

Psychologie clinique et pathologique
2025/2026

Licence 1 Cours n°7
UE1 02 EC2

Introduction à la psychopathologie

Professeur Cyril Tarquinio

www.cyriltarquinio.com

Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIRE - Université de Lorraine, Inserm

Directeur Centre Pierre Janet - <https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/>

Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier) -

Associate-Editor aux Annales Médico-Psychologiques

Responsable du Master de Psychologie clinique de l'Université de Lorraine (site de Metz).

Responsable du Parcours Type "Psychothérapie et dimensions traumatiques" -

Responsable de la Licence 1 de psychologie de l'Université de Lorraine (site de Metz)

1. Peurs et phobies

Lorsqu'une personne commence à manifester une peur excessive et déraisonnable face à un certain objet ou à une situation qui, en réalité, ne sont pas dangereux, il est probable que ses réactions correspondent aux critères de la phobie spécifique définis dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition (American Psychiatric Association, 2013).

Les caractéristiques principales d'une phobie spécifique sont **au nombre de trois** :

- la peur est provoquée par un ensemble spécifique et limité de stimuli (par exemple serpents, chiens, injections, etc.) ;
- la après évaluation de tous les facteurs environnementaux et situationnels, la peur demeure « disproportionnée » par rapport à la réalité de la menace ou du danger de la situation.
- Ces symptômes doivent être présents depuis au moins six mois pour qu'un diagnostic soit posé. Le DSM-V distingue cinq catégories principales ou sous-types de phobie spécifique

Les critères de diagnostic de la phobie spécifique selon le DSM-V

- A . Une peur ou une anxiété marquée d'un objet ou une situation spécifique (par exemple voler, hauteur, animaux, recevoir une injection, voir du sang). Note : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, la colère ou le raidissement du corps ;
- B. L'objet ou la situation phobique provoquent presque toujours une peur ou une anxiété immédiate ;
- C. L'objet ou la situation phobique sont activement évités ou subis avec une peur et/ou une anxiété intense ;
- D. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel de l'objet ou de la situation spécifique, et par rapport au contexte socioculturel ;

- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants et durent habituellement 6 mois ou plus ;
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement provoquent une détresse ou un trouble cliniquement significatif dans les domaines de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;
- G. La perturbation ne s'explique pas mieux par des symptômes dus à un autre trouble mental, ni par la peur, l'anxiété ou l'évitement de situations associées à des symptômes évoquant la panique ou d'autres symptômes invalidants (agoraphobie) ; ni par des objets ou des situations liés aux obsessions (trouble obsessionnel compulsif) ; ni par des souvenirs d'événements traumatiques (état de stress post-traumatique) ; ni par un éloignement du domicile ni par une séparation des figures d'attachement (angoisse de la séparation) ; ni par des situations sociales (troubles de l'anxiété sociale).

les cinq sous-types de phobie spécifique

- Phobie de type animal (araignées, insectes, chiens, chats, rongeurs, serpents, oiseaux, poissons, etc.) ;
- Phobie de type environnement naturel (hauteurs, eau, tempête, etc.) ;
- Phobie de type situationnelle (espaces fermés, conduire, voler, ascenseurs, ponts, etc.) ;
- Phobie de type sang, injection, blessure (peur de l'injection, voir du sang, regarder un geste chirurgical, etc.) ;
- Autres types (suffocation, vomissements, peur de la maladie, etc.).

Les symptômes de phobie sont extrêmement courants dans la population générale (Oosterink-Wubbe et al., 2009). Des études épidémiologiques évaluant la prévalence des phobies montrent que les phobies spécifiques sont plus prévalentes que tout autre groupe de troubles psychiatriques étudié.

