Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

Psychologie clinique et pathologique

Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

Psychologie clinique et pathologique
2026/2027

Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

Psychologie clinique et pathologique
2026/2027
Licence 1 Cours n°2

Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

Psychologie clinique et pathologique
2026/2027
Licence 1 Cours n°2
UE102 EC2

Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

Psychologie clinique et pathologique

2026/2027

Licence 1 Cours n°2

UE102 EC2

Introduction à la psychopathologie

Professeur Cyril Tarquinio

www.cyriltarquinio.com

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

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

Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

PEUR, ANXIÉTÉ, PHOBIE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

La peur est une réponse émotionnelle normale déclenchée par la perception d'une menace présente ou imminente. Elle prépare l'organisme à agir et possède donc une fonction adaptative essentielle.

L'anxiété correspond davantage à l'anticipation d'une menace future, parfois incertaine. Elle mobilise des processus cognitifs, physiologiques et comportementaux destinés à détecter et à prévenir un danger possible.

La phobie apparaît lorsque la peur devient persistante, disproportionnée par rapport au danger réel, entraîne des conduites d'évitement et provoque un retentissement significatif sur le fonctionnement de la personne.

La question clinique n'est donc pas : « cette personne a-t-elle peur ? », mais : « sa peur reste-t-elle adaptée à la menace et à la situation ? »

1. Peurs et phobies

La peur est une émotion adaptative. Elle permet de détecter rapidement une menace, de mobiliser l'attention et de préparer l'organisme à agir. Elle s'accompagne de modifications physiologiques, cognitives et comportementales qui facilitent la protection face au danger.

Face à une menace, l'organisme peut notamment augmenter la vigilance, accélérer le rythme cardiaque, modifier la respiration et orienter le comportement vers la fuite, l'évitement ou l'affrontement.

La peur devient problématique lorsqu'elle apparaît en l'absence de danger réel suffisant, lorsqu'elle est excessive, persistante ou difficile à contrôler, et surtout lorsqu'elle conduit à une restriction importante des activités ou de l'autonomie.
Une peur n'est donc pas pathologique parce qu'elle est intense, mais parce qu'elle devient inadaptée à la situation et coûteuse pour le fonctionnement de la personne.

QUAND LA PEUR DEVIENT-ELLE PHOBIQUE ?

QUAND LA PEUR DEVIENT-ELLE PHOBIQUE ?

Une phobie spécifique correspond à une peur ou une anxiété intense déclenchée par un objet ou une situation bien délimitée, par exemple un animal, une injection, la hauteur ou le fait de prendre l'avion.

Pour devenir cliniquement significative, cette peur doit être persistante, généralement présente depuis au moins six mois, et apparaître de manière quasi systématique en présence de l'objet ou de la situation redoutée. Elle conduit souvent à des conduites d'évitement actif.

Le critère central est celui de la disproportion entre la peur ressentie et le danger réel, en tenant compte du contexte socioculturel. La peur doit également entraîner une souffrance cliniquement significative ou un retentissement sur le fonctionnement social, scolaire, professionnel ou quotidien.

Une phobie n'est donc pas seulement une peur forte : c'est une peur durable, disproportionnée et handicapante.

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.).

ÉPIDÉMIOLOGIE DES PHOBIES SPÉCIFIQUES

Les phobies spécifiques figurent parmi les troubles anxieux les plus fréquents dans la population générale. Les grandes enquêtes internationales estiment leur prévalence au cours de la vie autour de 7 à 10 %, avec des variations selon les pays et les méthodes utilisées (Wardenaar et al., 2017).

Dans les enquêtes internationales de l'OMS, la prévalence au cours de la vie est d'environ 7,4 %, et la prévalence sur douze mois d'environ 5,5 %. Les phobies spécifiques sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes et débutent souvent précocement, avec un âge médian d'apparition autour de 8 ans (Wardenaar et al., 2017).

Le trouble peut persister pendant de nombreuses années et s'accompagner d'un retentissement fonctionnel, d'une limitation des activités et d'une comorbidité importante avec d'autres troubles anxieux, dépressifs ou liés à l'usage de substances (Eaton et al., 2018).

À retenir : une phobie spécifique n'est pas une peur rare ou marginale ; c'est un trouble fréquent, souvent précoce et potentiellement durable.

COMMENT UNE PHOBIE PEUT-ELLE S'ACQUÉRIR ?

Rachman (1977) propose trois grandes voies d'acquisition de la peur pathologique : le conditionnement direct, l'apprentissage vicariant et la transmission d'informations menaçantes.

Le conditionnement direct correspond à l'association entre un stimulus initialement neutre et une expérience aversive. Une personne victime d'un accident de voiture peut, par exemple, développer ensuite une peur intense de conduire.

