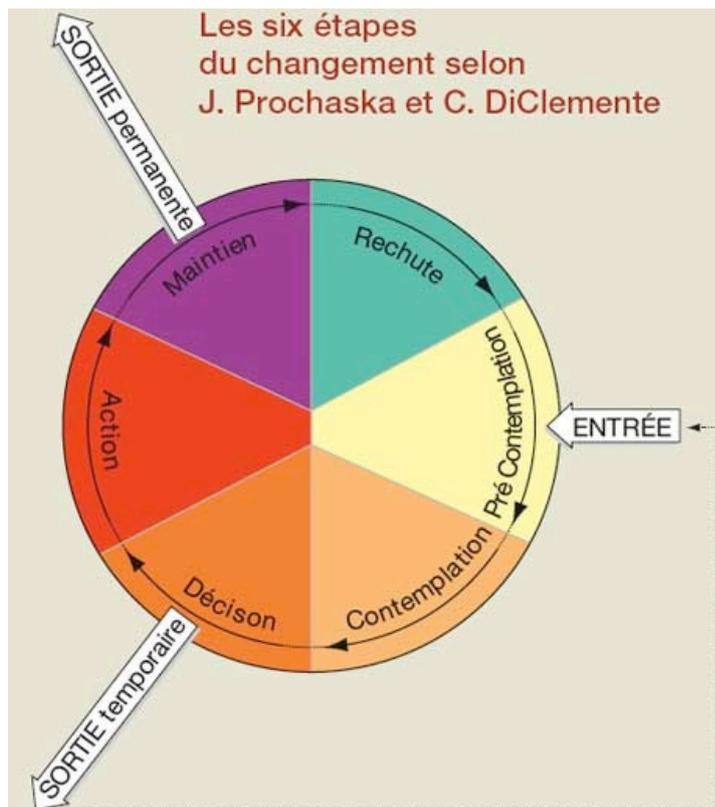
L'idée est ici d'illustrer et d'expliquer les différentes techniques thérapeutiques et de les associer en cohérence avec les éléments de l'AF.

Correction : pour chaque élément : exemple : psychoéducation (0,25 pt) → technique consistant à aider le patient à comprendre les éléments étiologique, constitutifs et de maintien de son trouble (0,25pt) - Ensemble des troubles addictifs 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 Nathalie vous fait part de ses difficultés à arrêter ses consommations de cannabis au coucher et vous demande de lui expliquer comment fonctionne la motivation à arrêter ses consommations. 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.****



Le schéma attendu était de ce type, cependant le but était que vous sachiez le réciter, et non aller chercher l'image sur internet – cependant les personnes ayant mentionnés et expliqués les stades et ayant indiqué que ce schéma devait se faire sous une forme circulaire – mais éprouvant des difficultés à le faire sur word – ont obtenu l'ensemble des points. En revanche les images de copier-coller n'ont pas obtenu les points relatifs au schéma.

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 problèmes
4. Action : la personne s'engage dans le changement de ses comportements
5. Abstinance - maintien : les nouveaux comportements remplacent les précédents
6. Rechute

Si image reprise d'internet Opt – le but est d'évaluer votre capacité à vous souvenir du schéma donc à le mémoriser et le restituer.

b) Nathalie vous déclare être conscient de son problème de polyaddiction et critique ses comportements, en disant qu'ils aggravent ses autres problèmes. Cependant elle dit avoir beaucoup de mal à arrêter, et apparaît peu motivée à voir un médecin addictologue. Selon vous, à quel stade se situe-t-elle ? Nom et rationnel 1pt (-1 pt si mauvais stade ou mauvais rationnel)

c)

Nathalie se situe au stade de contemplation : début de la prise de conscience, mais ne s'engage pas vers la volonté de changer. Le stade de précontemplation ne peut pas être accepté : en effet Nathalie critique son comportement et semble consciente que ses consommations aggravent ses troubles.

d) Quelle technique allez-vous utiliser pour l'aider à explorer sa motivation ? Expliquez en quoi consiste cette technique 1,5 pt (- 1 pt si erreur dans le nom de la technique ou du rationnel).

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, la lettre à l'ami / l'ennemi, la projection dans le futur.. sont des outils de l'entretien motivationnel, et non des techniques en tant que telles.

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