

Principales catégories de la psychopathologie

Jacques Van Rillaer

Dans l'Antiquité, des médecins grecs et arabes distinguaient déjà plusieurs maladies mentales : la mélancolie, la manie, l'épilepsie, l'hystérie.

Toutefois, ce n'est qu'au XVIII^e siècle que des médecins ont réalisé des descriptions soigneuses de catégories de troubles mentaux et ont élaboré, à partir d'elles, des systèmes nosographiques. Leur démarche procédait du souci de répartir, dans des endroits distincts, les malades mentaux enfermés et de soigner ces malades selon des procédés différents.

Bibliographie

Pour une bibliographie relativement à jour sur les problèmes psychologiques, la psychothérapie et la gestion de soi, voir le site

<https://moodleucl.uclouvain.be/course/view.php?id=9996>

ou Taper dans Google : **Moodle + Rillaer + EDPH**

Apparaît alors la page "Règlement du site".

Il faut accepter le règlement en cliquant au bas de la page sur "Oui"

Cette bibliographie se trouve également sur le site de l'Association pour l'Étude, la Modification et la Thérapie comportementales :

<http://www.aemtc.ulg.ac.be/>

Le « DSM » : réponse à l'incohérence des diagnostics psychiatriques

Vers le milieu du XX^e siècle, plusieurs recherches ont clairement mis en évidence le grave manque de cohérence des diagnostics psychiatriques.

Un schéma classique d'expérience consistait à demander à des psychiatres et/ou à des psychologues cliniciens d'effectuer, indépendamment les uns des autres, les diagnostics des mêmes patients. De façon générale, l'accord entre les diagnostics laissait fort à désirer.

L'accord était particulièrement faible quand les praticiens avaient été formés dans des pays différents. Ainsi, dans une recherche (citée par Eysenck, 1977: 18), des psychiatres américains et anglais avaient été invités à diagnostiquer un groupe de malades mentaux.

Les psychiatres formés aux E.U. ont décerné 5 fois plus souvent le diagnostic « schizophrénie » que leurs confrères formés en Angleterre.

Pour beaucoup de ces patients, la nationalité des psychiatres avait joué un rôle plus important que leur état.

L'Association américaine de Psychiatrie a cherché à améliorer la fiabilité des diagnostics psychiatriques en publiant un ouvrage de référence, qui présente des concepts définis de façon claire, explicite, opérationnelle.

En 1952, elle a publié le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

La 1^{ère} version de ce manuel était largement imprégnée de concepts psychanalytiques.

(Durant la 1^{ère} moitié du XX^e siècle, la psychanalyse était le paradigme dominant en psychiatrie et en psychologie clinique).

Une 2^e édition, remaniée, a été publiée 16 ans plus tard (DSM-II, 1968).

La 3^e édition (DSM-III, 1980) constitue un tournant capital :

les auteurs ont tout mis en œuvre pour arriver à une classification « athéorique », purement descriptive, fondée essentiellement sur des comportements observables.

La terminologie est en principe acceptable par tout psychiatre ou psychologue clinicien, quelles que soient son Ecole et ses explications des troubles.

Un large comité d'experts de haut niveau se concerta régulièrement pour améliorer cet outil et publier de nouvelles versions. Leurs avis se basent sur des recherches empiriques, mais ils tiennent également compte de la représentation des comportements jugés anormaux dans la société.

D'une édition à l'autre, il y a des changements, parfois très importants.

De nouvelles catégories apparaissent. Par exemple :

le « frotteurisme » (dans DSM-III)

la « dysfonction sexuelle induite par une substance » (dans DSM-IV).

D'autres disparaissent. Par exemple : « homosexualité » et « névrose »

L'homosexualité

- Dans le DSM-III (1980), l'homosexualité n'est plus considérée comme un « trouble mental » que si elle n'est pas assumée par l'individu lui-même (« homosexualité egodystonique »).
- Dans l'édition remaniée du DSM-III-R (1987), « homosexualité » est supprimé.
- A noter toutefois que les psychanalystes membres du groupe des experts du DSM-III-R se sont opposés à cette décision. Pour eux, comme pour Freud, l'homosexualité reste une « perversion » ou une « maladie mentale » (à ce sujet, voir p.ex. Bénesteau, 2002 : 222).

La « névrose »

- Dans le DSM-III (1980), le terme « névrose » est utilisé le moins possible, parce que :
 - les experts n'ont pu se mettre d'accord sur une définition ;
 - le suffixe « ose » suggère l'existence d'une maladie, comme la tuberculose, ou d'une entité mentale « expliquant » les troubles observables (on serait angoissé *parce qu'on* souffre d'une « névrose d'angoisse »).
- Dans le DSM-IV (1994), le concept de « névrose » a été supprimé !
Il l'avait déjà été dans la 10^e édition de la « Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement » (CIM-10), publiée par l'OMS (Genève, 1993).

Note sur le concept de « névrose »

Ce terme est apparu au 18^e siècle pour désigner l'ensemble des perturbations des sentiments et des conduites dues à un trouble général du système nerveux sans lésions organiques.

(En grec *neuron* = nerf ; cf. « neurologie »).

A partir de la fin du 19^e siècle, il a désigné des troubles comportementaux présentant une forte composante affective (principalement de l'anxiété), troubles que le sujet considère volontiers comme gênants ou absurdes, mais qu'il ne parvient pas à supprimer.

Exemples : phobies, obsessions, compulsions.