L'apprentissage vicariant correspond à l'acquisition d'une peur par observation du comportement d'autrui. Un enfant peut ainsi apprendre à craindre un chien en observant les réactions anxieuses répétées d'un parent.

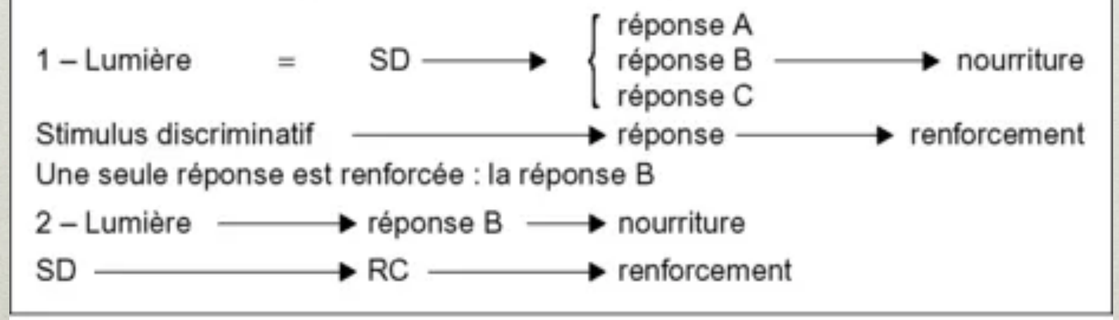
La transmission informationnelle désigne l'acquisition d'une peur à partir de messages, récits ou informations présentant un objet ou une situation comme dangereux, même en l'absence d'expérience directe.

Les modèles contemporains soulignent toutefois que ces apprentissages interagissent avec le tempérament, les expériences antérieures et le contexte, ce qui explique pourquoi une même expérience ne conduit pas nécessairement à une phobie chez tous les individus (Mineka & Zinbarg, 2006 ; Zinbarg et al., 2022).

Conditionnement classique : déclenchement d'une réponse par association

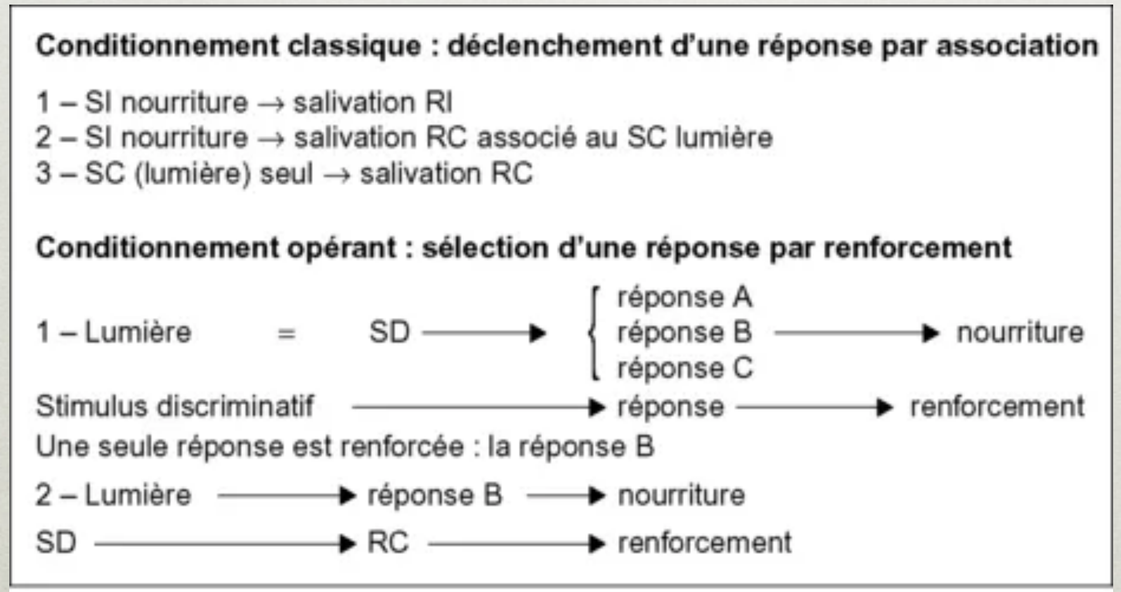
1 – SI nourriture → salivation RI
2 – SI nourriture → salivation RC associé au SC lumière
3 – SC (lumière) seul → salivation RC

Conditionnement opérant : sélection d'une réponse par renforcement



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

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).ici



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

POURQUOI L'ÉVITEMENT MAINTIENT-IL LA PHOBIE ?

Lorsqu'une personne évite l'objet ou la situation qu'elle redoute, son anxiété diminue rapidement. Cette diminution immédiate agit comme un renforcement négatif : l'évitement est renforcé parce qu'il permet de faire disparaître, au moins temporairement, une émotion désagréable.