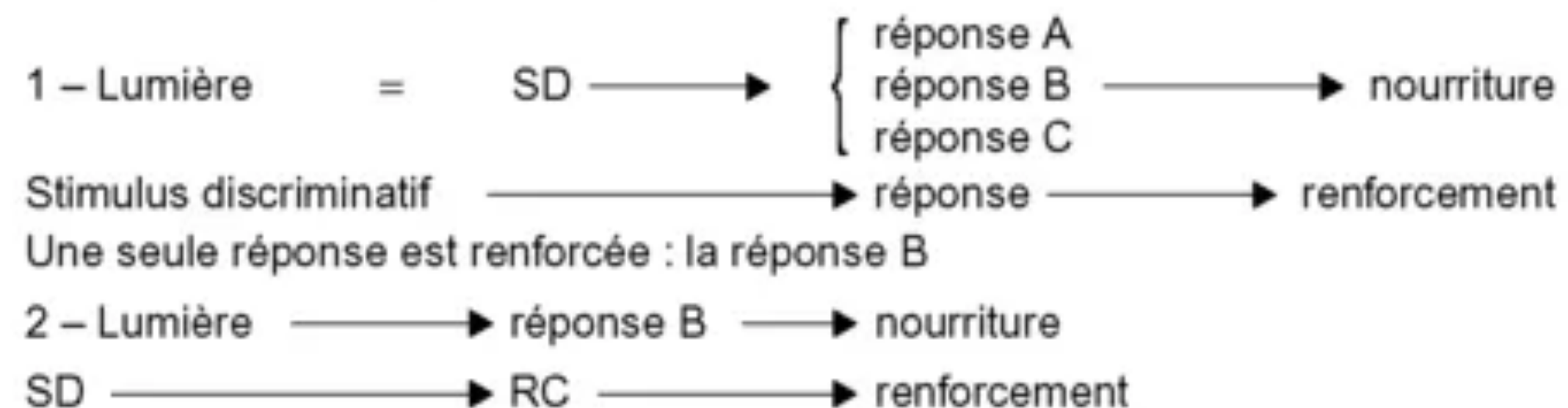
Avec un taux de prévalence au cours de la vie supérieur à 10 % elles représentent un problème de santé publique grave (Robins et al., 1984, Oosterink-Wubbe et al., 2009).

La littérature sur les peurs et les phobies suggère que le problème des réponses de peur cliniquement pertinentes peut mieux s'expliquer et se comprendre avec le paradigme comportemental du conditionnement classique (Davey, 1997).

Conditionnement classique : déclenchement d'une réponse par association

- 1 – SI nourriture → salivation RI
- 2 – SI nourriture → salivation RC associé au SC lumière
- 3 – SC (lumière) seul → salivation RC

Conditionnement opérant : sélection d'une réponse par renforcement



SI : stimulus inconditionnel ; SC : stimulus conditionnel ; RI : réponse inconditionnel ;
RC : réponse conditionnelle ; SD : stimulus discriminatif.

On a découvert que les confrontations à des situations (potentiellement) menaçantes génératrices chez les sujets d'un sentiment d'impuissance (SI) et de réactions émotionnelles automatiquement perturbantes (Oosterink et de Jongh, Aartman, 2009), ont le plus grand risque de générer des phobies spécifiques.

Les exemples typiques de sous-types de phobies spécifiques, dont l'étiologie repose fréquemment sur de tels événements stressants, sont les phobies d'accident qui apparaissent généralement après un grave accident automobile (de Jongh et al., 2011), les phobies d'étouffement qui apparaissent habituellement après un épisode stressant de suffocation alimentaire (de Jongh et Ten Broeke ; de Roos et de Jongh, 2008), et la phobie dentaire qui peut survenir après un événement dentaire désagréable (par exemple douloureux) (de Jongh et al., 2002 ; Doering et al., 2013).

2. La dépression

La dépression n'est pas un « mal-être » passager, ni un « coup de blues » : c'est une maladie qui touche environ 300 millions de personnes à travers le monde (Who, 2017). En France, l'enquête baromètre santé de l'Inpes (2005-2010) révèle que 7,8 % de la population est touchée, ce qui représente plus de 3 millions de Français ayant présenté un épisode dépressif majeur ou caractérisé dans les 12 derniers mois. Cette enquête montre aussi que 19 % des Français de 15 à 75 ans (soit près de 9 millions de personnes) ont vécu ou vivront un épisode dépressif au cours de leur vie.

-Pour pouvoir parler de dépression, et donc de maladie, il faut présenter au moins cinq symptômes ou perturbations de l'humeur (caractérisés dans le DSM-V) qui durent depuis au moins deux semaines.

-Ces perturbations doivent entraîner une gêne importante au niveau affectif, social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie quotidienne via un « ralentissement » dans différents registres : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels.

La dépression peut se décliner en différents types. Elle se manifeste le plus souvent sous forme d'épisodes dépressifs majeurs ou caractérisés. Quand la dépression s'installe dans le temps, on parle de dépression chronique ou dysthymie. Les troubles bipolaires constituent quant à eux un trouble spécifique qui alterne phases de dépression et phases de surexcitation.

Une diversité de symptômes mais des critères diagnostiques précis

- Une humeur dépressive, le plus souvent caractérisée par une tristesse pathologique quasi-permanente et intense, une anxiété marquée et parfois une indifférence affective. Cette humeur dépressive est associée à une douleur morale profonde, une perte de l'estime de soi et un pessimisme majeur, parfois associé à des idées de culpabilité inappropriées.
- Une perte de l'élan vital, c'est-à-dire une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes, même celles qui étaient habituellement plaisantes (anhédonie).
- Le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, des idées de mort ou de suicide récurrentes, parfois des projets suicidaires, signant un risque suicidaire majeur.