Pendant environ un demi-siècle, des auteurs (Dubois, Freud, e.a.) ont utilisé le mot « psychonévrose » pour désigner des troubles mentaux d'origine *psychologique*.

Aujourd'hui, les psychologues et psychiatres d'orientation scientifique évitent d'utiliser le mot « névrose ». P.ex., ils ne parlent plus de « névrose phobique », mais de « trouble phobique », de « phobie » ou, plus simplement, de « peur excessive ».

Freud ayant utilisé constamment le terme « névrose », les psychanalystes continuent aujourd'hui à l'employer. Lorsque ce terme est encore utilisé par un psy, on peut désormais supposer qu'il s'agit d'un freudien ou d'un psy ignorant l'évolution de la psychiatrie et de la psychologie scientifiques.

A noter que l'adjectif « névrotisant », qui prête moins à la réification, convient pour désigner un processus qui favorise des troubles psychiques présentant une forte composante affective, principalement de l'anxiété et/ou de la dépressivité. Les pys scientifiques l'utilisent encore.

Le DSM est devenu un outil de référence essentiel pour la grande majorité des psychiatres et psychologues d'orientation scientifique.

(Toutefois, beaucoup de praticiens d'orientation psychanalytique ignorent ou refusent cet outil et continuent à utiliser les quelques catégories employées par Freud il y a plus de 100 ans).

Le DSM est traduit en chinois, finnois, japonais, néerlandais, portugais, suédois, etc.

Il est aujourd'hui un outil essentiel pour la communication entre les chercheurs dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie. C'est en quelque sorte la « Bible » du diagnostic psychopathologique, à ceci près que, contrairement aux Saintes Ecritures, il évolue et se transforme.

Intérêts et nuisances de la catégorisation psychiatrique

Le comportement de catégorisation est adopté spontanément par chacun de nous, très couramment.

Ce comportement assure de multiples fonctions et s'avère indispensable à la survie.

Sans lui, chaque objet et chaque moment de l'existence seraient radicalement nouveaux.

Nous ne parviendrions pas à développer un savoir scientifique, ni même des connaissances intuitives.

Dans le domaine de la psychopathologie, la création de catégories et le classement d'individus en fonction d'elles permettent de

- fixer un seuil en deçà duquel il n'y a pas lieu de s'inquiéter
Autrement dit : résister à l'« effet Knock »
[En référence à la célèbre pièce de Jules Romains *Knock ou le Triomphe de la médecine*, l'« effet Knock » désigne l'induction d'un sentiment de pathologie par une attention anxieuse et une interprétation pathologisante d'indices corporels ou mentaux.
La formule de Knock « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore » n'est pas sans rappeler l'affirmation de Freud « Nous sommes tous des névrosés »]
- effectuer des recherches méthodiques
La recherche scientifique implique des descriptions précises, des classifications des phénomènes étudiés, un langage commun bien clarifié
- échanger des hypothèses et des découvertes
- formuler des pronostics
- choisir les traitements dont on a montré empiriquement qu'ils sont les plus adéquats.

Il importe toutefois de noter qu'en ce domaine, sans doute plus qu'ailleurs, la catégorisation peut comporter des aspects néfastes :

- des simplifications caricaturales
- des réifications (chosifications) d'éléments qui ne sont que des aspects d'une personne
- des pseudo-explications « mentalistes »
On peut dire « Paul est anxieux » ou « Paul souffre d'un trouble anxieux généralisé » pour signifier qu'il éprouve facilement de l'anxiété même en l'absence d'un danger réel, mais on n'explique pas grand chose en disant « il éprouve facilement de la peur *parce qu'il est anxieux* » ou « *parce qu'il a une névrose d'angoisse* ».
- le renforcement de troubles comportementaux.
Ainsi, une personne diagnostiquée « personnalité antisociale », par son entourage ou par un expert, n'échappe pas facilement à cet étiquetage.
Divers comportements, qualifiés de « normaux » lorsqu'ils surviennent chez d'autres personnes, ne retiennent guère l'attention de l'entourage ou sont interprétés de façon à cadrer avec la conceptualisation pathologisante.
Lorsqu'une conduite quelque peu déviante apparaît, celle-ci est d'emblée attribuée à l'**être** (« profond » et permanent) de l'individu, tandis que les conditionnements environnementaux ne sont pas ou très peu pris en compte.
L'étiquette apposée sur un individu influence la manière dont les autres le perçoivent et agissent à son égard. Elle détermine la manière dont lui-même se perçoit et réagit.
Elle est à l'origine de « self-fulfilling prophéties » (prédictions qui entraînent leur réalisation).

Tout en recommandant vivement d'éviter la « psychopathologisation » de la vie quotidienne, nous évoquons ici quelques catégories psychiatriques, parce que celles-ci sont d'un usage très courant dans les publications de psychologie et parce qu'elles sont utilisées dans la suite du cours.

Insistons encore sur trois points :

- Les classifications ne sont que des façons d'organiser des informations, elles sont toujours relatives et amendables.
- Les catégories psychopathologiques n'expliquent pas, par elles-mêmes, les comportements. Ce ne sont que des raccourcis sémantiques.
- L'utilisation de catégories est néfaste si elle conduit à négliger la singularité de la personne et les contextes dans lesquels celle-ci agit.
Il faut résister à la tentation d'identifier une personne à une pathologie.
(« Luc est un diabétique » versus « Luc est une personne qui souffre de diabète »).