Le problème est que l'évitement empêche la personne d'apprendre que la situation redoutée peut être moins dangereuse qu'anticipé ou qu'elle est capable de tolérer l'anxiété sans catastrophe. La croyance de menace reste donc peu corrigée, tandis que la peur peut se maintenir ou se généraliser.

Ce mécanisme explique pourquoi les conduites d'évitement constituent un facteur central de maintien des phobies spécifiques et, plus largement, de nombreux troubles anxieux (Mowrer, 1947 ; Craske et al., 2014).

À retenir : l'évitement soulage à court terme, mais entretient souvent la peur à long terme.

L'EXPOSITION : LE PRINCIPE THÉRAPEUTIQUE CENTRAL

Le traitement psychologique de référence des phobies spécifiques repose sur l'exposition graduée au stimulus phobique, en imagination ou, lorsque cela est possible, en situation réelle. L'objectif est de confronter progressivement la personne à ce qu'elle évite, dans des conditions suffisamment contrôlées pour permettre un nouvel apprentissage.

Historiquement, l'efficacité de l'exposition a été expliquée par le processus d'habituation : la peur diminue progressivement lorsque la personne reste suffisamment longtemps en contact avec le stimulus redouté.

Les modèles contemporains insistent davantage sur l'apprentissage inhibiteur. L'exposition permet à la personne d'apprendre que la conséquence redoutée ne se produit pas nécessairement, ou qu'elle peut faire face à la situation même en présence d'anxiété (Craske et al., 2014).

L'objectif n'est donc pas seulement de "faire baisser la peur", mais de construire de nouvelles attentes plus adaptées face au stimulus phobique.

POURQUOI CERTAINES PEURS S'ACQUIÈRENT-ELLES PLUS FACILEMENT ?

Toutes les associations entre un stimulus et une peur ne semblent pas avoir la même probabilité d'être apprises. Seligman (1971) a proposé le concept de préparation biologique (preparedness) pour expliquer pourquoi certaines peurs, notamment envers les serpents, les araignées, les hauteurs ou certains environnements menaçants, semblent particulièrement faciles à acquérir et parfois difficiles à éteindre.

Selon cette hypothèse, l'évolution aurait favorisé une prédisposition à apprendre rapidement certaines associations de peur lorsqu'elles concernent des stimuli ayant représenté des menaces importantes pour la survie au cours de l'histoire évolutive (Seligman, 1971).

Les travaux ultérieurs ont largement discuté et nuancé cette théorie. La recherche contemporaine considère que cette préparation biologique ne suffit pas à expliquer les phobies : elle doit être articulée aux mécanismes d'apprentissage, aux attentes de danger, aux expériences individuelles et au contexte (McNally, 2016).
Une vulnérabilité à apprendre certaines peurs n'est donc pas un destin : elle modifie une probabilité d'apprentissage.

LE RÔLE DES EXPÉRIENCES AVERSIVES

Certaines phobies spécifiques apparaissent à la suite d'une expérience directement menaçante, douloureuse ou vécue comme incontrôlable. Ces expériences peuvent favoriser une association durable entre une situation précise et une réponse de peur intense.

Dans le domaine dentaire, par exemple, les expériences négatives vécues pendant les soins sont fortement associées aux formes pathologiques d'anxiété dentaire (Oosterink, de Jongh & Aartman, 2009). Une douleur importante, un sentiment d'impuissance ou une perte de contrôle peuvent ainsi contribuer à la constitution d'une peur durable.

Des mécanismes comparables peuvent être observés dans certaines phobies des transports après un accident, dans les peurs liées à des procédures médicales ou dans d'autres situations où un événement fortement aversif devient ensuite un signal de danger (de Jongh et al., 2011).

L'événement aversif n'est cependant ni nécessaire ni suffisant : toutes les personnes exposées ne développent pas une phobie, et toutes les phobies ne sont pas précédées d'un événement traumatique identifiable.

DE LA PEUR APPRISE À LA PHOBIE INSTALLÉE

L'acquisition d'une peur ne suffit pas, à elle seule, à expliquer l'installation d'une phobie spécifique. Pour qu'un trouble persiste, plusieurs mécanismes peuvent intervenir : répétition de l'évitement, anticipation anxieuse, surestimation du danger et faible confrontation aux informations qui pourraient corriger la peur.

Avec le temps, la personne peut commencer à anticiper la menace avant même l'exposition réelle au stimulus phobique. Cette anticipation augmente la vigilance, renforce les sensations corporelles de peur et favorise encore davantage l'évitement.

La phobie peut ainsi être comprise comme un cercle de maintien : peur du stimulus, évitement, soulagement immédiat, absence de nouvel apprentissage, puis maintien ou renforcement de la peur.