Une diversité de symptômes mais des critères diagnostiques précis

- Un sentiment d'angoisse quasi-permanent, notamment au réveil, qui peut favoriser le passage à l'acte.
- Un ralentissement psychomoteur, observable par une modification de la marche, de la voix, des gestes, de l'initiative et de la fluidité idéiques.
- Une fatigue (asthénie), souvent plus marquée le matin.
- Une perte d'appétit, souvent associée à une perte de poids.
- Des troubles du sommeil, avec souvent une insomnie en deuxième partie de nuit et un réveil matinal précoce.
- Des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire chez la plupart des malades.

Une diversité de symptômes mais des critères diagnostiques précis

Le diagnostic est posé lorsqu'une personne présente une humeur dépressive ou une perte de l'élan vital, associée à au moins quatre autres des symptômes décrits ci-dessus, tous les jours depuis au moins deux semaines, et ce en présence d'un retentissement des symptômes et d'une souffrance associée. L'intensité de l'épisode est le plus souvent associée au nombre de symptômes présents.

Une diversité de symptômes mais des critères diagnostiques précis

La dépression peut toucher n'importe quelle catégorie de la population : adultes, personnes âgées et enfants. Selon cette enquête, la prévalence de la dépression au cours des douze derniers mois était comprise entre 11,2 et 11,4% pour les 15–44 ans, puis diminuait progressivement avec l'âge pour atteindre 8,4 % des personnes parmi les 55–64 ans et 5,5 % parmi celles âgées de 65–75 ans. Ces chiffres sont en augmentation depuis 2010, notamment dans les catégories de la population où les chiffres étaient déjà parmi les plus élevés, comme les femmes, les personnes de 35–44 ans et les chômeurs.

Origine de la pathologie : des facteurs de risque ...

Des situations et des événements de la vie (un décès, une perte d'emploi, une séparation...) sont associés à un risque accru de dépression. C'est aussi le cas de traumatismes précoces, notamment affectifs ou sexuels, survenus au cours l'enfance. Néanmoins, toutes les personnes exposées à ce type d'événements ne développent pas la maladie. De plus, certaines personnes font une dépression sans facteur déclenchant apparent : on parle alors de dépression endogène. Cette disparité suggère une susceptibilité individuelle à la dépression.

Origine de la pathologie : des facteurs de risque ...

La vulnérabilité génétique est soutenue par certaines données épidémiologiques : on sait par exemple qu'un individu a deux à quatre fois plus de risque de présenter un trouble dépressif caractérisé au cours de sa vie lorsque l'un de ses parents a des antécédents de trouble dépressif.

3. Les troubles anxieux

6 sous-types de troubles

- anxiété **généralisée**
- trouble **panique**
- **phobies** spécifiques
 - **agoraphobie**
 - anxiété **sociale**
- anxiété de **séparation**

21 % des adultes touchés au cours de la vie



Les **femmes** sont jusqu'à **2 fois plus affectées** que les hommes

L'anxiété est un phénomène physiologique naturel : en réponse à un danger ou à un stress, le fonctionnement de notre organisme se modifie, avec le plus souvent une accélération du rythme cardiaque, des troubles du sommeil, une augmentation de la transpiration et, parfois, des difficultés à respirer ou une mise en retrait. En temps normal, ces modifications disparaissent rapidement. Lorsqu'elles deviennent trop intenses ou envahissantes, au point de perturber le quotidien, d'entraîner des arrêts de travail et de générer un sentiment permanent d'insécurité, on parle de trouble anxieux.

Le trouble panique ou attaque de panique

Il s'agit d'une anxiété qui évolue par crises, caractérisée par des attaques de panique récurrentes qui associent détresse physique et psychologique. Ces attaques consistent en la survenue brutale d'une peur intense, d'un sentiment de mort ou de catastrophe imminente et de perte de contrôle de soi. Elles durent généralement une trentaine de minutes.

Le trouble panique ou attaque de panique

Lors d'une crise, plusieurs symptômes apparaissent parmi : des palpitations, une accélération du rythme cardiaque, une transpiration, des tremblements, une sensation d'essoufflement ou d'étouffement, une douleur thoracique, un étourdissement ou une faiblesse, des frissons ou des bouffées de chaleur, des nausées ou des douleurs abdominales. Ces symptômes sont parfois si importants qu'ils peuvent évoquer une crise cardiaque et entraîner une consultation aux urgences.