Quelques catégories couramment utilisées

Nous basant sur le DSM-IV, nous passons en revue les principales catégories de la psychopathologie, rangées par ordre alphabétique :

- (1) Troubles des conduites **alimentaires** (2) troubles **anxieux** (3) **autisme**
 (4) troubles du **contrôle des impulsions** (5) **délire** (6) **démence**
 (7) **dépendance** (8) troubles de l'**humeur** (9) **hyperactivité** (10) **hystérie**
 (11) troubles de la **personnalité** (12) troubles **sexuels**.

Nous précisons, pour quelques troubles, des explications qui semblent largement établies par les psychiatres et psychologues d'orientation scientifique.

Pour en savoir plus, voir ici les ouvrages ou les sites précédés du signe =>
 ou la bibliographie sur le site

<http://www.icampus.ucl.ac.be/claroline/course/index.php?cid=EDPH2277>
 (ou taper dans Google : EDPH2277)

1. Troubles des conduites alimentaires

1.1. Anorexie (mentale)

Obsession de maintenir le poids corporel d'au moins 15 % en dessous de la normale.
 Chez les femmes, le diagnostic implique une absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs.

Le terme vient du grec *orexis*, appétit. Il est mal choisi, car la perte d'appétit est rare.
 La personne est surtout obsédée de contrôler son poids et son apparence corporelle.
 Les études longitudinales indiquent des taux de mortalité entre 5 et 18 %.
 C'est donc un trouble sérieux, qui doit être pris en charge par des spécialistes.

1.2. Boulimie

Episodes récurrents de frénésie alimentaire (consommation impulsive d'une grande quantité de nourriture, accompagnée du sentiment de perdre le contrôle de soi).

La personne manifeste une grande préoccupation pour son poids et la forme de son corps.
 Elle fait régulièrement des régimes excessifs.

Pour éviter la prise de poids suite à des accès de suralimentation, elle peut se faire vomir, user de laxatifs ou de diurétiques, se livrer à des exercices physiques intenses.

=> Simon, Y. & Nef, F. (2002) *Comment sortir de l'anorexie. Et retrouver le plaisir de vivre*. Paris: Odile Jacob, 222 p.

=> Nef, F. (2006) *La boulimie. Des théories aux pratiques*. Belgique : Mardaga, 174 p.

2. Les troubles anxieux

Les mots « angoisse » et « anxiété » viennent du latin *angere*, opprimer, étrangler. Ils désignent une réaction affective provoquée par l'anticipation d'événements pénibles, qui touchent la personne.

Cette réaction est de même nature que la peur, mais la menace paraît plus lointaine, plus vague ou plus subjective. Les processus cognitifs sont plus complexes que dans le cas de la peur.

La **fonction** de l'anxiété est la même que celle des réactions d'alerte et de peur : orienter l'attention vers une menace, préparer l'organisme à l'action et motiver à opérer un changement.

L'anxiété est fondamentalement utile, mais peut s'avérer dysfonctionnelle.

Dans ce dernier cas, on parle de « troubles anxieux ».

Plus de 20 % des Occidentaux souffrent d'un ou plusieurs de ces troubles.

2.1. Attaque de panique

Peur intense, d'une durée bien délimitée, qui survient brutalement, qui s'accompagne de fortes sensations physiques

(p.ex. des palpitations, une gêne thoracique, la sensation d'étouffement, de la transpiration, des tremblements, la nausée, le vertige, l'impression de s'évanouir) et d'un sentiment de danger imminent (perdre le contrôle de soi, devenir fou, mourir).

Ces crises ne sont pas rares. Chacun peut en faire l'expérience s'il se trouve menacé de façon brusque et violente.

Dans une enquête sur des étudiants américains, un tiers des sujets ont déclaré avoir connu au moins un épisode durant l'année écoulée.

Trouble panique

Répétition fréquente d'attaques de panique, non justifiées par les circonstances, s'accompagnant de la crainte persistante du retour de crises ou provoquant un changement important de conduite.

Le trouble panique caractérisé concerne au moins 2% de la population.

2.2. Phobies

(du grec *phobos*, peur, terreur) (Chez Freud : « hystérie d'angoisse »)

Peur excessive de certaines situations, accompagnée de leur évitement systématique ou d'une intense détresse en cas de confrontation (pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique).

C'est le trouble anxieux le plus fréquent :

environ 15 % de la population présentent au moins une ou plusieurs phobies gênantes.

Les situations redoutées sont d'une grande variété :

être passager dans une voiture, téléphoner, transpirer en public, se présenter au début d'une réunion de travail, voir un chat, entendre l'orage ...

Le DSM-IV classe les phobies en trois catégories :

a) Agoraphobie

Etymologiquement : peur des places publiques

Peur irraisonnée de situations qu'on pense ne pas pouvoir facilement quitter

ou dans lesquelles on croit ne pas pouvoir être rapidement secouru en cas de malaise.

Ce concept regroupe la phobie de se trouver hors de chez soi, dans une foule, une file d'attente,

un transport en commun, un tunnel, etc.

b) Anxiété (phobie sociale)

Peur irraisonnée, intense et persistante de situations sociales (rencontre, repas, exposé)

La personne redoute d'être évaluée, critiquée ou jugée ridicule,

ce qui perturbe de façon importante ses relations avec autrui

(la personne se met à rougir, à transpirer, elle ne trouve plus ses mots)

et lui fait éviter des activités sociales.

Selon les populations et les critères diagnostiques, 2 à 10 % des personnes présentent ce trouble.

Il concerne autant les hommes que les femmes.