Ce n'est donc pas seulement l'acquisition initiale de la peur qui compte, mais surtout les processus qui empêchent ensuite sa correction.

2. La dépression

La dépression ne correspond pas à une simple tristesse passagère ou à un « coup de blues ». Elle constitue un trouble de l'humeur caractérisé par une modification durable du fonctionnement émotionnel, cognitif, comportemental et somatique.

Selon le DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), l'épisode dépressif caractérisé associe pendant au moins deux semaines plusieurs symptômes, parmi lesquels une humeur dépressive et/ou une perte marquée d'intérêt ou de plaisir, accompagnées d'autres manifestations cognitives, comportementales ou somatiques.

Ces symptômes doivent représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur et provoquer une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La dépression est donc un syndrome clinique multidimensionnel : elle affecte à la fois l'humeur, la pensée, la motivation, le corps et les conduites.

-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 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

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

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.

LES GRANDES DIMENSIONS SYMPTOMATIQUES DE LA DÉPRESSION

LES GRANDES DIMENSIONS SYMPTOMATIQUES DE LA DÉPRESSION

La dépression se manifeste par une grande diversité de symptômes, qui ne se limitent pas à la tristesse. Elle affecte plusieurs registres du fonctionnement psychologique et corporel.
La dimension affective comprend l'humeur dépressive, la perte de plaisir ou anhédonie, l'anxiété, le sentiment de vide, la culpabilité et la diminution de l'estime de soi.
La dimension cognitive peut associer pessimisme, difficultés de concentration, indécision, ralentissement de la pensée, idées de dévalorisation et, dans les formes sévères, idées de mort ou pensées suicidaires.
La dimension somatique et psychomotrice peut inclure fatigue, troubles du sommeil, modification de l'appétit ou du poids, agitation ou ralentissement psychomoteur et diminution globale de l'énergie.
À retenir : la dépression est un syndrome multidimensionnel dont l'expression clinique peut varier fortement d'une personne à l'autre.

LES GRANDES DIMENSIONS SYMPTOMATIQUES DE LA DÉPRESSION

LES GRANDES DIMENSIONS SYMPTOMATIQUES DE LA DÉPRESSION

Deux personnes peuvent recevoir le même diagnostic de trouble dépressif caractérisé sans présenter exactement les mêmes symptômes.

Chez certaines personnes, dominent surtout la tristesse, la perte de plaisir et le ralentissement. Chez d'autres, on observe davantage d'anxiété, d'agitation, de troubles du sommeil, de fatigue ou de plaintes somatiques.

Le diagnostic de dépression désigne donc une configuration générale de symptômes, mais il existe une importante hétérogénéité clinique d'un patient à l'autre.

À retenir : même diagnostic ne signifie pas même tableau clinique.

Une diversité de symptômes mais des critères diagnostiques précis

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.

DÉPRESSION : QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

DÉPRESSION : QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La dépression constitue l'un des troubles mentaux les plus fréquents. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ 5,7 % des adultes dans le monde présentent actuellement une dépression, soit près de 332 millions de personnes(OMS, 2025).

En France, les données les plus récentes du Baromètre de Santé publique France 2024 indiquent que 15,6 % des adultes de 18 à 79 ans ont présenté un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (Santé publique France, 2025).

La prévalence est plus élevée chez les femmes, les jeunes adultes et les personnes en situation de précarité ou d'isolement social. Chez les 18–29 ans, elle atteint environ 22 % dans les données françaises récentes.

À retenir : la dépression est fréquente, socialement distribuée et constitue un enjeu majeur de santé publique.

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.

DÉPRESSION : QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

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.

DÉPRESSION ET RISQUE SUICIDAIRE

DÉPRESSION ET RISQUE SUICIDAIRE

La présence d'idées de mort ou d'idées suicidaires fait partie des symptômes possibles de l'épisode dépressif caractérisé. Elle constitue un élément clinique majeur qui doit toujours être exploré de manière spécifique.

Le risque suicidaire ne se déduit pas automatiquement de la seule présence d'une dépression. Il dépend de plusieurs éléments, notamment l'intensité des idées suicidaires, l'existence d'un projet, l'accès à des moyens létaux, les antécédents de tentative, l'impulsivité, les consommations de substances et le niveau d'isolement.

L'évaluation doit donc être directe, structurée et répétée dans le temps, en recherchant à la fois les facteurs de risque et les facteurs de protection.

À retenir : toute idée suicidaire doit être prise au sérieux, mais son évaluation nécessite d'apprécier le niveau de risque, le contexte et la temporalité.

DÉPRESSION : FACTEURS DE RISQUE ET VULNÉRABILITÉS

DÉPRESSION : FACTEURS DE RISQUE ET VULNÉRABILITÉS

La dépression ne résulte pas d'une cause unique. Elle apparaît généralement à partir d'une combinaison de facteurs de vulnérabilité et d'événements de vie. Les pertes, les séparations, les conflits, le chômage, certaines maladies chroniques ou les situations de stress prolongé peuvent augmenter le risque de survenue d'un épisode dépressif.