Des attaques de panique peuvent être prévisibles et survenir en réponse à un événement redouté, à la prise de drogues ou à un sevrage. Elles peuvent aussi se déclencher de manière inattendue, sans raison apparente.

Les phobies spécifiques

Elles correspondent à des peurs irraisonnées, excessives et persistantes face à des situations ou des objets précis, comme une paire de ciseaux, des araignées, l'obscurité, le fait d'être dans un ascenseur ou encore d'être tenté par un objet à voler. Souvent, ces peurs provoquent une grande détresse qui entraîne elle-même des conduites d'évitement.

L'agoraphobie

L'agoraphobie est la peur irraisonnée et intense des espaces publics dans lesquelles la fuite peut être difficile. Elle se manifeste dans des espaces ouverts ou au sein d'une foule (transports publics, lieux clos, file d'attente...). Les personnes atteintes évitent activement ces situations. Lorsque c'est impossible, elles ont besoin d'une personne qui les accompagne et/ou endurent une anxiété intense, disproportionnée par rapport à la situation réelle.

Le Trouble d'Anxiété Généralisé - TAG

L'anxiété sociale est liée à l'idée de ressentir une gêne, une humiliation, un rejet ou un mépris lors des interactions sociales. Elle se manifeste par la peur extrême de parler ou manger en public, de rencontrer des nouvelles personnes... ainsi que par le fait de ressentir une grande angoisse, de rougir et d'avoir des tremblements lorsque ces situations ne peuvent être évitées. Les problèmes occasionnés sont quotidiens.

Le trouble d'anxiété de séparation

Les adultes et les enfants qui souffrent d'anxiété de séparation ont peur d'être séparé de la personne dont ils sont le plus proches. Ils craignent constamment de la perdre, sont réticents à s'en éloigner, refusent de sortir ou de dormir loin de chez eux ou sans cette personne, font des cauchemars à ce sujet. Ce trouble est associé à des symptômes physiques de détresse qui se développent souvent dans l'enfance, mais peuvent persister à l'âge adulte.

L'anxiété chez l'enfant

Les troubles anxieux débutent majoritairement pendant l'enfance ou à l'adolescence. Et plus les manifestations débutent tôt, plus la maladie risque d'être sévère par la suite. Malgré cette sévérité potentielle, ces troubles sont souvent négligés chez les plus jeunes en raison de leur méconnaissance de la part de l'entourage et d'une réticence au diagnostic par peur « de figer les choses », « d'étiqueter » les enfants concernés, mais aussi de les traiter à l'aide de médicaments psychotropes alors que leur cerveau est en développement.

L'anxiété chez l'enfant

Pourtant, cette pathologie représente souvent un handicap sévère pour les enfants et les adolescents qui en souffrent : elle entraîne un appauvrissement relationnel et une restriction du champ des activités, qui altèrent l'accession à l'autonomie et à l'indépendance. Le dépistage précoce et une prise en charge adaptée doivent progresser dans ces tranches d'âges.

L'anxiété est fréquemment corrélée à des symptômes dépressifs. Plusieurs études ont montré que chacune de ces deux pathologies est prédictrice de l'autre et que leur association augmente le risque de chronicité.

Dans la majorité des cas, l'anxiété précède la dépression, même si l'inverse est parfois retrouvé. Cette comorbidité est en effet le plus souvent observée quand les symptômes anxieux sont apparus tôt au cours de l'enfance ou que le trouble anxieux est ancien.

Globalement, de l'ordre de 70 à 80% des personnes qui souffrent de troubles anxieux risquent de développer des symptômes dépressifs.

Par ailleurs, il apparaît que la dépression est associée à une plus grande sévérité du trouble anxieux et que cette comorbidité complique la prise en charge des troubles anxieux.

Le risque d'addictions est augmenté chez les personnes qui souffrent de troubles anxieux, notamment celui d'addiction au tabac ou à l'alcool. Cette association s'explique sur le plan psychologique par la recherche de substances apaisantes, pour contrebalancer les effets de l'anxiété. Mais les scientifiques n'écartent pas l'existence de mécanismes physiopathologiques communs.

Selon la Haute autorité de santé, 15% des adultes de 18 à 65 ans présentent des troubles anxieux sévères sur une année donnée, et 21% en présenteront au cours de leur vie. Déclinés par trouble, les chiffres sont respectivement de 2,1% et 6% pour le trouble anxieux généralisé, 1,2% et 3% pour le trouble panique, 0,6% et 1,8% pour l'agoraphobie, 1,7% et 4,7% pour l'anxiété sociale et 4,7% et 11,6% pour la phobie spécifique. Globalement, la fréquence est deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme.