=> André, C. & Légeron, P. (2000) *La peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*. O. Jacob, 3^e éd. rev., 334 p., rééd. Coll. de poche Odile Jacob – Opus.

=> Chneiweiss, L. & Tanneau, E. (2003) *Maîtriser son trac*. Paris: Odile Jacob, 228 p.

=> Maqueron, G. & Roy, S. (2004) *La timidité. Comment la surmonter*. Paris: Odile Jacob, 252 p.

c) Phobies spécifiques

Des stimuli particulièrement phobogènes sont, par ordre décroissant :

la peur d'animaux (surtout serpent, araignées), le vide perçu d'une hauteur (acrophobie), les espaces clos (claustrophobie), les blessures et le sang, les avions (aérophobie), les dentistes (odontophobie) ...

Le meilleur ouvrage en français sur les peurs, les phobies et les paniques est actuellement :

=> André, Chr. (2004) *Psychologie de la peur*. Paris: Odile Jacob, 366 p.

Pour un aperçu rapide :

=> Van Rillaer, J. (1997) *Peurs, angoisses et phobies*. Ed. Bernet-Danilo, Coll. Essentialis, 64 p. (4^e éd., 2008).

2.3. Trouble anxieux généralisé

Autrefois : « névrose d'angoisse »

Etat d'anxiété important, accompagné de ruminations mentales très fréquentes,

qui handicape de façon plus ou moins continue, sans cause évidente, depuis au moins 6 mois.

S'accompagne souvent de troubles physiques : céphalées, crampes, troubles digestifs, etc.

=> Ladouceur, R., Bélanger, L. & Léger, E. (2003) *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris : Odile Jacob.

2.4. Etat de stress post-traumatique

Autrefois : « névrose traumatique »

Etat relativement durable (plus de 6 mois) provoqué par un grave traumatisme (accident de voiture, agression violente, prise d'otage, viol, tortures, vue d'un charnier, etc.). Caractérisé par :

- des souvenirs obsédants et des cauchemars,
- des réactions phobiques à l'apparition de stimuli évoquant le traumatisme,
- une hyperactivation neurovégétative (hypervigilance, agitation, irritabilité),
- une vulnérabilité aux nouveaux stressseurs,
- un sentiment d'impuissance ou de dépression,
- un émoussement de la vie affective et une perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées.

=> Sabouraud-Séguin, A. (2001) *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique ?* Paris: Odile Jacob, 180 p.

2.5. Trouble obsessionnel-compulsif

Autrefois : « névrose obsessionnelle »

a) Obsessions

Pensées, images ou impulsions fréquentes,

qui génèrent de l'angoisse, de la culpabilité ou de la détresse.

Elles se rapportent p.ex. à des violences ou à des transgressions,

au risque de contamination ou à d'autres dangers, très largement surestimés.

La personne reconnaît que ces idées, qu'elle ne souhaite pas, proviennent de sa propre activité mentale ou surgissent en elles (<=> délire).

Elle essaie de les réprimer ou de les éviter, généralement sans y parvenir.

b) Compulsions

Actions (ex. : vérifications excessives, soins corporels) ou activités cognitives (ex. : comptages, prières) accomplies en vue de neutraliser des obsessions, de réduire les émotions qu'elles provoquent ou d'empêcher la réalisation de situations redoutées.

Elles ont un aspect ritualisé, elles sont fréquentes et parfois très absorbantes.

=> AFTOC, Timmermans, J.-M., De Gregorio, A. & Hantouche, E. (2005) *Comment Comment vivre avec une personne atteinte de TOC.* Paris : J. Lyon.

=> Sauteraud, A. (2000) *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter.* Paris: Odile Jacob, 336 p.

N.B. On hésite parfois entre les diagnostics de *phobie* et de *trouble obsessionnel-compulsif*, notamment dans des cas de *nosophobie* (peur de contracter une maladie) et de *phobie d'impulsion* (peur d'accomplir un acte dangereux pour soi-même — p.ex. se jeter dans le vide — ou pour autrui — p.ex. donner un coup de couteau).

On parle de *T.O.C.* lorsque les peurs sont obsédantes et entraînent le développement d'activités destinées à prévenir des catastrophes imaginaires.

=> Orlemans, H. & Van den Bergh, O. (1997) *Phobies intéroceptives et phobies de maladies.* Trad. par J. Van Rillaer. Paris: P.U.F., 128 p. Ouvrage épuisé. A télécharger via le site cité plus haut. Le document s'intitule : Phobies—interoceptives.pdf

3. Autisme (DSM : « Trouble autistique »)

Syndrome décrit pour la première fois en 1943 par un psychiatre américain (Kanner).
 Le symptôme principal est un grave déficit dans la capacité de communiquer avec autrui
 (attachement, mimique, regard, langage, empathie).
 Le sujet reste replié sur lui-même, ses intérêts sont très limités.
 Il présente de nombreuses conduites routinières et des mouvements stéréotypés.

L'histoire de l'autisme illustre les effets catastrophiques de certaines théories psychologiques.

Ainsi, des psychanalystes — en particulier Bruno Bettelheim — ont cru pouvoir expliquer l'autisme par le comportement « mortifère » de la mère.

Dès lors, leurs thérapies ont consisté à libérer l'enfant de l'effet soi-disant « toxique » de la famille, en le faisant placer en institution ou en faisant subir à la mère une longue cure freudienne.

Les résultats ont été extrêmement décevants : les autistes sont restés autistes, les mères ont été injustement culpabilisées, des parents se sont ruinés dans des traitements inefficaces.

Bettelheim n'a pas compris que des parents peuvent être perturbés par l'autisme de leur enfant et par la culpabilisation que leur font subir des thérapeutes.

Depuis quelques années, des personnes qui ont travaillé avec Bettelheim ont révélé qu'il était bien plus un escroc qu'un véritable thérapeute. Ce trop célèbre psy a menti quant à ses diplômes, ses méthodes thérapeutiques, ses résultats.

=> <http://www.psychiatrie-und-ethik.de/> (clic sur « français », puis « Bettelheim »)

=> Bénesteau, J. (2002) *Mensonges freudiens*. Mardaga. Voir chap. 15.

=> Pollak, R. (2003) *Bruno Bettelheim ou la fabrication d'un mythe*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond (diff. Seuil), 528 p.

=> Pollak, R. (2007) Bettelheim l'imposteur. Dans C. Meyer *et al.*, *Le Livre noir de la psychanalyse*. Coll. 10/18, p. 667-685.

Aujourd'hui la théorie psychanalytique de l'autisme ne survit pratiquement plus que dans les pays « freudiens » (en particulier la France et l'Argentine). Dans les pays où la psychiatrie et la psychologie scientifiques ont bien progressé, les spécialistes ont reconnu,

- l'importance d'anomalies dans le fonctionnement de structures cérébrales et
- l'intérêt d'approches éducatives de type « comportemental », dans lesquelles la famille participe activement.

Des recherches récentes ont montré que l'autisme est un des troubles mentaux les plus génétiques.

Si un jumeau « vrai » est autiste, il y a 65 % de probabilités que l'autre le soit ; si un « faux » jumeau est autiste, cette probabilité n'est que de 15 % (Robert Plomin : La part des gènes dans notre psychologie. Dans C. Meyer *et al.*, *Les nouveaux psys*. Paris : Les Arènes, p. 75).

=> Barthélémy, C. (2007) Comprendre et soigner autrement : à propos de l'autisme. Dans C. Meyer *et al.*, *Le Livre noir de la psychanalyse*. Coll. 10/18, p. 686-696.

=> Peeters, T. (1996) *L'autisme. De la compréhension à l'intervention*. Paris: Dunod, 240 p.

=> Rogé, B. (2003) *Autisme. Comprendre et agir*. Paris: Dunod, 210 p.

=> Schopler, E. *et al.* (1995) *Stratégies éducatives de l'autisme et autres troubles du développement*. Paris: Masson, 232 p.

4. Troubles du contrôle des impulsions

Trouble explosif intermittent (épisodes agressifs plus ou moins violents), kleptomanie (vols compulsifs), pyromanie (incendies non utilitaires), jeu pathologique, trichotillomanie ...

=> Ladouceur, R. (2000) *Le jeu excessif*. Montréal : Ed. de l'Homme.

=> Van Rillaer, J. (1999) *Les colères*. Ed. Bernet-Danilo. Coll. Essentialis, 64 p., 2^e éd., 2002.

5. Délire (DSM : « Trouble délirant »)

Un délire est une production d'idées manifestement fausses auxquelles la personne accorde une foi totale.

Il peut être dû notamment à une substance (alcool, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, etc.) ou au sevrage d'une substance (ex.: « delirium tremens » de l'alcoolique brutalement sevré).

6. Démence

La démence (du lat. *de-mentia* = privation de l'esprit) est une grave détérioration des capacités cognitives (mémoire, langage, etc.).

Ex.: démence syphilitique, — alcoolique, — de type Alzheimer.

=> Guirgea, C. (1993) *Le vieillissement cérébral*. Ed. Mardaga (n° 199), 240 p.

7. Dépendances

Besoin impérieux, relativement fréquent, de stimulations qui sont nuisibles à plus ou moins long terme.

On parle aussi d'« addiction »

(anglicisme, qui évoque l'esclavage, du latin *addictus* = esclave par dette)

et d'« assuétude » (en latin, *assuetudo* = habitude).

Aux Etats-Unis, une enquête nationale révèle que 10 % de la population correspond aux critères du DSM-5 pour l'addiction à l'alcool et autres substances¹.

Le tableau classique des dépendances a été développé à partir de l'observation des effets de l'opium et de ses dérivés (morphine, héroïne). L'opiomane se caractérise par les processus suivants :

a. La perte du contrôle à l'égard du stimulus tentateur

La présence de drogue suscite un désir auquel le toxicomane se croit incapable de résister.

Celui-ci ne peut plus choisir librement la quantité de sa consommation.

En l'absence de drogue, des stimuli associés au produit (une seringue, le quartier des dealers, etc.) peuvent déclencher une impulsion difficilement contrôlable.

¹ Grant, B.F. et al. (2015) Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2132

b. L'appétence

La personne dépendante éprouve une envie impérieuse du produit même en l'absence d'agent tentateur externe.

Une fois qu'elle est « accrochée », la drogue devient nécessaire à la stabilité fonctionnelle de son système nerveux. Empêchée de satisfaire sa « faim », elle endure un ensemble de troubles intenses, appelé « **syndrome de sevrage** » ou d' « **abstinence** ».

c. Le développement de l'accoutumance (tolérance)

La victime de l'opium doit s'administrer des doses croissantes pour ne pas endurer l'horreur du manque. Elle finit par absorber des quantités qui tueraient une personne non habituée.

N.B.: Les assuétudes ne se caractérisent pas toujours par l'amplification de l'accoutumance

P. ex., des personnes dépendantes de la caféine peuvent boire du café pendant des années sans augmenter la dose quotidienne.

- Toute forme de conduite qui apporte du plaisir ou réduit des souffrances (en particulier l'anxiété) peut évoluer vers une habitude compulsive qui rappelle, de près ou de loin, le tableau des opiomanies.
Aussi les formes de dépendance sont-elles nombreuses et diversifiées : cyberdépendances, jogging compulsif, travail pathologique, dépendances affectives, sexuelles ...
- Les dépendances sont les troubles mentaux les plus fréquents.
- Celles qui font le plus de dégâts au niveau de la santé de la population mondiale
= le tabagisme et l'alcoolisme (le « syndrome de dépendance alcoolique »).
- La consommation de drogues illicites est aujourd'hui un facteur essentiel de criminalité.
- Une forme de dépendance aujourd'hui fort répandue est l'assuétude aux benzodiazépines (tranquillisants). Ses dangers sont souvent sous-estimés par les consommateurs. La consommation par habitant est la plus élevée en France et en Belgique.

=> Aubin, H.J. *et al.* (2003) *Comment arrêter de fumer?* Paris: Odile Jacob, 192 p.

=> Cungi, Ch. (2000) *Faire face aux dépendances. Alcool, tabac, drogues, jeu.* Paris : Retz, 240 p.

=> Graziani, P. & Eraldi-Gackiere, D. (2003) *Comment arrêter l'alcool ?* Paris : Odile Jacob, 238 p.

=> Légeron, P. (2005) Trop de prozac, trop de divan : la double exception française. In C. Meyer *et al.*, *Le Livre noir de la psychanalyse.* Paris : Les Arènes, p. 292-99. Ed. « 10/18 », p. 372-81.

8. Troubles de l'humeur

8.1. Troubles dépressifs

Lorsqu'un être humain vit une situation pénible (perte matérielle, rupture d'une relation significative, maladie, limitation de la liberté, etc.), en ayant le sentiment de ne pas pouvoir la modifier, il éprouve souvent un **sentiment de détresse ou d'impuissance** (*helplessness*).

Si cette situation est très pénible et/ou se prolonge, l'individu éprouve facilement un **état dépressif** caractérisé par

- tristesse intense ou désespoir (parfois envie de mourir ; suicide)
- anhédonie : perte des sensations de plaisir et des intérêts habituels ; asthénie affective
- sentiment d'impuissance ou d'incompétence ; perte d'estime de soi
- trouble de l'appétit (le plus souvent perte d'appétit ; parfois hyperphagie)
- diminution du désir sexuel.

- troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie non réparatrice)
- fatigue, difficultés de concentration, difficultés de prise de décisions
- ralentissement moteur

Le trouble dépressif peut varier considérablement en intensité et en durée, allant de la petite « déprime » banale au « trouble dépressif majeur », appelé parfois « **mélancolie** ».

Le mot « **mélancolie** » vient du grec (*mélan*, noir, et *chôlè*, bile).

Les médecins de l'Antiquité distinguaient quatre liquides dans l'organisme (les « humeurs ») : le sang, le flegme (ou lymphe), la bile blanche et la bile noire.

Selon eux, le tempérament d'un individu dépend des proportions de ces substances dans le corps.

La prédominance de l'une d'elles entraîne un des tempéraments suivants :

sanguin, flegmatique (ou lymphatique), bilieux (ou colérique), mélancolique.

Aujourd'hui, en psychiatrie, ce terme désigne un état de dépression grave, parfois accompagné d'idées délirantes de culpabilité.

Dans le langage ordinaire, une tristesse légère dans laquelle l'individu se complait.

Victor Hugo écrivait : « La mélancolie, c'est le bonheur d'être triste ».

On distingue, parmi les troubles dépressifs,

- les troubles « psychogènes » (« dépression réactionnelle ») :

le plus souvent provoqués par un sentiment d'impuissance incontrôlable.

- les troubles « endogènes » (« dépression biologique ») :

induits principalement par des facteurs physiologiques, notamment des troubles de neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine).

Une forme de dépression (dite « saisonnière ») est générée par la diminution de la luminosité en hiver.

Les apnées du sommeil provoquent généralement des troubles qui évoquent la dépression (fatigue, irritabilité, perte de libido, etc.)

Concrètement, on observe beaucoup de cas intermédiaires

(troubles dépressifs développés après des frustrations

chez une personne constitutionnellement prédisposée à déprimer).

8.2. Episode maniaque

Le mot français « manie » vient du grec *mania*, folie.

De l'Antiquité au XIX^e siècle, ce mot a désigné la folie sous sa forme exaltée ou « furieuse ».

Aujourd'hui, les psychiatres entendent par « épisode maniaque » :

une période d'humeur exaltée ou irritable, avec une très forte augmentation de l'estime de soi (parfois idées de grandeur), de l'agitation psychomotrice et une distractibilité, qui handicapent considérablement les activités professionnelles et les relations interpersonnelles.

La cause la plus fréquente est un dysfonctionnement physiologique.

Lorsque cet état n'est pas trop intense, on parle d' « **épisode hypomaniaque** ».

8.3. Trouble bipolaire

Alternance d'épisodes dépressifs et maniaques.

On parlait autrefois de "folie circulaire" et de "psychose maniaco-dépressive".

Lorsque le trouble est peu intense, on parle de "trouble cyclothymique".

Attention ! Le vocable "manie", utilisé comme suffixe, peut désigner

une dépendance Ex.: opiomanie. toxicomanie
 une obsession Ex.: onomatomanie = obsession de certains mots
 une compulsion Ex.: tricotillomanie = compulsion à s'arracher des cheveux ou des poils.

=> Cungi, C. & Note, I. (1999) *Faire face à la dépression*. Paris: Retz.

=> Debray, Q. (1992) *Vivre avec une dépression*. Monaco: éd. du Rocher, 232 p.

=> Duchesne, N. (2006) *Des hauts et des bas. Gérer sa cyclothymie*. Paris: Odile Jacob, 176 p.

9. Hyperactivité (DSM : « Déficit de l'attention/hyperactivité »)

L'individu a souvent du mal à soutenir son attention au travail.

Il est hyperactif, impulsif

(parle trop, se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis).

Les causes sont diverses et souvent se combinent :

facteurs héréditaires, atteintes cérébrales, causes psychologiques et sociales.

=> Compernelle, T. (1997) *Du calme! Manuel pour l'éducation des enfants hyperactifs*.

Bruxelles : De Boeck, 160 p.

=> Thomas, J. & Azzopardi, G. (2004) *Comment rendre son enfant plus attentif*. Marabout, 252 p.

10. Hystérie

Le mot « hystérie » (du grec *hustera*, utérus) a désigné, de l'Antiquité au XVII^e siècle, une grande variété de troubles spectaculaires (crises « nerveuses », paralysies, évanouissements), attribués à un dysfonctionnement de l'utérus.

(Hippocrate parlait d'une migration de l'utérus à travers le corps, causée par le manque de rapports sexuels).

A la fin du XIX^e siècle, des auteurs considéraient l'hystérie comme la « reine des névroses ».

Bon nombre d'auteurs la définissaient par

- des « conversions somatiques » (expressions corporelles de troubles mentaux)
- des troubles de la conscience et de la mémoire
- une affectivité tapageuse (théâtralisme, crises d'allure épileptique).

Toutefois, déjà à l'époque, le terme était utilisé à tort et à travers.

Freud p.ex. écrivait (en 1886) que « l'hystérie est un terme dépourvu de signification un tant soit peu circonscrite »².

² "Rapport sur mon voyage à Paris & à Berlin" (1886), cité in S. Freud (1886-1893). *L'hypnose. Textes*. L'Iconoclaste, 2015, p. 192.

En fait, il sera l'auteur qui a le plus contribué à son utilisation au XX^e siècle. Quand il recevra une patiente qui ne parvient pas à allaiter son nouveau-né (et n'a guère d'autres troubles), il la qualifie d'« hystérique d'occasion »³ ; quand une autre a pour seul symptôme la plainte de sentir une odeur subjective d'un entremets brûlé, il diagnostique « conversion hystérique »⁴.

Aujourd'hui, les psychiatres et les psychologues d'orientation scientifique délaissent ce vocable, fréquemment employé dans le langage courant, avec des sens divers.

(Certains médecins et psys utilisent ce terme dès qu'un patient — le plus souvent une femme — les irrite ou n'évolue pas comme ils le désirent).

Freud ayant étudié essentiellement des patients diagnostiqués « hystériques », les psychanalystes continuent à utiliser très souvent ce terme. Freud a présenté principalement des patients qu'il qualifiait d'« hystériques ». A la fin de sa vie, il écrivait : « Notre technique a grandi avec le traitement de l'hystérie et elle ne cesse d'être toujours réglée sur cette affection »⁵.

Dans le DSM-IV, cette entité a été supprimée.

On trouve d'autres termes qui désignent les troubles faisant partie de l'ancien tableau de l'hystérie :

a) Troubles somatoformes

Trouble de conversion

Symptômes physiques qui suggèrent une maladie physique, mais qui sont en fait l'expression de troubles psychologiques. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement, sinon on parle de "troubles factices", de "simulation" ou de "manipulation".

Hypocondrie

Croyance obsédante d'être atteint d'une maladie sérieuse, fondée sur une interprétation erronée de sensations corporelles. Cette croyance persiste malgré les propos rassurants des médecins.

b) Troubles dissociatifs

Perturbation de la conscience et de la mémoire, pouvant aller jusqu'à une altération du sentiment d'identité (p.ex. croyance d'être possédé par le démon).

Cette catégorie psychiatrique est aujourd'hui encore l'objet de discussions.

En effet, les diagnostics de « dissociation » et de « dédoublement de la personnalité » ont manifestement donné lieu à des abus, en particulier aux Etats-Unis.

c) Personnalité histrionique

(du lat. *histrion* = comédien jouant des farces grossières)

- Très forte préoccupation d'attirer l'attention, de plaire, de séduire.
- Réactions émotionnelles excessives, théâtrales et changeantes.
- Egocentrisme marqué.

=> Bourgeois, M. (1988) La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine.

Annales médico-psychologiques, 146 (6), p. 552-62.

=> Lelord, F. & André, C. (1996) *Comment gérer les personnalités difficiles*. Paris: Odile Jacob, 348 p.

³ "Un cas de guérison par l'hypnose, avec des remarques sur le formation des symptômes hystériques par la 'contre-volonté'" (1892-1893).

⁴ *Studien über Hysterie* (1895), G.W. I 174. Trad., *Œuvres complètes*, PUF, II 134s.

⁵ *Œuvres complètes*, PUF, XV, p. 106

11. Troubles de la personnalité

Apparition fréquente de comportements qui produisent des dysfonctionnements importants dans les relations sociales. On parle aussi de "troubles du caractère".

Le DSM-4 présente 11 types. En voici trois.

- **Personnalité antisociale** (« psychopathie », « sociopathie »)

Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui, à partir de l'âge de 15 ans

Refus de se conformer aux normes sociales élémentaires

Actes antisociaux et mensonges répétés, impulsivité, agressions, bagarres, absence de culpabilité.

Sa croyance de base

= "si j'ai envie de quelque chose, je ne me gêne pas, je le prends tout de suite".

- **Personnalité « limite » ou « borderline »**

Demandes envahissantes d'être aimé et assisté

Perturbation de l'identité

Instabilité affective, colères intenses et/ou automutilations, comportements impulsifs.

Linehan, Marsha (2000) *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*. Médecine et Hygiène, 215 p.

Page, Dominique (2006) *Borderline : Retrouver son équilibre*. Odile Jacob, 224 p.

- **Personnalité obsessionnelle (ou obsessionnelle-compulsive)**

Perfectionnisme qui entrave l'accomplissement normal de tâche.

Incapacité de prendre des décisions dans un délai raisonnable.

Forte préoccupation pour le contrôle des émotions, scrupulosité, rigidité.

Tentatives excessives pour soumettre les autres à sa propre organisation du travail ou de la vie domestique.

=> Cottraux, J. & Blackburn, I. (1995) *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson, 244 p.

=> Lelord, F. & André, C. (1996) *Comment gérer les personnalités difficiles*. Paris : Odile Jacob, 348 p.

12. Psychoses (DSM : « Troubles psychotiques »)

Le mot « psychose » est apparu au 19^e siècle pour désigner les « maladies de l'âme », par opposition aux « névroses » (du grec *neuron* = nerf), définies à cette époque comme les maladies du système nerveux sans lésions visibles.

Actuellement, pour les spécialistes, la psychose = trouble mental très grave, affectant l'ensemble de la personnalité du sujet, ses relations avec le monde et avec autrui.

Le malade ne peut pas relativiser son point de vue sur la réalité et prendre distance à l'égard de ses propres pensées. Il croit que ses perceptions et interprétations sont absolument vraies.

Les deux principales catégories sont la schizophrénie et la paranoïa.

12.1. Schizophrénie

Terme créé en 1911 par le psychiatre suisse Eugène Bleuler, pour remplacer « démence précoce ».

Désigne un syndrome caractérisé par

une grave désintégration psychique (en grec, *schizein* = fendre ; *phrên* = esprit),
des idées délirantes, des hallucinations, une pensée "autistique" (en grec, *autos* = soi-même),
des comportements grossièrement désorganisés,
des symptômes "négatifs" (émoussement affectif, perte de volonté).

Le DSM recommande la prudence dans l'usage de ce terme.

Le diagnostic ne peut être prononcé qu'en l'absence d'un facteur organique manifeste provoquant des troubles semblables.

Pour l'appliquer, il faut qu'un ensemble de troubles graves s'observent pendant au moins 6 mois et qu'on puisse exclure d'autres troubles (p.ex., trouble dû à une substance).

Environ 50 % des patients des hôpitaux psychiatriques sont atteints de schizophrénie.

=> Voir le site <http://www.mens-sana.be>

Site d'un professeur de l'université de Bruxelles, particulièrement bien informé sur les troubles mentaux et, plus précisément, la schizophrénie. Nombreux liens intéressants.

=> Chambon, O., Perris, C. & Marie-Cardine, M. (1997) *Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*. Paris: Masson, 176 p.

12.2. Paranoïa

Trouble caractérisé par une ou des croyances délirantes, non imputables à un facteur organique évident

(le mot vient des termes grecs *para*, au-delà, de travers, et *nous*, l'esprit).

On distingue plusieurs types, selon le thème délirant prédominant.

- **Mégalomanie** (« folie des grandeurs »)

Idée très exagérée de sa propre valeur et de son pouvoir
ou conception délirante de sa propre identité.

Ce trouble se trouve p.ex. chez certains chefs de sectes et chez des assassins de chefs d'Etat.

- **Délire de persécution** (la forme de paranoïa la plus courante)

Croyance fautive d'être espionné, empoisonné, poursuivi, etc.

- **Délire de jalousie**

Conviction, non justifiée par des faits objectifs, de l'infidélité du partenaire.

Des indices, interprétés de façon tout à fait subjective, sont des « preuves » absolument certaines.

- **L'érotomanie**

Illusion délirante d'être aimé par une autre personne

(celle-ci étant souvent d'un niveau social supérieur à celui de l'intéressé).

- **Paranoïa** de type somatique

Croyance délirante concernant le corps

P.ex., conviction erronée de dégager une odeur nauséabonde, d'avoir des parasites dans le corps, d'être horrible (alors que ce n'est pas du tout le cas).

13. Troubles sexuels

13.1. Dysfonctions sexuelles

Trouble de l'érection, éjaculation précoce, inhibition de l'orgasme, baisse du désir sexuel, aversion sexuelle.

13.2. Paraphilies

(dans le langage ordinaire : "perversions", "déviations sexuelles")

Exhibitionnisme, fétichisme, pédophilie, masochisme, sadisme, voyeurisme, zoophilie...

=> Allgeier, R. & E. (1992) *Sexualité humaine*. Trad., Bruxelles: De Boeck, 708 p.

=> Poudat, F.-X. (2000) *Nous n'arrivons pas à nous entendre. Mieux vivre sa sexualité*. Paris: Odile Jacob, 240 p.

=> Trudel, G. (2000) *Les dysfonctions sexuelles*. Presses de l'Université du Québec, 748 p.