Les adversités précoces, notamment les violences, les négligences ou les expériences relationnelles très insécurisantes, sont également associées à une augmentation du risque dépressif ultérieur. Mais ces facteurs ne sont ni nécessaires ni suffisants : toutes les personnes exposées ne développent pas de dépression.

Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent donc dans le temps. La vulnérabilité individuelle peut être liée à une prédisposition génétique, à certains styles cognitifs, à des difficultés de régulation émotionnelle, mais aussi aux ressources sociales disponibles.

À retenir : en dépression, il faut penser en termes de risque, de vulnérabilité et de trajectoire plutôt qu'en termes de cause unique.

DÉPRESSION : VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE ET ENVIRONNEMENT

DÉPRESSION : VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE ET ENVIRONNEMENT

Les études familiales et de jumeaux montrent que la dépression comporte une composante héréditaire modérée. L'héritabilité du trouble dépressif caractérisé est généralement estimée autour de 35 à 40 % (Sullivan, Neale & Kendler, 2000).

Cette vulnérabilité génétique ne correspond pas à l'existence d'un « gène de la dépression ». La dépression repose sur une architecture polygénique, dans laquelle de très nombreux variants génétiques contribuent chacun faiblement au risque individuel.

L'expression de cette vulnérabilité dépend aussi des expériences de vie, du stress, des adversités précoces et du contexte social. Le risque dépressif résulte donc d'interactions complexes entre facteurs biologiques et environnementaux.

À retenir : la génétique modifie une probabilité de vulnérabilité, elle ne détermine pas à elle seule l'apparition d'une dépression.

DÉPRESSION : MODÈLES COGNITIFS ET PSYCHOLOGIQUES

DÉPRESSION : MODÈLES COGNITIFS ET PSYCHOLOGIQUES

Les modèles cognitifs de la dépression mettent l'accent sur la manière dont la personne interprète les événements, elle-même et son avenir. Beck a notamment proposé que certaines structures cognitives négatives puissent favoriser et maintenir les états dépressifs (Beck, 1967 ; Beck et al., 1979).

Dans cette perspective, la dépression peut être associée à des pensées automatiques négatives, à une attention préférentielle portée aux informations défavorables, à des interprétations pessimistes et à des croyances durables de dévalorisation, d'impuissance ou de désespoir.

Ces processus ne sont pas envisagés comme des causes uniques. Ils interagissent avec les événements de vie, les vulnérabilités individuelles et les expériences relationnelles pour contribuer à l'apparition ou au maintien de la symptomatologie dépressive.

À retenir : la dépression implique aussi une manière particulière de traiter l'information et de donner sens à son expérience.

DÉPRESSION : RUMINATION ET MAINTIEN DES SYMPTÔMES

DÉPRESSION : RUMINATION ET MAINTIEN DES SYMPTÔMES

La rumination désigne une tendance à penser de manière répétitive et prolongée aux causes, aux conséquences et à la signification de sa détresse, sans que cette activité mentale conduise nécessairement à une résolution du problème.

Dans la dépression, la rumination peut contribuer au maintien de l'humeur négative, renforcer le pessimisme, mobiliser les ressources attentionnelles et diminuer la capacité à s'engager dans des activités susceptibles d'améliorer l'humeur (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

La rumination constitue ainsi un exemple de processus transdiagnostique : elle n'est pas spécifique à la dépression et peut également intervenir dans certains troubles anxieux et d'autres formes de souffrance psychique.

À retenir : certains processus psychologiques contribuent moins à déclencher un trouble qu'à l'entretenir dans le temps.

DÉPRESSION : RETRAIT COMPORTEMENTAL ET PERTE DE RENFORCEMENT

DÉPRESSION : RETRAIT COMPORTEMENTAL ET PERTE DE RENFORCEMENT

Les modèles comportementaux de la dépression insistent sur la diminution des activités gratifiantes et des expériences susceptibles de produire du plaisir, du sentiment d'efficacité ou du lien social.

Lorsqu'une personne se retire progressivement de ses activités, de ses relations ou de ses responsabilités, elle réduit les occasions d'obtenir des renforcements positifs. Ce retrait peut alors entretenir la fatigue, l'anhédonie, le sentiment d'inefficacité et la perte de motivation.

Ce mécanisme contribue à expliquer pourquoi certaines prises en charge cherchent à favoriser une réactivation comportementale progressive, en aidant la personne à reprendre des activités significatives malgré la baisse initiale de motivation.

À retenir : moins la personne agit, moins elle rencontre d'occasions susceptibles d'améliorer son humeur, ce qui peut renforcer le cercle dépressif.

CE QU'IL FAUT RETENIR SUR LA DÉPRESSION

La dépression est un trouble multidimensionnel qui affecte l'humeur, la motivation, les cognitions, le comportement et le fonctionnement somatique. Son diagnostic repose sur un ensemble structuré de symptômes persistants associés à une souffrance ou à un retentissement fonctionnel significatif.

Elle présente une forte hétérogénéité clinique : deux personnes répondant aux mêmes critères diagnostiques peuvent présenter des profils symptomatiques, des trajectoires et des niveaux de sévérité très différents.

Son étiologie est multifactorielle. Les vulnérabilités génétiques, les événements de vie, les adversités précoces, les processus cognitifs, la rumination, le retrait comportemental et le contexte social peuvent interagir dans l'apparition et le maintien du trouble.

La compréhension contemporaine de la dépression conduit donc à articuler diagnostic, trajectoire, vulnérabilités et mécanismes de maintien, plutôt qu'à rechercher une cause unique.

À retenir : comprendre une dépression, ce n'est pas seulement identifier des symptômes, c'est comprendre comment ils s'organisent et se maintiennent chez une personne donnée.

3. Les troubles anxieux

TROUBLES ANXIEUX : DE QUOI PARLE-T-ON ?

L'anxiété est une réaction normale face à une menace réelle ou anticipée. Elle mobilise des réponses cognitives, émotionnelles, physiologiques et comportementales destinées à préparer l'organisme à faire face à un danger.

On parle de trouble anxieux lorsque cette réaction devient excessive, persistante ou difficile à contrôler, qu'elle survient dans des situations objectivement peu dangereuses ou qu'elle entraîne un retentissement significatif sur la vie quotidienne.

Les troubles anxieux ne constituent pas une entité unique. Ils regroupent plusieurs tableaux cliniques qui se distinguent par la nature de la menace redoutée, le type d'anticipation anxieuse et les conduites d'évitement associées.

À retenir : l'anxiété est normale ; elle devient pathologique lorsqu'elle est disproportionnée, persistante et handicapante.

PEUR, ANXIÉTÉ ET PANIQUE : TROIS PHÉNOMÈNES À DISTINGUER

La peur est une réponse émotionnelle à une menace immédiate ou imminente. Elle mobilise rapidement l'organisme et prépare à l'action.

L'anxiété correspond davantage à l'anticipation d'une menace future. Elle s'accompagne souvent de vigilance, de préoccupations, de tension et de conduites visant à prévenir ou éviter un danger possible.

La panique désigne une montée brutale de peur ou de malaise intense, accompagnée de manifestations physiques et cognitives importantes. Elle peut survenir de manière attendue, face à une situation redoutée, ou de manière inattendue.

Ces trois phénomènes appartiennent au registre normal de la réponse au danger. Ils deviennent psychopathologiques lorsqu'ils sont excessifs, persistants, récurrents ou associés à un retentissement fonctionnel important.

À retenir : la peur concerne surtout le danger présent, l'anxiété le danger anticipé, et la panique une activation aiguë et brutale du système de peur.

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

Le trouble panique se caractérise par la survenue récurrente d'attaques de panique, c'est-à-dire de montées brutales de peur ou de malaise intense qui atteignent rapidement leur maximum.

Lors d'une attaque, plusieurs symptômes peuvent apparaître : palpitations, accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements, sensation d'étouffement, douleur thoracique, étourdissements, frissons, bouffées de chaleur, nausées ou douleurs abdominales.

Ces symptômes peuvent être si intenses qu'ils donnent l'impression d'une catastrophe imminente, d'une perte de contrôle ou d'un problème médical grave, ce qui explique que certaines personnes consultent aux urgences.

Les attaques peuvent être attendues, lorsqu'elles surviennent face à une situation redoutée, ou inattendues, lorsqu'aucun déclencheur évident n'est identifié.

À retenir : le trouble panique ne se résume pas à une crise isolée ; il correspond à la répétition d'attaques de panique et à leurs conséquences sur le fonctionnement de la personne.

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.

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.

L’agoraphobie

L’agoraphobie correspond à une peur ou une anxiété importante dans des situations dont il serait difficile de s’échapperou dans lesquelles obtenir de l’aide pourrait être compliqué en cas de symptômes de panique ou d’autres manifestations invalidantes.
Les situations typiques comprennent les transports publics, les espaces ouverts, les espaces clos, les files d’attente, les foules ou le fait de se trouver seul à l’extérieur du domicile. Dans ces situations, la personne peut éviter activement, avoir besoin d’être accompagnée ou les supporter avec une anxiété intense.
L’évitement peut progressivement restreindre les déplacements et les activités, jusqu’à entraîner une perte importante d’autonomie.
À retenir : dans l’agoraphobie, la peur porte moins sur le lieu lui-même que sur la difficulté perçue à s’échapper ou à être aidé en cas de problème.

Le trouble d'anxiété sociale

Le trouble d’anxiété sociale se caractérise par une peur ou une anxiété marquée dans une ou plusieurs situations sociales où la personne est exposée au regard ou à l’évaluation d’autrui.

La personne craint d’agir d’une manière qui pourrait être jugée négativement, d’être humiliée, embarrassée, rejetée ou de laisser apparaître des signes visibles d’anxiété. Les situations redoutées peuvent concerner le fait de parler en public, rencontrer de nouvelles personnes, manger devant autrui ou participer à une interaction sociale.

Selon le DSM-5-TR, ces situations provoquent presque toujours de la peur ou de l’anxiété, sont évitées ou supportées avec une détresse intense, et cette peur est disproportionnée par rapport au risque réel et au contexte socioculturel.

Les symptômes sont persistants, généralement pendant six mois ou plus, et entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement.

À retenir : dans l’anxiété sociale, le cœur du trouble est la peur d’une évaluation négative par autrui.

Le TAG

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise par une anxiété et des préoccupations excessives, portant sur plusieurs domaines de la vie quotidienne, comme le travail, les études, la santé, les finances ou la famille.

Selon le DSM-5-TR, ces préoccupations sont présentes la plupart du temps pendant au moins six mois et sont difficiles à contrôler. Elles s'accompagnent fréquemment de tension, agitation intérieure, irritabilité, fatigue, difficultés de concentration, tensions musculaires ou troubles du sommeil.

Dans le TAG, la menace n'est pas limitée à un objet ou à une situation spécifique. L'anxiété tend au contraire à devenir diffuse, persistante et envahissante, avec une anticipation répétée de problèmes ou d'événements négatifs.

À retenir : le cœur du TAG est une inquiétude excessive, durable et difficile à contrôler, portant sur plusieurs domaines de la vie.

Le trouble d'anxiété de séparation

Le trouble d'anxiété de séparation se caractérise par une peur ou une anxiété excessive concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est fortement attaché.
Cette anxiété peut se manifester par une crainte persistante qu'un événement grave survienne à la figure d'attachement, une réticence à quitter le domicile, à aller à l'école ou au travail, à dormir seul ou loin de cette personne, ainsi que par des cauchemars ou des symptômes physiques lors des séparations.
Le trouble peut apparaître pendant l'enfance, mais il peut également persister ou débuter à l'âge adulte. Ce qui le distingue d'une anxiété de séparation normale est son intensité, sa durée et son retentissement sur le fonctionnement quotidien.
À retenir : la séparation devient pathologique lorsqu'elle déclenche une anxiété excessive, persistante et disproportionnée par rapport au contexte développemental.

L’anxiété chez l’enfant

Les troubles anxieux débutent fréquemment pendant l’enfance ou l’adolescence. Leur expression peut varier selon l’âge, le niveau de développement et les capacités de l’enfant à identifier et verbaliser ses émotions.

Chez les plus jeunes, l’anxiété peut se manifester par des plaintes somatiques, des refus scolaires, des comportements d’évitement, une irritabilité, des troubles du sommeil ou une dépendance accrue aux figures d’attachement.

Ces troubles peuvent avoir un retentissement important sur le développement, notamment sur les relations sociales, les apprentissages, l’autonomie et l’engagement dans les activités de la vie quotidienne.

À retenir : chez l’enfant, l’anxiété peut être moins verbalisée et davantage exprimée par le corps, les conduites et les évitements.

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.

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.

Les personnes souffrant de troubles anxieux présentent plus fréquemment des conduites addictives, notamment vis-à-vis du tabac et de l'alcool.

Une hypothèse souvent avancée est celle de l'auto-apaisement : certaines substances peuvent être utilisées pour diminuer temporairement la tension anxieuse, les sensations corporelles désagréables ou les difficultés de sommeil. Ce soulagement à court terme peut toutefois favoriser l'installation d'un usage problématique.

Cette association peut également refléter des mécanismes de vulnérabilité communs aux troubles anxieux et aux conduites addictives.

À retenir : utiliser une substance pour réduire l'anxiété peut soulager momentanément, mais contribuer à créer un second problème clinique.

TROUBLES ANXIEUX : QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les troubles anxieux figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Leur prévalence varie selon le trouble considéré, l'âge, le sexe, le contexte social et les méthodes d'évaluation utilisées.

En France, les données récentes du Baromètre de Santé publique France 2024 montrent que 6,3 % des adultes de 18 à 79 ans ont présenté un trouble anxieux généralisé au cours des douze derniers mois. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, avec respectivement 7,6 % contre 4,8 % (Santé publique France, 2025).

Les jeunes adultes, les personnes en situation de précarité ou d'isolement social sont particulièrement concernés. Près de 30 % des personnes présentant un TAG n'ont eu aucun recours aux soins en lien avec leur santé mentale au cours de l'année considérée.

À retenir : les troubles anxieux sont fréquents, souvent précoces et inégalement distribués dans la population.

HYPERVIGILANCE ET BIAIS ATTENTIONNELS

Dans les troubles anxieux, l'attention peut être orientée de manière préférentielle vers les signaux de menace. Ce phénomène est appelé biais attentionnel.

Les personnes anxieuses ont tendance à détecter plus rapidement certaines informations menaçantes ou à maintenir davantage leur attention sur elles. Une méta-analyse de 172 études a confirmé l'existence d'un biais attentionnel envers la menace dans différentes populations anxieuses (Bar-Haim et al., 2007).

Ce biais peut contribuer à maintenir un sentiment permanent de danger, car l'environnement est continuellement exploré à la recherche d'indices susceptibles de confirmer la menace.

Il ne s'agit cependant pas d'un mécanisme propre à un seul diagnostic. Les biais attentionnels constituent eux aussi des processus transdiagnostiques retrouvés dans plusieurs formes d'anxiété.

À retenir : ce à quoi nous prêtons attention influence aussi ce que nous percevons comme dangereux.

CE QU'IL FAUT RETENIR SUR LES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux regroupent plusieurs tableaux cliniques distincts, mais ils partagent un même noyau : une réponse de peur ou d'anxiété devenue excessive, persistante et coûteuse pour le fonctionnement.

Ils se différencient principalement par la nature de la menace redoutée : situation spécifique dans la phobie, peur de l'évaluation sociale dans l'anxiété sociale, inquiétude diffuse dans le TAG, séparation d'avec une figure d'attachement dans l'anxiété de séparation, ou survenue d'attaques dans le trouble panique.

Les mécanismes de maintien sont souvent proches : anticipation anxieuse, hypervigilance, évitement et stratégies de contrôle. Ces processus peuvent soulager à court terme tout en contribuant au maintien du trouble.

Les troubles anxieux apparaissent fréquemment tôt dans la vie, peuvent s'associer à la dépression ou à des conduites addictives, et leur évolution dépend à la fois de facteurs individuels, développementaux et contextuels.

À retenir : les diagnostics diffèrent, mais de nombreux mécanismes de vulnérabilité et de maintien sont partagés.

CE QU'IL FAUT RETENIR SUR LES MÉCANISMES ANXIEUX

Les troubles anxieux diffèrent par la nature de la menace redoutée, mais plusieurs mécanismes de maintien sont communs à différentes formes d'anxiété.

L'évitement réduit temporairement l'anxiété mais empêche souvent un nouvel apprentissage. L'hypervigilance oriente l'attention vers les signaux de menace. Les interprétations catastrophiques augmentent la perception de danger, tandis que les comportements de sécurité peuvent entretenir la croyance qu'une catastrophe aurait eu lieu sans ces précautions. L'intolérance à l'incertitude et les stratégies de contrôle excessif contribuent également à maintenir l'anxiété, notamment lorsque la personne cherche à éliminer toute possibilité d'imprévu.

À retenir : l'anxiété se maintient souvent moins par la menace elle-même que par les processus utilisés pour tenter de la contrôler.

SYNTHÈSE

Les phobies spécifiques, la dépression et les troubles anxieux illustrent trois manières différentes dont un fonctionnement psychologique peut devenir source de souffrance et de limitation.

Les phobies montrent le rôle des apprentissages, de l'évitement et des attentes de danger. La dépression met en évidence l'interaction entre vulnérabilités biologiques, événements de vie, processus cognitifs, rumination et retrait comportemental. Les troubles anxieux montrent comment l'anticipation, l'hypervigilance, l'intolérance à l'incertitude et les comportements de sécurité peuvent entretenir la symptomatologie.

Ces troubles sont distincts sur le plan diagnostique, mais ils partagent plusieurs mécanismes transdiagnostiques et présentent fréquemment des comorbidités.

À retenir : la psychopathologie contemporaine ne consiste pas seulement à identifier un diagnostic, mais à comprendre les mécanismes, les trajectoires et les facteurs qui maintiennent la souffrance chez une personne donnée.


MERCI
ASANTE
THANK YOU
GRAZIE
DANK JE
DANKON
KIITOS
MATONDO
MATUR NUWUN
MOCHCHAKKERAM
OBRIGADO
SALAMAT
TERMA KASIH
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
MERCI
ARIGATO
OBRIGADO
MAAKE
GRAZIE
CAM ON BAN
MATUR NUWUN
JUSPAXAR
SPASIBO
SALAMAT
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
DANK JE
GRAZIE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT