

carrefour  des psychothérapies

# Psychopathologie

Manuel à l'usage du médecin  
et du psychothérapeute

Michel DELBROUCK

Préfaces de Jean-Yves HAYEZ et de Nicole GUÉDENEY

Avant-propos de Guy POMERLEAU

Postface de Silla CONSOLI

2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée



de boeck



« La psychothérapie est fondamentalement une relation dialectique entre le médecin et le patient. C'est une confrontation entre deux ensembles psychiques, où tout savoir n'est qu'un outil. L'objectif est la transformation, une modification non prédéterminée, et à vrai dire indéterminable, dont le seul critère est la disparition de ce qui a le caractère de l'ego. Aucun effort du médecin ne peut forcer ce résultat. Le médecin peut tout au plus montrer une voie au patient, afin que celui-ci prenne une attitude qui consiste à opposer une résistance minimale à l'expérience déterminante. »

C. G. Jung, 1984.  
Cité par Paul Montangérand  
dans *La voix du cœur, chemin du thérapeute*.



Je tiens à remercier tout particulièrement  
Mon épouse pour sa compréhension, sa patience et sa tolérance devant la tâche à accomplir ;  
Mes nombreux étudiants des cours de psychopathologie de Paris, de Genève et de Bruxelles ;  
Médecins, psychologues cliniciens et psychothérapeutes  
avec qui j'ai affiné le contenu de cet ouvrage ;  
Madame Christine CLAIX-SIMONS, le Docteur Christine VANOVERBEKE  
et le Docteur Liliane THONE qui ont accepté de relire le manuscrit ;  
Le Professeur Suzann WOLFF,  
professeur de psychanalyse à l'Université catholique de Louvain (UCL),  
psychanalyste de l'Association Belge de Psychanalyse et docteur en philosophie,  
qui a bien voulu relire et corriger le chapitre 3 sur les bases psychogénétiques ;  
Le Docteur Jean-Marie MAES,  
psychiatre, chef du service de psychiatrie de l'hôpital Vincent Van Gogh de Charleroi  
(Université Libre de Bruxelles, ULB), qui a relu et corrigé les chapitres 12  
sur les états schizophréniques et 22 sur les thérapeutiques médicamenteuses ;  
Le Professeur Jean-Yves HAYEZ,  
psychiatre, docteur en psychologie, professeur ordinaire  
à la Faculté de médecine de l'Université Catholique de Louvain (UCL),  
past-chef de service de psychiatrie infanto-juvénile  
aux Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles,  
qui a bien voulu préfacier cet ouvrage ;  
Le Professeur Guy POMERLEAU,  
psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ),  
professeur titulaire de psychiatrie à l'Université Laval à Québec,  
qui a bien voulu écrire l'avant-propos de cet ouvrage ;  
Le Professeur Silla CONSOLI,  
psychiatre, professeur de psychiatrie à l'Université Paris V,  
Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de liaison,  
Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) de Paris,  
qui a bien voulu écrire la postface de cet ouvrage ;  
Le Docteur Nicole GUÉDENAY,  
docteur es sciences, pédopsychiatrie et praticien Hospitalier,  
département de Psychiatrie (Pr M. Corcos), Institut Mutualiste Montsouris,  
pour sa supervision du chapitre sur l'attachement ;  
Le Professeur Richard BOULÉ,  
professeur titulaire, directeur du département universitaire de médecine de famille  
de l'Université de Sherbrooke, à Sherbrooke, qui a bien voulu  
superviser la section consacrée aux médicaments psychotropes en vente au Canada ;  
Le Docteur Sidney GOURNEY,  
Président de l'École Parisienne de Gestalt, médecin et psychothérapeute  
à l'Institut Milton Erikson à Paris, qui a bien voulu  
superviser la section consacrée aux médicaments psychotropes en vente en France ;  
Monsieur Serge GINGER,  
psychologue clinicien, Gestalt-thérapeute, fondateur de l'École Parisienne de Gestalt,  
secrétaire général de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P),  
président de la Commission européenne d'harmonisation des formations  
de l'European Association for Psychotherapy (EAP)  
pour son article sur sa conception nosographique de la psychopathologie.



## Préface

Le manuel de psychopathologie créé et écrit par le Dr Delbrouck est un ouvrage surprenant à beaucoup de points de vue.

D'abord surprenant par sa rigueur, son exigence, la somme de savoir qu'il propose : le psychothérapeute Delbrouck n'aime pas les approximations. S'il nous rappelle, dès le premier chapitre, combien sont essentielles les qualités de cœur, la bienveillance, la capacité de s'ouvrir à l'autre, il nous dit aussi que nous n'avons pas le droit d'être des poètes-farceurs. Un arrière-plan d'informations consistantes sur la maladie mentale a aussi toute son importance.

Pour disposer d'un langage commun, certes, mais aussi, pour nous donner d'autres repères à partir de l'observation et l'écoute du patient et de ce qu'en dit son entourage. Posés avec prudence et susceptibles d'être remis en question, des diagnostics nous conduisent vers des *guidelines* précis. Et dans ces *guidelines*, le Dr Delbrouck a même sélectionné des attitudes thérapeutiques susceptibles d'être mieux adaptées à chaque pathologie différente : peu d'auteurs se sont risqués à oser ce que lui permet ainsi sa longue pratique, sans pour autant que le lecteur ne soit invité à transformer ces suggestions bien incarnées en recettes infaillibles.

Surprenant, le manuel l'est encore par l'érudition dont il témoigne, mais aussi, paradoxalement, par la volonté d'accessibilité qui l'inspire. Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement ; l'on peut être érudit sans être abscons ni hautain. Le lecteur est donc invité à un « tour du monde » des grands syndromes, très complets, mais en se sentant accueilli dans un texte qui n'est pas toujours loin d'être un dialogue avec lui : l'auteur propose sa science, mais l'on sent bien son désir de rendre service, et aussi qu'il existe du répondant dans le chef du lecteur.

Surprenant aussi par la créativité tranquille dont il témoigne. Bien sûr, le Dr Delbrouck n'invente pas des faits cliniques, qui sont de l'ordre de l'observable,

pas plus que des traitements, qui relèvent du savoir et de l'expérience commune. Mais il s'est donné paisiblement le droit de sortir des sentiers battus en matière de catégorisation et de classification diagnostiques. Sa mise en ordre s'inspire passablement du DSM, mais critique aussi ce dernier et s'en écarte à l'occasion pour des ajouts qui correspondent mieux à nos observations francophones.

Est-ce dire pour autant que l'on a à faire à une œuvre toute-puissante, qui ne supporterait ni la mise en question, ni l'existence d'erreurs, ni le manque ? Je ne le pense pas ; je suis persuadé que l'auteur serait ravi que l'on ouvre le dialogue avec lui à propos d'observations, de découvertes, de méthodes de prise en charge qui seraient différentes des siennes.

Enfin, l'idée d'une intégration bio-psycho-sociale est très chère au Dr Delbrouck. Elle s'exprime constamment dans sa pensée, dans la manière dont il se représente la santé et la pathologie. Il faut lui savoir gré de cet effort intellectuel qui cherche comment les Instances de l'être peuvent s'articuler, ou à tout le moins coexister, même si nous sommes encore bien loin de connaître les lois qui régissent leurs résonances, oppositions et interactions. Merci pour cette volonté de nous situer dans tout ce qui nous constitue.

Jean-Yves HAYEZ  
Psychiatre infanto-juvénile,  
Professeur ordinaire à l'Université catholique de Louvain,  
Past-chef de service de psychiatrie infanto-juvénile

## Préface au chapitre *Théorie de l'attachement*

C'est avec beaucoup de plaisir que j'ai accepté de préfacier la deuxième édition du *Manuel de Psychopathologie à l'usage du médecin et du psychothérapeute* du Dr Delbrouck. Sept ans après la première édition, le Dr Delbrouck ajoute un chapitre sur l'apport de la théorie de l'attachement à la relation médecin-malade et à la pratique psychothérapeutique. La théorie de l'attachement, comme le souligne l'auteur, est tellement concernée par la souffrance et la difficulté à savoir demander de l'aide, qu'elle ne peut qu'enrichir les pratiques de tout praticien au service de son patient. Depuis maintenant une quinzaine d'années, la théorie de l'attachement est de plus en plus appliquée à la pratique clinique, ce qui aurait fortement réjoui John Bowlby, si déçu dans les années 1980-1990 que les cliniciens ne s'approprient pas davantage sa théorie. Et Michel Delbrouck se l'est formidablement appropriée, témoignant de cette curiosité et de cette ouverture qui sont sa signature. L'ajout de ce chapitre traduit la diffusion récente de la théorie de l'attachement dans les milieux francophones en charge de la santé mentale, surtout auprès des professionnels de la petite enfance. Les cliniciens qui travaillent avec les adultes sont par contre beaucoup moins au courant de la théorie de l'attachement. C'est donc aussi un des mérites de ce chapitre que de mettre à leur disposition, un résumé particulièrement bien documenté et accessible de cette théorie.

Ce chapitre intègre en effet la perspective historique, la perspective actuelle et celle du futur avec une large part consacrée aux neurosciences. Le Dr Delbrouck dessine un chemin tranquille, rassurant mais déterminé que les psychothérapeutes parfois craintifs quant à l'importance croissante des sciences dites dures, dans le domaine de la santé mentale, peuvent emprunter en toute sécurité. Son chapitre est une preuve supplémentaire de l'apport des connaissances récentes sur l'importance des phénomènes interpersonnels. Plus la science avance dans la compréhension des phénomènes mentaux étudiés à leur niveau le plus biologique – que ce soit en terme de génétique, de circuits neuronaux

ou de processus cognitifs – plus les dimensions de la relation et des émotions apparaissent essentielles ; essentielles pour comprendre le développement, ses adaptations et ses avatars ; essentielle pour enrichir le soin car le changement ne peut se réaliser que dans la relation.

Les caractéristiques didactiques de l'ouvrage déjà soulignées par les Pr. Hayez et Consoli sont encore une fois évidentes : les schémas ou les tableaux sont clairs, originaux et évocateurs pour nos cerveaux maintenant formatés aux présentations PowerPoint ! L'organisation des connaissances, les résumés ou les récapitulatifs ont une dimension pédagogique à la fois rassurante et stimulante ! La théorie de l'attachement explique pourquoi explorer l'inconnu ou intégrer de nouvelles connaissances (ou approches) peut nous donner un sentiment de péril ou de menace. Elle explique comment *accommoder la nouveauté* signifie que nous nous confrontons au risque de la perte (d'anciennes idées, pratiques ou convictions) ou de l'inconnu. Pour vivre ce changement comme un défi et non pas comme une menace (comme l'écrivent Mikulincer et Shaver dans leur livre de 2007, sur l'attachement chez l'adulte), nous devons nous sentir en sécurité. Cette sécurité, chaque professionnel se l'est forgée tout au long de sa vie, dans les rencontres importantes avec des figures qui étaient ou sont devenues nos figures d'attachement ! Combien il est plus facile de changer quand ce changement est lié à une rencontre avec un mentor qu'on suivrait au bout du monde ! N'est-ce pas le propre des rencontres enthousiasmantes et de notre flexibilité en début de carrière ! Mais quand nous vieillissons, les choses deviennent souvent plus compliquées ! Comme le soulignait Bowlby dans son interview par Virginia Hunter, paru en 1991 dans la *Psychoanalytic Review*, l'acceptation de nouvelles connaissances ou de nouvelles théories qui peuvent remettre en cause les précédentes est beaucoup plus difficile. Bowlby disait ainsi : « Elles [les théories] sont très, très puissantes. La théorie que vous avez apprise, la théorie que vous appliquez, la théorie que vous enseignez devient tellement une part de vous-même que vous ne pouvez pas vous en éloigner, que vous ne pouvez pas penser autrement (p. 171, TDA) ». Cette maîtrise de nos outils théoriques, la reconnaissance académique qui en résulte contribuent aussi à un sentiment de sécurité, lié en partie à leur familiarité. Le chapitre sur l'attachement rédigé par Michel Delbrouck traduit son extraordinaire curiosité, sa capacité d'intégration et d'acceptation de nouvelles connaissances. L'auteur met ses qualités au service de l'objectif commun de son ouvrage, à la fois chaleureux, pragmatique et scientifique : faire avancer pas à pas le lecteur plus ou moins néophyte dans l'aventure de la théorie de l'attachement. Cette volonté d'intégration et de recherche de consensus pour les théories psychodynamiques rend la nouveauté moins abrupte ou moins dérangeante, car elle n'oblige pas le lecteur à remettre en cause – voire à abandonner – certaines croyances ou certitudes antérieures, ce qui facilite l'acceptation de la nouveauté. Le risque est de conduire à une sorte de consensus mou basé

sur l'analogie qui risque d'appauvrir la compréhension de ce qu'est vraiment la nouveauté de cette théorie. Le concept de pulsion d'attachement est l'exemple typique de ce risque. Avec lui, on perd l'intérêt de l'approche éthologique, systémique et évolutionniste de la théorie de l'attachement. C'est un petit bémol dans ce livre qui est comme une symphonie, la symphonie de l'intégration biopsychosociale. Intégrer les connaissances les plus récentes est ce qui caractérise la position humaniste en médecine et en psychothérapie. Chapeau bas Mr Delbrouck !

Nicole GUÉDENEY  
Praticien Hospitalier  
Département de Psychiatrie (Pr M. Corcos)  
Institut Mutualiste Montsouris



## Avant-propos

Traité de « psychiatrie » ou de « psychopathologie », le choix de Michel Delbrouck pour cette dernière dénomination traduit l'orientation qu'il a donnée à cet ouvrage. La notion de psychopathologie renvoie à l'étude des troubles mentaux dans leurs différentes dimensions biologique, psychologique et sociale. Sans négliger l'apport de la neurobiologie, l'accent est mis sur les aspects interpersonnels et intrapsychiques des différentes maladies de « l'esprit » et du cerveau que sont les troubles mentaux. Au cours des vingt dernières années, les nouvelles données de la neurobiologie ont eu un apport fondamental dans la compréhension des différents troubles mentaux, parfois au point d'avoir tendance à occulter l'apport des sciences humaines telles que la psychanalyse, la sociologie, la philosophie et l'anthropologie. Dans son livre, l'auteur donne une place significative à ces différents aspects.

Catherine consulte parce qu'elle a perdu goût à la vie, elle ne peut plus prendre plaisir dans quelque activité que ce soit, a de la difficulté à se concentrer, n'a plus d'appétit et ne dort que quatre à cinq heures par nuit. Elle est envahie par des idées suicidaires. Catherine avait cinq ans lorsque sa petite sœur Martine est née et quand sa maman a fait une dépression *post-partum* qui a duré plus d'un an et que l'état de celle-ci lui semblait bien fragile. Catherine a cessé de demander qu'on réponde à ses propres besoins et elle a mis toute son énergie à s'occuper de sa sœur. Sa principale préoccupation est devenue le bien-être de Francine : la bercer, lui chanter des chansons, la nourrir, deviner ses désirs, la protéger. Catherine est devenue la maman. Aujourd'hui, à 21 ans, elle ne reconnaît pas ses besoins ni ses propres goûts. Elle vit pour les autres, aime se dévouer, cherche toujours à faire plaisir. Bien qu'elle réussisse dans ses études, elle est dans une impasse. À 18 ans, l'âge où elle devait faire des choix, elle était paralysée, figée et a développé des symptômes d'anorexie dont elle s'est affranchie avec peine. Ceux-ci se sont estompés pour faire place depuis deux mois à des symptômes de dépression majeure. S'engager dans une vie

professionnelle, dans une vie amoureuse la paralysie. Elle ne vit plus, pleure tous les jours et pense à la mort.

Pour la dépression, on s'empressera de prescrire un inhibiteur de la recapture de la sérotonine avec un succès probable. Mais qu'en est-il de Catherine, qu'en est-il de sa vulnérabilité, qu'en est-il de son mode de vie, qu'en est-il de ses relations interpersonnelles, de ses difficultés d'adaptation qui se sont traduites par un épisode d'anorexie et quel est le rôle du soignant face à ces aspects ? Catherine souffre dans sa biologie (neurotransmetteurs) et souffre dans son esprit (sacrifice de soi, frustration, sentiment d'impuissance, colère retournée contre elle-même). La connaissance de la nosologie psychiatrique permettra au clinicien de faire un diagnostic qui s'appuie sur des critères précis (DSM-IV) et de choisir la bonne médication. La connaissance de la personne lui permettra d'identifier les émotions et les mécanismes de défense en cause et d'établir une relation de confiance au cours de laquelle ils seront explorés.

Au-delà des descriptions sémiologiques des différents troubles mentaux, le patient ne peut être réduit à un simple diagnostic. La personne qui souffre d'une dépression ou d'une psychose n'est pas qu'un psychotique ou un déprimé, il s'agit d'une personne souffrante avant tout. Pour chacune, il importe de connaître à la fois ses vulnérabilités, qu'elles soient de nature biologique, héréditaire ou psychologique, l'histoire de son développement psychoaffectif, son mode relationnel, son soutien familial et social, ses mécanismes d'adaptation. Pour le traitement de ces personnes souffrant d'une psychopathologie, les psychotropes ont certes une place majeure mais leur utilisation doit s'inscrire dans une relation thérapeutique qui s'appuie pour le médecin sur la connaissance de l'histoire et des différents facteurs en jeu dans l'apparition ou le maintien de la maladie. Michael Balint nous a sensibilisés au rôle du médecin comme médicament, probablement le plus utilisé de tous alors qu'on n'en connaît ni le mécanisme d'action, ni la posologie, ni les effets secondaires. Savoir utiliser sa personne comme médicament est une des bases de la relation thérapeutique lorsqu'on traite des personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique. C'est l'interaction entre les approches psychothérapeutiques – qu'elles soient psychodynamique, cognitivo-comportementale, familiale, systémique – et les approches biologiques qui permet à la fois une meilleure investigation et un meilleur traitement. Dans chaque maladie, on retrouvera d'un côté l'hérédité et les neurotransmetteurs et de l'autre les conflits et les mécanismes de défense, tout ceci évoluant dans un contexte familial et social donné. C'est le rôle du soignant d'intégrer ces différentes approches qui en fait sont complémentaires. C'est précisément à cette approche holistique de la maladie et de la personne qui en souffre que Michel Delbrouck nous convie, s'intéressant autant à la description des maladies mentales telles qu'on les retrouve dans les différentes classifications qu'aux influences psychosociales qui favorisent leur apparition ou leur maintien.

Le lecteur sera à la fois sensibilisé à la classification du *Diagnostic and Statistical Manual* de l'American Psychiatric Association, mais aussi à des classifications qui ont cours en Europe et qui sont moins utilisées sur le continent nord-américain, ce qui est une source d'enrichissement. Toutes les maladies sont traitées dans leurs aspects étiologiques, sémiologiques, pronostiques et thérapeutiques. La présence d'un glossaire de définitions et d'une bibliographie pertinente aux sujets abordés dans chaque chapitre est un élément qui favorise la compréhension du texte et la recherche d'informations plus approfondies. On retrouvera aussi pour chaque pathologie un projet thérapeutique qui porte à la fois sur les aspects biologiques et psychothérapeutiques.

Que l'auteur soit un médecin généraliste et un psychothérapeute d'expérience assure une vision des différentes psychopathologies plus spécifique et plus accessible au médecin non-psychiatre et au psychothérapeute. Ses trente années de pratique de la médecine et vingt années d'exercice de la psychothérapie, son expérience d'enseignant auprès des médecins sur les aspects relationnels de la pratique médicale sont des atouts qui lui ont permis de traiter des maladies mentales de façon globale et d'introduire avec clarté des concepts parfois complexes mais essentiels à une compréhension de celles-ci. Le fait que ce livre soit le travail d'un seul et même auteur contrairement aux volumes qui sont l'œuvre de plusieurs, donne une cohérence à l'ensemble et une unité de pensée qui en favorise la compréhension.

Michel Delbrouck a certainement rencontré son objectif, soit celui d'informer les médecins non-psychiatres et les psychothérapeutes issus de différentes écoles au sujet des notions de base relatives aux différentes psychopathologies auxquelles les uns et les autres sont confrontés au cours de leur pratique quotidienne. Chacun y trouvera une source enrichissante de connaissances qu'il pourra intégrer à sa pratique.

Guy POMERLEAU md  
FRCPC *Fellow Royal College of Physician Canada*,  
Centre Hospitalier Universitaire de Québec,  
Professeur titulaire de psychiatrie,  
Université Laval, Québec



# Sommaire

<b>Préface</b>		<b>IX</b>
<b>Préface au chapitre <i>Théorie de l'attachement</i></b>		<b>XI</b>
<b>Avant-propos</b>		<b>XV</b>
<b>Sommaire</b>		<b>XVIII</b>
<b>Liste des abréviations</b>		<b>XXI</b>
Chapitre 1	<b>La psychopathologie</b>	<b>1</b>
Chapitre 2	<b>Bases neuro-biophysologiques</b>	<b>13</b>
Chapitre 3	<b>Bases psychogénétiques</b>	<b>45</b>
Chapitre 4	<b>Théorie de l'attachement</b>	<b>129</b>
Chapitre 5	<b>Nosologies</b>	<b>189</b>
Chapitre 6	<b>Syndromes somatiques fonctionnels</b>	<b>207</b>
Chapitre 7	<b>Troubles de la personnalité</b>	<b>249</b>
Chapitre 8	<b>Troubles anxieux</b>	<b>257</b>
Chapitre 9	<b>L'hystérie</b>	<b>307</b>

Chapitre 10	Les états limites	327
Chapitre 11	La paranoïa	379
Chapitre 12	Personnalités dépendantes et évitantes	399
Chapitre 13	Troubles psychotiques ou schizophréniques	411
Chapitre 14	Troubles de l'humeur	455
Chapitre 15	Troubles somatoformes et dissociatifs	531
Chapitre 16	Troubles du comportement alimentaire	555
Chapitre 17	Troubles du sommeil	599
Chapitre 18	Troubles de l'identité et du comportement sexuel	629
Chapitre 19	Troubles liés à une dépendance	701
Chapitre 20	Troubles du contrôle des impulsions	749
Chapitre 21	Troubles factices et autres syndromes	765
Chapitre 22	Démences et retard mental	787
Chapitre 23	Thérapeutiques médicamenteuses	801
Chapitre 24	Droits et devoirs	863
Postface		869
Glossaire		871
Bibliographie générale		899
Webographie		937
Liste d'associations et d'adresses		957
Index des auteurs		959
Index des notions		965
Tableaux récapitulatifs		985
Table des matières		1019

## Liste des abréviations

AA	Acide Aminé
Ach	Acétyl-Choline
ACT	Acceptance and Commitment-based Therapy
AD	Antidépresseurs
AD	Adrénaline
ADHD TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité
AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AM	Anorexie mentale
Amp.	Ampoule
APA	American Psychiatric Academy
AP	Anti-psychotique
APO	Analyse Psycho-Organique
ASD	Autism Spectrum Disorders
AT	Analyse Transactionnelle
ATP	Adénosine Triphosphate
AVC	Accident vasculaire cérébral
[B]	Belgique
BDB	Body Dismorphic Disorder
BDNF	Brain Derived Neurotrophic Factor
BL	Border Line
BN	Boulimie nerveuse
[CA]	Canada
Cd	Cadmium
CI	Contre-indication
CMV	Cyto Mégalo Virus

CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CPK	Créatine Phospho Kinase
CRF	Corticotropin Releasing Factor
D	Dépression majeure ou état dépressif majeur
DALY	Disability-Adjusted Life Years
dép.	dépression
DPP	Dépression Post-Partum
DSM	Diagnostic and Statistic Manual (of Mental Disorders)
(d)	Dépression mineure
EAP	European Association for Psychotherapy
ECT	Électroconvulsicothérapie
EEG	Électroencéphalogramme
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPG	École Parisienne de Gestalt-Psychothérapie
ESPT	État de Stress Post-Traumatique
GABA	Acide Gamma AminoButyrique
GAD	<i>Generalized Anxiety Disorder</i> – Trouble de l'Anxiété Généralisée
GHB	Acide Gamma aminoButyrique
GT	Gestalt-thérapie
Hg	Mercurure
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IFTS	Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants
IRM	Imagerie Résonance Magnétique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
Li	Lithium
LSD	Lysergic acid diethylamide
M	Épisode Maniaque
(m)	Épisode hypomaniaque
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy
MDMA	Ecstasy ou méthyllènedioxyméthamphétamine ou XTC
MDQ	Mood Disorder Questionnaire
Mn	Manganèse
MNI	Mononucléose Infectieuse
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MT	Médecin Traitant
NA	Noradrénaline
Néo	Néoplasme ou cancer

NGF	Nerve Growth Factor
NO	Monoxyde d'azote
NT	Neurotransmetteurs
Pb	Plomb
PMD	Psychose Maniaco-Dépressive
p. e.	par exemple
p.j.	par jour
PPCn	Pression Positive Continue par voie nasale
PNL	Programmation Neuro-Linguistique
POS	Psycho Organic Syndrome
PPP	Psychose Post-Partum
PPB	Post-Partum Blues
PTSD	Post traumatic Stress Disorder
QI	Quotient Intellectuel
REM	Rapid Eyes Movements
RMN	Résonance Magnétique Nucléaire
RV	Rendez-vous
SAS ou SAOS	Syndrome d'apnées obstructives
SCA	Syndrome d'achat compulsif
sem.	semaine
SFC	Syndrome de Fatigue Chronique
SGA	Syndrome Général d'adaptation au Stress ou stress
SN	Système Nerveux
SNA	Système Nerveux Autonome
SNC	Système Nerveux Central
SNP	Système Nerveux Périphérique
SP	Sommeil Paradoxal
TBP	Troubles Bipolaires
TED	Troubles Envahissants du Développement
TEP	Tomographie par Émission de Positons ou Pet Scan
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TDI	Trouble Dissociatif de l'Identité ou personnalité multiple
THC ou D9THC	Delta Tétrahydrocannabinol ou cannabis
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
TPA	Trouble Primaire de l'Anxiété
trt	traitement

TS	Tentative de Suicide
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
TYR	Tyrosine
VIP	Vasoactive Intestinal Peptide

# Chapitre 1

## La psychopathologie

« On peut considérer que toute situation obscure (toute maladie psychique) dans laquelle on tombe est l'invite à une initiation, car elle nous plonge dans un lieu qui nous est propre et dont nous devons apprendre à sortir. »

M.-L. von Franz (disciple de Jung)

### 1 RÉFLEXIONS À PROPOS DE LA SECONDE ÉDITION

Destiné au médecin non-psychiatre et au psychothérapeute non-psychanalyste, cet ouvrage de référence est un outil précieux pour le clinicien francophone français, canadien, suisse ou belge. Élaboré pour aider le praticien de terrain à s'y retrouver dans le dédale complexe des souffrances de l'esprit et du corps, il est rédigé par un clinicien, à la fois médecin et psychothérapeute. Les *apports sociologiques, philosophiques, psychanalytiques* viennent nécessairement compléter les *apports neurobiologiques et physiologiques* et réaliser ainsi une approche holistique de la personne. L'auteur<sup>1</sup> aborde diverses questions essentielles rencontrées au quotidien tant par le médecin que par le psychothérapeute.

---

1. Médecin, psychothérapeute, psychanalyste, enseignant de la psychopathologie, formateur, past-président de la Société Balint Belge, président de la Société Belge de Gestalt-thérapie, directeur de l'Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants IFTS ([www.ifts.be](http://www.ifts.be)), membre affilié de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin (Genève), maître de stage en médecine aux Universités de Bruxelles, Louvain et Liège.

Dans cette nouvelle édition, le lecteur trouvera un chapitre consacré à la **théorie et aux troubles de l'attachement**. L'auteur propose en outre une certaine **relecture de la psychopathologie** au travers des **modèles actuels de compréhension de l'intersubjectivité**. Les principaux troubles mentaux développés dans la première édition sont complétés et mis à jour, et notamment les troubles anxieux et de l'humeur, les troubles schizophréniques, les états limites (borderlines, narcissiques, pervers narcissiques), les divers autres troubles de la personnalité, la paranoïa, l'hystérie, les TOC, les addictions aux produits et les addictions sans drogue (cyberdépendances, sexe, jeu). Ces troubles pourraient être redéfinis comme l'expression de troubles de l'intersubjectivité à différents moments du développement psychogénétique. **Les découvertes en neurobiologie et en sciences cognitives** viennent éclairer, compléter, corriger, infirmer ou confirmer les hypothèses psychanalytiques classiques. La place donnée à la **psychanalyse de la relation d'objet** et à la **théorie de l'attachement** conjuguées aux découvertes des **neurosciences** font la trame de cet ouvrage. Un chapitre est consacré aux médications psychotropes en France, Canada et Belgique (formes, dosages, posologies). Il est complété par une **liste alphabétique exhaustive des médications psychotropes** destinée aux psychothérapeutes non-médecins dans l'objectif, au travers du type de substance prescrite de percevoir les problématiques en jeu. Dans cet ouvrage très complet, l'auteur envisage également les troubles du comportement alimentaire, du sommeil, du contrôle des impulsions, de l'attention/hyperactivité, les troubles somatoformes, dissociatifs et factices, de même que divers autres syndromes (StocKholm, psycho-organique, Gilles de la Tourette, Peter Pan, *locked-in syndrome*, etc.) ainsi que les démences et le retard mental.

Un glossaire de définitions avec renvois aux chapitres concernés, des renvois multiples entre chapitres, une bibliographie à la fin de chaque chapitre, une bibliographie générale ainsi que des index des auteurs et des notions aideront le lecteur à trouver rapidement l'information dont il a besoin. Chaque thème est étudié du point de vue étiopathogénique, symptomatologique, diagnostique et thérapeutique.

Depuis de nombreuses années, l'auteur enseigne la psychopathologie à des médecins et des psychothérapeutes à Paris<sup>2</sup>, Genève et Bruxelles. Sa fonction de Maître de stage intra- et post-universitaire, la supervision de médecins et de psychothérapeutes, l'animation de groupes sur la gestion du transfert et du contre-transfert et l'interaction avec les thérapeutes et les élèves thérapeutes ont fait émerger la nécessité et l'envie chez l'auteur de mettre à leur disposition un outil de référence pour les multiples questions rencontrées dans leur pratique. Après trente-huit ans d'exercice en médecine de première ligne et

---

2. EPG : École Parisienne de Gestalt-Psychothérapie (Paris, Genève, Bruxelles) ; IFTS : Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants (Bruxelles).

vingt-cinq ans d'exercice de psychothérapie<sup>3</sup>, l'auteur a toujours travaillé en séparant ses deux fonctions, médecin et psychothérapeute.

Parler de psychopathologie représente un danger de catégorisation et d'enfermement du patient. L'ouverture du cœur reste indispensable mais une forme de langage clair nous apparaît indispensable entre professionnels. Un devoir de compétence nous oblige à explorer les rouages de l'être humain et un devoir d'humanité nous recommande de placer ces concepts indispensables en toile de fond, alors que le patient est devant nous et reste au centre du débat.

Une des « missions » de cet ouvrage serait peut-être de créer un pont entre ces deux aspects de la médecine et de la psychologie au sens large du terme. Il s'agit de donner aux cliniciens et aux thérapeutes une notion des pistes importantes à connaître et à reconnaître en situation clinique, à partir des découvertes des auteurs connus et des recherches récentes. Le clinicien sera interpellé par la dimension organique, anthropologique, éthologique, environnementale mais aussi culturelle, philosophique et spirituelle.

La déformation du médecin lui fait parler du « patient » et pas du client qui pourrait lui évoquer un aspect mercantile. Pour le psychothérapeute, parler du patient risquerait d'inférioriser la personne et de la maintenir dans un état de dépendance. Ces deux précautions éthiques demeurent d'actualité, la bonne

distance restant un outil majeur dans toute relation thérapeutique qu'elle soit médicale ou psychothérapeutique. Pour la cohérence du propos, l'auteur, médecin, a décidé d'employer le terme **patient**.



Jérôme Bosch

*L'extraction de la pierre de folie*

Le cartésianisme a séparé corps et esprit et nous en sommes tous héritiers et tributaires. En caricaturant, pour le médecin, le symptôme physique présenté par l'hystérique devenait suspect de mythomanie et, pour le psychothérapeute, le cancer du sein manifestait un conflit intrapsychique non résolu. Les deux positions extrêmes sont dangereuses et conduisent à l'impasse par non-respect et manque de connaissance de nos modes de fonctionnement. La pathologie ne serait-elle pas une manière pour nous humains d'exprimer notre mal d'être, une tentative, pour un

3. Formé et Membre affilié de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin (Genève).

temps parfois prolongé, de le révéler à l'Autre n'ayant pas d'autres moyens « économiques » de le faire ?

Comprendre que présenter par exemple un ulcère d'estomac ou un trouble obsessionnel compulsif pourrait être similaire, sachant qu'il y a une étroite conjonction entre le neurobiologique, l'intrapsychique et le relationnel, et non une contradiction ou une opposition, permettrait d'éviter intolérance et obscurantisme. Les aspects mythologiques, symboliques peuvent venir nourrir notre pensée, notre intellect. L'approche comportementale vient soutenir et étayer les apports psychanalytiques et neurobiologiques. Les regards sociologiques, philosophiques et psychodynamiques complètent les apports des neurosciences en globalisant la personne.

Cet ouvrage ne développera délibérément pas dans les détails les aspects purement méthodologiques de la psychothérapie. Le propos se limitera à la psychopathologie avec le rappel de ses fondements neuro-bio-psycho-socio-psychanalytiques. L'aspect dynamique et l'évolution constante des découvertes de chaque science doivent susciter l'ouverture aux progrès des autres disciplines et la **constante interaction entre toutes ces approches**. Ce souhait pourrait rester un vœu pieux mais l'évolution de la société et des sciences ne nous permet pas de le concevoir autrement.

Analogie, complémentarité et congruence sont-elles possibles entre d'une part les neurosciences et d'autre part la psychanalyse freudienne, la psychanalyse de la relation d'objet, la théorie de l'attachement, la psychiatrie infantile et les théories humanistes comme la Gestalt, l'Analyse Transactionnelle, la Bioénergie et les approches psychocorporelles ?

Il y a une quinzaine d'années, prévalait un scientisme opposé à la conception psychanalytique, qui voulait expliquer tout le psychisme à partir de la chimie du cerveau et des neurotransmetteurs. Aujourd'hui, il y a un consensus, au moins parmi les personnes éclairées, pour reconnaître que l'être humain est un objet complexe, constitué au moins autant par son milieu culturel et langagier, par son environnement social et familial, que par son substrat organique.

Cette position suscite de nouvelles questions épistémologiques. Faudrait-il créer une nouvelle discipline comme la neuropsychanalyse qui pourrait prendre à son compte le double éclairage ? Ou plutôt, *a contrario*, une coopération entre plusieurs niveaux et domaines de recherche et de thérapeutique qui serait plus appropriée où chacun et chacune garderait ses spécificités et ses compétences propres tout en apprenant à collaborer et à s'intéresser aux découvertes et à la pensée de l'autre ? Car il persiste un danger de dilution à vouloir tout amalgamer.

Allier le subjectif et l'objectif, allier les conceptions de l'ancien continent avec celles du Nouveau Monde anglo-saxon via le DSM, et non pas l'abrogation totale et définitive d'un vécu intrapsychique, d'une réflexion philosophique et

# Table des matières

Préface	IX
Préface au chapitre <i>Théorie de l'attachement</i>	XI
Avant-propos	XV
Sommaire	XIX
Liste des abréviations	XXI
<b>CHAPITRE 1 La psychopathologie</b>	<b>1</b>
1. RÉFLEXIONS À PROPOS DE LA SECONDE ÉDITION	1
1.1. Revisiter la psychopathologie	7
2. MODE D'UTILISATION DU MANUEL	9
2.1. Concepts ou principes	9
2.2. Contenu, forme et utilisation	9
2.3. Types de classifications utilisées	10
3. OUVRAGES DE RÉFÉRENCE	11
<b>CHAPITRE 2 Bases neurobiologiques</b>	<b>13</b>
1. EMBRYOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX	13
1.1. Introduction	13
1.2. Embryogenèse du système nerveux central	13
2. ORGANISATION DU SYSTÈME NERVEUX	16
2.1. Le système nerveux SNC & SNP	16
2.2. Les neurones	18
2.2.1. Structure du neurone	18
2.2.2. Neuroplasticité ou plasticité neuronale	20
2.2.3. Transmission synaptique	21
<i>Mécanismes de la transmission synaptique</i>	21
<i>Schéma de la transmission synaptique</i>	22
<i>Métabolisme de la transmission synaptique</i>	23
<i>Transports axonaux</i>	24

2.3. La névroglie ou la glie	24
2.4. Neurones miroirs	27
3. STRUCTURE DU CERVEAU	28
3.1. Structure de l'encéphale ou cerveau antérieur	28
3.2. Structure externe du cerveau et fonctions	29
3.2.1. Hémisphères cérébraux	29
3.2.2. Diencephale	30
3.2.3. Tronc cérébral	31
3.2.4. Cervelet	31
3.2.5. Moelle épinière	31
3.3. Structure interne du cerveau	32
3.3.1. Système limbique (cerveau émotionnel)	33
3.3.2. Les trois sous-cerveaux	34
4. LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME	34
4.1. Description	34
4.2. Les enjeux pathologiques et thérapeutiques	37
5. LES NEUROTRANSMETTEURS	37
5.1. Caractéristiques des neurotransmetteurs NT	37
5.2. Amines ou neurotransmetteurs de petite taille	38
5.2.1. Sérotonine	38
5.2.2. Adrénaline	39
5.2.3. Noradrénaline	39
5.2.4. Dopamine	40
5.2.5. GABA (pour acide gamma-aminobutyrique)	40
5.2.6. Acétylcholine	41
5.2.7. Glutamate	41
5.3. Neuropeptides	41
5.4. Neurotransmetteurs type gaz soluble	42
6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LE CERVEAU	42
Références Internet	43
CD-Roms	44
Adresses utiles	44
<b>CHAPITRE 3 Bases psychogénétiques</b>	<b>45</b>
1. DÉVELOPPEMENT PSYCHO-GÉNÉTIQUE OU PSYCHOGENÈSE	47
1.1. Développement neurophysiologique de l'enfant	47
1.2. Développement psychoaffectif de l'enfant	51
1.2.1. Stade utérin et pré-objectal	55
1.2.2. Position adhésive (01 et 02 mois)	56
<i>Mécanismes défensifs primitifs</i>	57
1.2.3. Stade oral (0 à 8 mois)	60
<i>Stade oral primitif ou stade narcissique primaire anaclitique :</i>	
<i>succion (0 à 6 mois)</i>	60

<i>Stade oral tardif ou stade sadique oral :     morsure (6 à 12 mois)</i>	60
1.2.4. Stade sadique anal (entre 14 mois et 3 ans)	62
<i>Réflexions sur l'analité</i>	63
1.2.5. Stade phallique ou génital (de 3 à 5-6 ans)	64
<i>Complexe de castration</i>	64
<i>Complexe d'Œdipe</i>	64
1.2.6. Période de latence (de 7-9 ans à 12 ans)	66
1.2.7. Puberté	67
1.3. Schéma de la psychogenèse	67
2. CONCEPTS PSYCHANALYTIQUES	67
2.1. Les instances du Moi	70
2.1.1. Les topiques de Freud (1856-1939)	70
<i>Topique I</i>	70
<i>Topique II</i>	71
2.2. Le masochisme	73
2.2.1. Le masochisme érogène primaire	74
2.2.2. Le masochisme féminin	74
2.2.3. Le masochisme moral	74
2.3. Le défaut fondamental	75
2.3.1. Théories du Dr Michaël BALINT	76
<i>Niveau 3 ou zone du conflit œdipien</i>	76
<i>Niveau 2 ou zone du défaut fondamental</i>	77
<i>Niveau 1 ou zone de la création</i>	79
2.3.2. La régression et l'enfant dans le patient	80
3. NARCISSISME PRIMAIRE ET SECONDAIRE	82
3.1. Narcissisme primaire	83
3.2. Narcissisme secondaire	84
3.3. Enjeux thérapeutiques du narcissisme	85
4. LÉGENDE D'ŒDIPE ET COMPLEXE D'ŒDIPE	86
4.1. Le mythe d'Œdipe, les mythes thébains, la généalogie	86
4.1.1. Origine de la légende d'Œdipe	86
4.1.2. La légende d'Œdipe	87
4.2. Le complexe d'Œdipe	91
5. LE TRANSFERT ET LE CONTRE-TRANSFERT	91
5.1. Le transfert	91
5.2. Le contre-transfert	93
5.3. Contre-transfert pro-actif et réactif	94
5.4. Situations de transfert particulières	95
5.4.1. Le transfert chez les kleinien et post-kleinien...	96
5.4.2. Le transfert revisité par les théoriciens de l'attachement...	98
6. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DU MOI	98
6.1. Fonction des mécanismes de défense du Moi	98

6.2. Classification par lignée	99
6.3. Classification par ordre alphabétique	101
6.3.1. Annulation	101
6.3.2. Clivage	101
6.3.3. Compensation	102
6.3.4. Confluence ou fusion	102
6.3.5. Contre-investissement	102
6.3.6. Dédouement du Moi	102
6.3.7. Dénégation	103
6.3.8. Déni	103
6.3.9. Déplacement	104
6.3.10. Désensibilisation	104
6.3.11. Déviation, déflexion	105
6.3.12. Dévalorisation	105
6.3.13. Fixation	105
6.3.14. Formation réactionnelle	105
6.3.15. Idéalisation primitive	106
6.3.16. Identification adhésive	106
6.3.17. Identification projective	107
6.3.18. Identification introjective	109
6.3.19. Intellectualisation	110
6.3.20. Introjection	110
6.3.21. Isolation	110
6.3.22. Projection	111
6.3.23. Rationalisation	112
6.3.24. Refoulement	112
6.3.25. Régression	113
6.3.26. Rétroflexion	113
6.3.27. Retournement sur soi	114
6.3.28. Sublimation	114
7. LA CASTRATION SELON FRANÇOISE DOLTO	114
7.1. La castration ombilicale	115
7.2. La castration orale	116
7.3. La castration uréthro-anale	116
7.4. La castration primaire	116
7.5. La castration génitale œdipienne phallique	117
8. LES APPORTS LACANIENS	117
9. LES APPORTS JUNGIENS	118
10. LES APPORTS KLEINIENS ET POST-KLEINIENS	119
10.1. Mélanie Klein (1832-1960)	119
10.2. Paula Heimann (1899-1982)	120
10.3. Hanna Segal (1918-2011)	121
10.4. Donald Woods Winnicott (1896-1971)	121
10.5. Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979)	121

10.6. Michael Balint (1896-1970)	122
10.7. Harold Searles (1918-?)	123
10.8. Donald Meltzer (1922-2004)	123
10.9. Didier Anzieu (1923-1999)	124
11. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA PSYCHOGENÈSE	125
Liens	127
<b>CHAPITRE 4 Théories de l'attachement</b>	<b>129</b>
1. L'ATTACHEMENT, CONCEPTS	129
1.1. Historique	129
1.2. Définition de l'attachement	133
1.2.1. Le système motivationnel d'attachement	134
<i>Les Modèles Internes Opérants (MIO)</i>	134
<i>Les Types d'attachement</i>	135
<i>Les systèmes motivationnels</i>	137
1.2.2. Le système motivationnel <i>caregiving</i>	137
1.2.3. Transmission transgénérationnelle	139
1.2.4. Le cycle de l'attachement	143
1.3. Les stades de l'attachement de l'enfant aux parents	145
1.3.1. 0-3 mois : Le pré-attachement initial	147
1.3.2. 3-6 mois : L'émergence de l'attachement	147
1.3.3. 6-24 mois : L'attachement proprement dit	148
1.3.4. 24 mois : Les attachements multiples et la formation d'une association	148
2. LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT : CONCEPTS THÉORIQUES	149
2.1. Les troubles de l'attachement	149
2.1.1. Concepts de base des théoriciens des troubles de l'attachement	149
<i>Constats cliniques</i>	149
2.1.2. Schéma récapitulatif des types d'attachement	150
2.2. Attachements qualitatifs et pathologiques	151
2.2.1. Attachement qualitatif ou secure	151
2.2.2. Attachements pathologiques	151
2.3. Phases de réaction en cas de perte de la figure maternelle	151
2.3.1. La première phase est la protestation	151
2.3.2. La seconde phase, le désespoir	151
2.3.3. La troisième phase consiste au détachement	152
2.4. Poser un diagnostic de trouble de l'attachement chez l'enfant	152
2.4.1. Symptômes des troubles de l'attachement	152
2.4.2. Facteurs suggérant la présence de troubles de l'attachement	153
2.4.3. Facteurs interrompant l'attachement	154

3. NEUROBIOLOGIE DE L'ATTACHEMENT	154
3.1. Bases scientifiques du processus d'attachement	154
3.1.1. Développement de la capacité de mentalisation	157
<i>Capacité de mentalisation</i>	157
<i>Régulation des affects</i>	159
3.2. Systèmes de mémoire	159
3.2.1. Mémoire implicite	159
3.2.2. Mémoire explicite	160
3.2.3. Mémoire sémantique ou procédurale et mémoire autobiographique	162
4. PISTES THÉRAPEUTIQUES DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	164
4.1. Repenser les notions de psychogenèse	164
4.2. Repenser la posture thérapeutique en termes de caregiving	168
4.2.1. Outils de communication face aux troubles de l'attachement	168
<i>Règles de coopération</i>	168
<i>Responsiveness</i>	169
<i>Disponibilité, autonomie et respect</i>	169
<i>Régulation émotionnelle et mirroring</i>	169
<i>Être une base sécurisante ou de « contenant »</i>	169
4.2.2. Pistes thérapeutiques face aux troubles de l'attachement	169
<i>Avoir des modèles de relation à soi, à autrui et au monde</i>	170
<i>Viser l'autonomie et non l'indépendance</i>	170
<i>Intégrer la complexité grâce à la plasticité neuronale</i>	170
<i>Dépister et contrôler les schémas automatiques primitifs responsables de :</i>	170
<i>Pistes concrètes</i>	171
<i>Capacité d'introspection</i>	171
<i>Capacité d'autoprotection et d'autorégulation</i>	171
<i>Capacité de mentalisation</i>	171
<i>Capacité de conscience réflexive</i>	171
4.2.3. Activation du système d'attachement et mentalisation en psychothérapie	172
4.3. Repenser les notions de Transfert et contre-transfert	175
4.4. Impacts de la théorie de l'attachement dans la relation thérapeutique	177
4.4.1. En cas de modèle d'attachement sécurisé	178
4.4.2. En cas de modèle d'attachement évitant ou anxieux-évitant ou détaché	178
4.4.3. En cas de modèle préoccupé ou anxieux-résistant ou ambivalent-résistant	178
4.4.4. Dans les cas impossibles à classer	179
5. ATTACHEMENT ET PSYCHOPATHOLOGIE	181
5.1. Catégories d'attachement comme indices prédictifs	181

5.2. Réflexion sur les états limites	181
6. BIBLIOGRAPHIE DES THÉORIES DE L'ATTACHEMENT	183
Webothèque	187
<b>CHAPITRE 5 Nosologies</b>	<b>189</b>
1. NOSOLOGIE PSYCHANALYTIQUE	189
2. NOSOLOGIE SELON LE DSM	190
2.1. Introduction	190
2.2. Les cinq axes du DSM	191
2.3. Mode d'utilisation du DSM	192
2.3.1. Précautions par les limitations dans les critères d'inclusion	192
2.3.2. Avantages et inconvénients du DSM	192
<i>Avantages</i>	192
<i>Mise en garde</i>	193
<i>Inconvénients</i>	193
2.4. Système multi-axial du DSM	194
2.4.1. Axe I – Les syndromes cliniques	194
2.4.2. Axe II – Les troubles de la personnalité	194
<i>Définition de la personnalité</i>	194
<i>Quatre conditions pour avoir un trouble             de la personnalité</i>	195
<i>Caractéristiques de la définition des troubles             de la personnalité</i>	195
<i>Description des troubles de la personnalité</i>	195
2.4.3. Axe III – Troubles affections physiques	196
2.4.4. Axe IV – Facteurs de stress psychosociaux	196
<i>Estimation du degré de sévérité</i>	197
<i>Type de facteurs de stress psychosociaux</i>	197
2.4.5. Axe V – Évaluation globale du fonctionnement	198
<i>Détermination de la sévérité actuelle du trouble</i>	198
2.5. Critiques de la nouvelle version du DSM V	200
3. ROUE DES PERSONNALITÉS SELON SERGE GINGER	200
3.1. Brefs commentaires	201
3.2. Suggestions d'utilisation	202
3.3. Le profil de notre personnalité (texte commenté de Serge Ginger, avec autorisation de l'auteur)	203
3.3.1. Positions de principe	203
3.3.2. Les mécanismes de défense	204
3.3.3. La thérapie	204
4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DES NOSOLOGIES	206
Internet	206

CHAPITRE 6	<b>Syndromes somatiques fonctionnels</b>	
	– <b>Psychologie médicale TDAH/ADHD</b>	207
RÉCAPITULATIF DU CHAPITRE 6		207
1.	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET CONDUITES DE MALADIE ( <i>ILLNESS BEHAVIOR</i> )	209
2.	LE STRESS OU SYNDROME D'ADAPTATION	210
2.1.	Définitions	210
2.2.	Pathogénie	211
2.2.1.	Psycho-neuro-immunologie	212
2.2.2.	Psychisme, dépression et immunité	213
2.2.3.	Psycho-oncologie et psycho-neuro-immunologie	213
2.3.	Symptomatologie du syndrome général d'adaptation	214
2.4.	Mesures antistress	215
2.5.	Thérapeutique	215
3.	LA PSYCHOSOMATIQUE	216
3.1.	Définition	216
3.2.	Caractéristiques des patients psychosomatiques	216
3.2.1.	Alexithymie	217
	<i>Formes cliniques</i>	218
3.2.2.	Pensée opératoire	219
3.2.3.	Pare-excitation défaillante	220
3.2.4.	La somatisation	220
3.2.5.	Réduction de l'activité fantasmatique	221
3.3.	Diagnostic différentiel entre hystérie de conversion, hypocondrie et troubles psychosomatiques	223
4.	LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE	224
4.1.	Définition	224
4.2.	Prévalence et comorbidité	224
4.3.	Étiopathogénie	224
4.4.	Symptomatologie	225
4.5.	Diagnostic et pronostic	226
4.6.	Traitement	226
5.	LE SYNDROME FIBROMYALGIQUE	227
5.1.	Définition	227
5.2.	Prévalence et étiopathogénie	227
5.3.	Symptomatologie	228
5.3.1.	Début de la maladie	228
5.3.2.	Symptomatologie	228
5.4.	Diagnostic	229
5.4.1.	Critères de l'ACR, American College of Rheumatology (1990)	229
5.5.	Traitement	231
5.5.1.	Amélioration de la qualité de vie	231

5.5.2.	Thérapeutique médicamenteuse	231
5.5.3.	Réadaptation physique, psychologique et sociale	231
	<i>Physique</i>	231
	<i>Adaptation du mode de vie à l'environnement</i>	231
5.5.4.	Psychothérapie de soutien	231
6.	LA SPASMOPHILIE	232
6.1.	Définition et prévalence	232
6.2.	Symptomatologie	232
6.2.1.	Plaintes générales subjectives	232
	<i>Autre symptomatologie psychique</i>	232
6.2.2.	Plaintes localisées	233
	<i>Signes fonctionnels</i>	233
	<i>Signes moteurs et musculaires</i>	233
	<i>Signes sensitifs</i>	233
6.3.	Traitement	234
6.4.	Techniques de relaxation	234
6.4.1.	Méthode de Schultz ou « training autogène »	234
6.4.2.	Méthode de relaxation progressive de Jacobson	234
6.4.3.	Sophrologie	235
6.4.4.	Techniques et méthodes	235
6.4.5.	Biofeedback ou rétroaction biologique	235
7.	SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE	235
7.1.	Définition	235
7.2.	Prévalence	236
7.3.	Étiopathogénie	236
7.4.	Symptomatologie	236
7.5.	Traitement	237
	7.5.1. Médical	237
	7.5.2. Psychothérapie	237
8.	AUTRES SYNDROMES SOMATIQUES FONCTIONNELS	237
9.	TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ (TDAH)	237
9.1.	Le TDAH (ADHD) chez l'enfant	237
	9.1.1. Préalable	237
	9.1.2. Définitions du TDAH de l'enfant	238
	9.1.3. Conséquences	238
	<i>Diagnostic différentiel</i>	239
	<i>Traitement chez l'enfant</i>	239
9.2.	Le TDA/H (ADHD) chez l'adulte	240
	9.2.1. Définition	240
	9.2.2. Symptomatologie chez l'adulte	240
	<i>Les troubles attentionnels</i>	240
	<i>L'hyperactivité motrice</i>	241
	<i>Le trouble du contrôle des impulsions</i>	241
	9.2.3. Sous-types	241

9.2.4. Co-morbidités	242
9.2.5. Étiopathogénie	242
9.2.6. Prévalence et co-morbidité	242
9.2.7. Diagnostic	243
9.2.8. Traitement	243
<i>Multidisciplinaire</i>	243
<i>Effets secondaires</i>	244
10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DES TROUBLES SOMATIQUES FONCTIONNELS	244
Internet	247
CHAPITRE 7 <b>Troubles de la personnalité</b>	249
1. CLASSIFICATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SELON LE DSM	249
2. GROUPE A (FROIDES ET BIZARRES)	250
2.1. Personnalité paranoïaque	250
2.2. Personnalité schizoïde	250
2.3. Personnalité schizotypique	251
3. GROUPE B (DRAMATIQUES, THÉÂTRALES, ERRATIQUES)	251
3.1. Personnalité antisociale ou psycho-pathique	251
3.1.1. Le cerveau psychopathe	251
3.1.2. Critères du DSM	251
3.1.3. Profils et croyances de Beck	252
3.1.4. Diagnostic différentiel	252
3.2. Personnalité histrionique	252
3.3. Personnalité borderline	252
3.4. Personnalité narcissique	252
4. GROUPE C (ANXIEUSES ET CRAINTIVES)	253
4.1. Personnalité évitante ou anxieuse	253
4.2. Personnalité dépendante	253
4.3. Personnalité obsessionnelle-compulsive	253
4.4. Personnalité passive-agressive (retirée du DSM-IV)	253
4.4.1. Critères du DSM-III-R	253
4.4.2. Caractéristiques de cette personnalité	254
4.4.3. La personnalité de type passif-agressif selon le Guelfi	254
4.4.4. Attitudes thérapeutiques	255
5. TROUBLES MIXTES DE LA PERSONNALITÉ	256
6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	256
Internet	256

CHAPITRE 8	<b>Troubles anxieux</b>	257
6.1.	Troubles anxieux primaires	259
6.2.	Troubles anxieux secondaires	259
1.	L'ANXIÉTÉ, L'ANGOISSE ET LA PEUR	260
1.1.	L'anxiété	260
1.1.1.	Étymologie	260
1.1.2.	Signifiants	261
1.2.	L'angoisse	262
1.2.1.	Étymologie	262
1.2.2.	Signifiants	262
1.2.3.	Autres aspects psychanalytiques de l'angoisse	263
1.3.	La peur	263
1.3.1.	Étymologie	263
1.3.2.	Signifiants	263
2.	L'ATTAQUE DE PANIQUE	264
2.1.	Définition	264
2.2.	Prévalence	264
2.3.	Étiologie	264
2.4.	Signes cliniques	265
2.5.	Physiopathologie	265
2.6.	Conditions d'apparition et évolution	266
2.7.	Comorbidité et évolution	267
2.8.	Traitement	267
2.8.1.	Pharmacologique	267
2.8.2.	Psychothérapeutique	268
3.	LE TROUBLE PANIQUE	268
3.1.	Définition	268
3.2.	Prévalence et co-morbidité	268
3.3.	Pathogénie	269
3.4.	Facteurs aggravants et évolutivité	270
3.5.	Traitement des troubles paniques	270
3.5.1.	Chimiothérapie	270
3.5.2.	Psychothérapie	270
	<i>Thérapie cognitivo-comportementale (TTC)</i>	270
	<i>Psychothérapies humanistes</i>	271
	<i>Réentraînement attentionnel</i>	271
4.	TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (GAD) NÉVROSE D'ANGOISSE	272
4.1.	Définitions	272
4.2.	Prévalence	272
4.3.	Symptomatologie	272
4.3.1.	Les symptômes psychologiques	273
4.3.2.	Les symptômes physiques	273
4.4.	Pathogénie	273
4.5.	Traitement	273

4.5.1.	Chimiothérapie	273
4.5.2.	Relaxation Travail respiratoire Sophrologie	273
4.5.3.	Psychothérapie	274
4.5.4.	Thérapie cognitivo-comportementale	274
5.	LA PHOBIE SIMPLE OU SPÉCIFIQUE	274
5.1.	Définitions	274
5.2.	Étio-pathogénie	275
5.2.1.	Hypothèse psychanalytique classique	275
5.2.2.	Hypothèse psychanalytique d'Anna Freud	275
5.2.3.	Hypothèse psychanalytique kleinienne des phobies	275
5.3.	Diagnostic différentiel	276
5.4.	Symptomatologie et évolution	276
5.5.	Traitements	277
5.5.1.	Approche cognitivo-comportementale	277
5.5.2.	Approche psychanalytique	277
6.	L'AGORAPHOBIE	278
6.1.	Définitions	278
6.2.	Évolution et co-morbidité	278
6.3.	Traitements	278
7.	PHOBIE SOCIALE – NÉVROSE PHOBIQUE	279
7.1.	Définitions	279
7.2.	Prévalence	279
7.3.	Symptomatologie	279
7.4.	Évolution et co-morbidité	279
7.5.	Diagnostics différentiels	280
7.6.	Traitements	281
7.6.1.	Thérapie comportementale	281
7.6.2.	Psychothérapie humaniste individuelle et de groupe	281
7.6.3.	Approche systémique	281
7.6.4.	Traitement des comorbidités	282
8.	ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (PTSD)	
	NÉVROSE POST-TRAUMATIQUE	282
8.1.	Définitions	282
8.2.	Prévalence	283
8.3.	Pathogénie	283
8.4.	Symptomatologie, évolution et co-morbidité	284
8.4.1.	Symptomatologie	284
8.4.2.	Évolution	285
8.4.3.	Situations extrêmes	285
8.4.4.	Comorbidité	286
8.5.	Critères du DSM	287
8.6.	Traitements	288
8.6.1.	Recommandations pour la prise en charge des PTSD	288
8.6.2.	Thérapies cognitivo-comportementales (TTC)	289

8.6.3.	Débriefing psychologique	290
8.6.4.	Psychothérapie individuelle	290
8.6.5.	Psychothérapie de groupe	290
8.6.6.	Pharmacothérapie	291
9.	TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (TOC)	
	– NÉVROSE OBSESSIONNELLE	291
9.1.	Définitions et historique	291
9.1.1.	Les obsessions les plus fréquentes sont	292
9.1.2.	Les compulsions	292
9.1.3.	Point de vue psychanalytique (Guelfi et al., 2004)	293
9.2.	Prévalence	293
9.3.	Étiopathogénie	294
9.4.	Symptomatologie	294
9.4.1.	Traitement des SOC au cours de la schizophrénie	295
9.4.2.	Comorbidité	295
9.4.3.	Critères du DSM et de la nosographie classique	296
9.5.	Traitements	297
9.5.1.	Chimiothérapie	297
9.5.2.	Approche cognitivo-comportementaliste	299
	<i>Effets des TOC sur les familles</i>	299
9.5.3.	Psychothérapie	300
9.5.4.	Hospitalisation	300
9.5.5.	Psychochirurgie, stimulation cérébrale profonde	301
10.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DES TROUBLES ANXIEUX	302
	Références internet	304
	Sites informatifs	304
	Films	305
	Romans	305
<b>CHAPITRE 9 L'hystérie</b>		<b>307</b>
1.	DÉFINITION	308
2.	PRÉVALENCE	308
3.	HISTORIQUE (FREUD, CHARCOT)	308
4.	LA NÉVROSE HYSTÉRIQUE	310
4.1.	Étiopathogénie	310
4.1.1.	Hypothèses psychanalytiques	310
4.1.2.	Hypothèses des neurosciences	311
4.2.	Description et symptomatologie	311
4.2.1.	Symptômes de conversion	
	somatique – Hystérie de conversion	312
4.2.2.	Symptômes d'expression psychique – Hystérie d'angoisse	314
	<i>L'histrionisme</i>	315
	<i>Dramatisation et théâtralisation</i>	315

<i>La suggestibilité</i>	315
<i>La labilité émotionnelle</i>	315
<i>La mythomanie</i>	315
<i>L'égoïsme</i>	316
<i>Les troubles de la sexualité</i>	316
<i>La dépendance affective</i>	316
4.2.3. Symptomatologie dissociative	316
<i>Amnésie psychogène dissociative</i>	316
<i>Somnambulisme</i>	317
<i>Fugue psychogène dissociative</i>	317
<i>Dépersonnalisation</i>	317
<i>États crépusculaires et léthargiques</i>	317
<i>États seconds</i>	317
5. LA PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE (DSM)	317
5.1. Critères diagnostiques du DSM	317
5.2. La personnalité histrionique	318
5.2.1. Définitions de l'histrionisme	318
5.2.2. L'histrionisme	318
5.2.3. Caractéristiques de l'histrionisme	318
<i>Théâtralisation</i>	318
<i>Suggestibilité</i>	319
<i>Labilité émotionnelle</i>	319
<i>Mythomanie</i>	319
<i>Égoïsme</i>	319
<i>Troubles de la sexualité</i>	319
<i>Dépendance affective</i>	320
6. LES PHRASES DE BECK	320
7. L'HYSTÉRIE MASCULINE	320
8. ÉVOLUTION	321
9. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	322
10. TRAITEMENT	322
11. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE L'HYSTÉRIE	323
Films	325
Livres	325
CHAPITRE 10 <b>Les états limites</b>	327
RÉSUMÉ	327
1. HISTORIQUE DU CONCEPT	328
1.1. Étiopathogénie	329
1.1.1. Bases psychogénétiques	329
1.1.2. Hypothèses psychanalytiques	329

2. LES PERSONNALITÉS BORDERLINES	330
2.1. Prévalence et co-morbidité	331
2.1.1. Prévalence	331
2.1.2. Comorbidité	331
2.1.3. Étiopathogénie	331
2.2. Types de traumatismes désorganiseurs	332
2.2.1. Traumatismes désorganiseurs précoces	332
2.2.2. Traumatismes désorganiseurs tardifs	333
2.3. Mécanismes de défense du Moi des borderlines	334
2.3.1. Le clivage	334
2.3.2. L'idéalisation primitive	334
2.3.3. L'identification introjective	335
2.3.4. L'identification projective	335
2.3.5. Le déni	335
2.3.6. L'omnipotence et la dévalorisation	336
2.3.7. Le passage à l'acte (acting out et acting in)	336
2.4. Symptomatologie des états limites	337
2.4.1. Polymorphisme clinique et psychopathologique	337
2.4.2. Éléments cliniques	338
2.5. La personnalité borderline selon le DSM	342
2.5.1. Critères du DSM	342
2.5.2. Profils cognitifs et croyances de Beck	342
2.6. Diagnostics différentiels	343
2.7. Évolution et pronostic	344
2.8. Traitement des états limites	345
2.8.1. Principes de base	345
<i>En médecine</i>	346
2.8.2. Alliance thérapeutique	347
2.8.3. Utilisation du contre-transfert	347
2.8.4. Psychothérapie des états limites	348
2.8.5. Le cadre thérapeutique	348
2.8.6. Pharmacothérapie	349
<i>Les antidépresseurs</i>	349
<i>Les neuroleptiques</i>	350
<i>Les anxiolytiques</i>	350
3. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES BORDERLINES	350
Références internet	351
Films	352
Vidéos	352
4. LES PERSONNALITÉS NARCISSIQUES	352
4.1. Prévalence	352
4.2. Étiopathogénie	352
4.3. Mécanismes de défense du Moi	353
4.4. Symptomatologie	353
4.5. Formes cliniques de pathologie narcissique à minima	355

4.6. Critères DSM des personnalités narcissiques	358
4.6.1. Critères diagnostiques de la personnalité narcissique	358
4.7. Profils cognitifs et croyances de Beck	358
4.8. Diagnostic différentiel avec les Borderlines	359
4.9. Traitement	359
4.9.1. Stratégie d'intervention	359
4.9.2. En résumé	360
4.9.3. Contre-transfert	360
4.9.4. Ce qui va rassurer le patient narcissique	360
5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES PERSONNALITÉS NARCISSIQUES	361
6. LES PERVERS NARCISSIQUES	361
Étiopathogénie de la perversion narcissique	362
6.1. Deux versions de la perversion narcissique	364
6.2. Formes diverses d'abus narcissiques	365
6.3. Caractéristiques de la pensée et de la communication perverse	365
6.4. Symptomatologie	366
6.5. Diagnostic	366
6.6. Pronostic et évolution	367
6.7. Prise en charge de la victime d'un pervers narcissique	367
6.7.1. Accueillir, écouter et aider la personne en souffrance	368
6.7.2. Dépister la subtile violence <i>Comportements de violence psychologique</i>	368
6.7.3. Soutenir la victime dans la durée face au pervers narcissique <i>Faire le deuil d'une communication idéale</i> <i>Apprendre à s'affirmer</i> <i>Se libérer de l'emprise avec la contre-manipulation</i>	369
6.7.4. Explorer les parts d'ombre de la victime et du soignant <i>Explorer la part personnelle de la victime :</i> <i>découvrir sa propre structure perverse</i> <i>Explorer la part personnelle du soignant :</i> <i>découvrir sa propre structure perverse</i>	371
6.8. Traiter et prévenir les rechutes pour les victimes	373
6.9. Thérapie des pervers narcissiques	374
6.10. Dix stratégies de manipulation de masses (addenda)	374
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA PERVERSION NARCISSIQUE OU DE LA MANIPULATION	375
Films	377
Vidéos	377
8. RÉSUMÉ GRAPHIQUE DES ÉTATS DU MOI DU SUJET	377

CHAPITRE 11 <b>La paranoïa</b>	379
1. LA PARANOÏA	379
1.1. Historique définitions	380
1.1.1. Caractéristiques du trouble paranoïaque	380
1.2. Prévalence	381
1.2.1. Âge d'apparition	381
1.2.2. Prévalence	381
2. SYMPTOMATOLOGIE DE LA PARANOÏA	381
3. FORMES CLINIQUES DE LA PARANOÏA	382
3.1. La paranoïa de combat	383
3.2. La paranoïa de souhait	383
3.3. La paranoïa sensitive	383
4. LES DÉLIRES PARANOÏAQUES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES	385
4.1. Les délires passionnels	385
4.1.1. L'érotomanie, ou l'illusion délirante d'être aimé	386
4.1.2. Le délire de jalousie	386
4.1.3. Le délire de revendication	386
4.2. Les délires d'interprétation	387
4.3. Les délires de persécution	387
4.4. Les délires de relation des sensitifs	387
5. ÉTILOGÉNIE-PATHOGÉNIE	387
5.1. Hypothèses psychogénétiques	387
5.2. Hypothèses développementales	388
5.3. Hypothèses psychanalytiques	389
5.3.1. Hypothèses freudiennes	389
5.3.2. Hypothèses de Bergeret	390
5.3.3. Hypothèses kleinienne	390
6. LA PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE	391
6.1. Selon le DSM	391
6.2. Profils cognitifs et croyances typiques de Beck	391
7. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	392
8. TRAITEMENT DE LA PARANOÏA	393
8.1. Traitement	393
8.1.1. Généralités à propos de la prise en charge	393
8.1.2. Principes du travail thérapeutique avec un paranoïaque	393
8.1.3. Conseils de prise en charge spécifique du paranoïaque	394
8.1.4. Prise en charge du paranoïaque sensitif	395
8.1.5. Traitement des délires paranoïaques	395
8.2. Évolution	396
9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LA PARANOÏA	396
Sites	397
Films	397

<b>CHAPITRE 12 Personnalités dépendantes et évitantes</b>	<b>399</b>
1. LA PERSONNALITÉ DÉPENDANTE	399
1.1. Prévalence	399
1.2. Étiopathogénie	400
1.3. Symptomatologie classique	400
1.4. Critères DSM	401
1.5. Comorbidité et évolution	402
1.6. Profils cognitifs et croyances de Beck	403
1.7. Traitement	403
1.7.1. Psychothérapie	403
1.7.2. Pharmacothérapie	404
2. LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE	404
2.1. Prévalence	404
2.2. Étiopathogénie	405
2.3. Critères DSM	405
2.4. Symptomatologie	406
2.5. Profils cognitifs et croyances de Beck	406
2.6. Diagnostic différentiel	407
2.6.1. Entre personnalités schizoïde et évitante	407
2.6.2. Entre phobique social et personnalité évitante	407
2.7. Approches thérapeutiques	407
2.7.1. Psychothérapie	407
<i>Psychothérapie individuelle</i>	407
<i>Thérapie cognitivo-comportementale</i>	408
<i>Psychothérapie de groupe</i>	408
2.7.2. Chimiothérapie	408
3. BIBLIOGRAPHIE SUR LES PERSONNALITÉS ÉVITANTES ET DÉPENDANTES	408
Sites internet	409
Films	409
<b>CHAPITRE 13 Troubles psychotiques ou schizophréniques</b>	<b>411</b>
<b>RÉCAPITULATIF DU CHAPITRE 13</b>	<b>411</b>
1. PSYCHOSES ET AUTRES ÉTATS PSYCHOTIQUES	411
1.1. Définition	411
1.2. Classification des troubles psychotiques : bref historique	412
1.2.1. Classifications traditionnelles des états psychotiques	413
<i>La schizophrénie</i>	413
<i>Autres formes cliniques de schizophrénie</i>	414
<i>Autres formes cliniques délirantes dérivées d'autres pathologies</i>	414
<i>Formes apparentées décrites par le DSM V</i>	416
1.2.2. Classification de Crow	416
2. ÉTIOPATHOGÉNIE TROUBLES PSYCHOTIQUES	417
2.1. Hypothèses génétiques	417

2.2. Infectieuses et virales	418
2.3. Hypothèses neurobiochimiques-observations	418
2.4. Hypothèses environnementales	419
2.5. Hypothèses toxicologiques	419
2.6. Hypothèses psychanalytiques	419
3. LA SCHIZOPHRÉNIE	420
3.1. Définitions	420
3.2. Prévalence et incidence	420
3.2.1. Schizophrénies à début précoce [EOS : Early onset schizophrenia ; jamais avant 6 ans]	420
3.2.2. Schizophrénies à début tardif [LOS : Late onset schizophrenia (> 45 ans ; 3 à 10 % de prévalence)]	421
3.2.3. Prodromes et évolution	421
3.2.4. Schizophrénie déficitaire	421
3.3. Modes d'entrées et évolution	421
3.3.1. Symptômes d'apparition : phase préliminaire ou prémorbide	421
3.3.2. Premier épisode psychotique aigu	422
3.3.3. Passage à la chronicité <i>Perturbations du fonctionnement social</i>	422
3.3.4. Évolution <i>Évolution de la schizophrénie</i>	422
3.4. Symptomatologie	423
3.4.1. Les symptômes « positifs » type I	423
3.4.2. Les symptômes « négatifs » type II	426
3.4.3. Symptômes désorganisés dissociatifs	427
3.4.4. Les troubles cognitifs	427
3.5. Diagnostic différentiel des états psychotiques délirants	428
3.6. Traitements	429
3.6.1. Prévention	429
3.6.2. Traitements pharmacologiques <i>Neuroleptiques</i>	430
3.6.3. Traitements psychothérapeutiques <i>Psychothérapie de soutien individuelle</i> <i>Thérapie familiale</i>	432
3.6.4. Traitements psychosociaux	432
3.6.5. Traitements et surveillance médicale	433
3.6.6. Programme de réhabilitation et sociothérapie	433
3.6.7. Appartements thérapeutiques	433
3.6.8. Accompagnement en réseau de soins intégrés	433
3.6.9. Hospitalisation	434
3.6.10. Conseils de base devant une personne schizophrène <i>Attitudes constructives</i> <i>Attitudes accablantes</i>	434
3.6.11. En cas de crise, quelques réflexions...	434

4. LA PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE	435
4.1. Généralités sur le groupe A de l'axe II du DSM	435
4.2. Symptomatologie du schizoïde	435
4.3. Critères selon le DSM	436
4.4. Croyances de Beck	436
4.5. Diagnostic différentiel	437
4.6. Psychothérapie d'une personne schizoïde	437
5. LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE	437
5.1. Prévalence	438
5.2. Symptomatologie du schizotypique	438
5.3. Critères du DSM	438
5.4. Croyances de Beck	439
5.5. Évolution	439
5.6. Traitement	440
5.6.1. Dynamique de la thérapie avec un client schizotypique	440
6. AUTISME PSYCHOSES INFANTILES	440
6.1. Historique	440
6.2. Trouble du spectre de l'autisme TSA ou ASD	441
6.3. Prévalence	441
6.4. Étiopathogénie	441
6.4.1. Hypothèses psychanalytiques	441
6.4.2. Hypothèses organicistes	442
<i>Neurobiologie de l'autisme (Jamain et al., 2003)</i>	442
<i>Autres théories neurobiologiques de l'autisme</i>	443
<i>Maladies associées à l'autisme (dans 15 %)</i>	444
6.5. Symptomatologie de l'autisme	444
6.5.1. Résumé de la symptomatologie	444
<i>Tableau clinique de l'autisme</i>	445
6.5.2. Autisme infantile	445
<i>Signes précoces d'autisme</i>	445
6.6. Diagnostic différentiel	446
6.7. Autres psychoses infantiles	446
6.7.1. Syndrome de Rett	446
6.7.2. Syndrome d'Asperger	447
6.7.3. Trouble désintégréatif de l'enfance	448
6.8. États archaïques : noyau psychotique et position autistique	448
6.8.1. Noyau psychotique	449
6.8.2. Position autistique	449
6.9. Traitement	449
6.9.1. Aider l'enfant	449
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES	451
Films	454
Webothèque	454

CHAPITRE 14 Troubles de l'humeur	455
RÉCAPITULATIF DU CHAPITRE 14	455
1. DÉFINITIONS	455
1.1. Types de thymie	456
1.2. Variations de l'humeur	456
1.3. L'humeur dépressive	456
1.4. L'inhibition ou perte de l'élan vital	457
1.5. Symptômes somatiques	458
1.6. Symptômes psychiques	458
1.7. Thèmes dépressifs les plus fréquemment exprimés :	458
2. CLASSIFICATIONS	459
2.1. Nosologie classique des troubles de l'humeur	459
2.1.1. Description classique des états dépressifs majeurs	459
2.1.2. Troubles uni- ou bipolaires ou mixtes	460
2.1.3. Dysthymies ou formes légères de dépression	460
2.1.4. Autres formes cliniques de dépression	460
2.2. Classification américaine selon le DSM	461
2.2.1. Troubles de l'humeur	461
2.2.2. Épisodes thymiques	461
2.3. États dépressifs et organicités	461
2.4. États dépressifs et thérapeutiques	462
2.5. Schéma résumé des troubles de l'humeur	462
3. PRÉVALENCE ET ÉVOLUTION	463
3.1. Prévalence	463
3.2. Évolution	464
4. SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DÉPRESSIFS	465
4.1. Symptomatologie	465
4.1.1. Sémiologie générale des états dépressifs	465
4.1.2. Comment dépister rapidement un état dépressif	465
4.1.3. Évaluation de la qualité de vie du patient	469
5. LE SUICIDE	469
5.1. Incidence	469
5.2. Comorbidité et facteurs de gravité	470
5.3. Affections psychiatriques avec risque suicidaire accru	470
5.4. Diagnostic et évaluation du potentiel suicidaire	471
5.4.1. Évaluation du potentiel suicidaire (Shea, 2008)	472
5.4.2. Évaluation chronologique des événements suicidaires	473
5.4.3. Traitement des épisodes suicidaires	474
6. DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION	476
6.1. Échelles d'évaluation de la dépression	476
6.1.1. Échelle d'Hamilton (par le thérapeute)	476
6.1.2. Questionnaire diagnostique de dépression en médecine générale (Chevalier, 2007)	480

6.1.3.	Questionnaire de santé du patient/de la patiente PHQ-9/QSP-9	480
6.1.4.	Échelles d'évaluation de risque suicidaire	482
6.1.5.	Tests projectifs de personnalité	482
6.2.	Marqueurs biologiques	482
6.2.1.	Test à la dexaméthasone	482
6.2.2.	Test au TRH	483
6.2.3.	Électro-encéphalogramme du sommeil	483
7.	DÉPRESSION MAJEURE SELON LE DSM	483
7.1.	Critères de l'État Dépressif Majeur	483
7.2.	Détails des critères de la dépression majeure	484
8.	LES TROUBLES DÉPRESSIFS SPÉCIFIQUES	484
8.1.	Formes évolutives spécifiques	484
8.2.	Autres variétés de dépression	485
8.2.1.	Formes frustrées ou équivalents dépressifs	485
8.2.2.	Formes plus spécifiques au sexe féminin	488
8.2.3.	La dépression selon l'âge	496
8.2.4.	Formes sévères de dépression	499
9.	TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION UNIPOLAIRE	500
9.1.	Choix des thérapeutiques	500
9.1.1.	Mise au point médicale	500
9.1.2.	Psychoéducation	501
9.1.3.	Gestion du stress et de l'environnement	501
9.1.4.	Facteurs socioéconomiques	501
9.1.5.	Exercices physiques et sportifs	501
9.1.6.	Renforcement de l'estime de soi (Pelc, 2009)	501
9.2.	Psychothérapies	502
9.2.1.	Psychothérapies humanistes (Gestalt-thérapie, Analyse Transactionnelle, Bioénergie, thérapie par la voix, Approche Roggérienne, Sophianalyse, etc.)	502
9.2.2.	Psychothérapies à orientation psychanalytique	502
9.2.3.	Psychothérapies psychanalytiques	502
9.2.4.	Thérapies cognitivo-comportementalistes (TCC)	502
9.2.5.	Thérapies psycho-corporelles ou psychanalyse à médiation corporelle	505
9.3.	Traitement pharmacologique	505
9.4.	Traitement électrophysiologique	505
9.4.1.	Stimulation Magnétique Transcranienne répétitive (SMTr)	505
9.4.2.	Électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie	506
9.5.	Psychochirurgie	507
10.	TROUBLES BIPOLAIRES – PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE	
	– SPECTRE BIPOLAIRE	507
10.1.	Historique	507

10.2. Définitions	508
10.2.1. Phase Dépressive (D)	508
10.2.2. Manie ou épisode ou phase maniaque (M)	510
10.2.3. Hypomanie ou épisode ou phase hypomaniaque (m)	511
10.2.4. Dépression mineure (d)	512
10.3. Description du spectre bipolaire	512
<i>Troubles bipolaires</i>	513
<i>Cyclothymies</i>	513
10.3.1. Trouble bipolaire de type I	513
10.3.2. Trouble bipolaire de type II	514
10.3.3. Trouble bipolaire de type III	514
10.3.4. Formes spécifiques à cycles rapides (10 à 20 %)	514
10.3.5. Trouble cyclothymique ou cyclothymie	515
10.3.6. Formes cliniques des TBP en fonction de l'âge	515
10.4. Prévalence	516
10.5. Étiopathogénie	516
10.5.1. Hypothèses anatomiques et fonctionnelles	516
10.5.2. Hypothèses de vulnérabilité génétique	516
10.5.3. Caractère familial	517
10.5.4. Hypothèses environnementales	517
10.6. Comorbidité	517
10.6.1. Comorbidité psychiatrique	517
10.6.2. Comorbidité somatique	518
10.7. Évolution et pronostic	518
10.7.1. Facteurs prédictifs	518
10.7.2. Paramètres d'aggravation	518
10.7.3. Facteurs de risques suicidaires	519
10.8. Traitement des troubles bipolaires	520
10.8.1. Règles et remarques générales	520
<i>Règles de prescription proposées</i>	520
<i>Traitement pharmacologique</i>	520
10.8.2. Traitement préventif intercritique	522
10.8.3. Traitement de l'épisode maniaque	522
10.8.4. Traitement de l'épisode dépressif du TBP	523
10.8.5. Traitement du cycle rapide	523
10.8.6. Traitement de la période inter-critique	523
<i>Prévention des rechutes maniaques</i>	524
<i>Prévention des rechutes dépressives</i>	524
<i>Psychoéducation</i>	524
<i>Psychothérapie</i>	524
<i>Prise en charge de la fratrie, de la famille         et du partenaire</i>	524
10.9. Schémas récapitulatifs des TBP	524
10.9.1. Le spectre bipolaire	524
10.9.2. Représentation des différentes formes de TBP	526

11. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DES TROUBLES DÉPRESSIFS	527
TBP	529
Internet	529
Romans	530
Films	530
Associations	530
CHAPITRE 15 <b>Troubles somatoformes et dissociatifs</b>	531
1. PRÉOCCUPATION PATHOLOGIQUE POUR LE FONCTIONNEMENT OU L'APPARENCE PHYSIQUE	531
2. TROUBLES SOMATOFORMES	532
3. TROUBLES DISSOCIATIFS	533
4. LES TROUBLES SOMATOFORMES	533
4.1. L'hypocondrie	534
4.1.1. Définition	534
4.1.2. Caractéristiques spécifiques	534
4.1.3. Diagnostic différentiel	535
4.1.4. Prévalence et évolution	536
4.1.5. Complications et co-morbidité	536
4.1.6. Pathogénie	536
4.1.7. Traitement	538
4.2. Trouble somatisation	538
4.2.1. Définition	539
4.2.2. Caractéristiques spécifiques	539
4.2.3. Prévalence et évolution	540
4.3. Trouble de conversion	540
4.3.1. Définition	540
4.3.2. Critères du DSM	540
4.3.3. Comparaison entre hypocondrie et hystérie de conversion	541
4.4. Troubles douloureux	542
<i>Définition</i>	542
<i>Caractéristiques spécifiques</i>	542
<i>Prévalence et évolution</i>	542
4.5. Dysmorphophobie ou syndrome dysmorphique ou peur d'une dysmorphie corporelle ou Body Dysmorphic Disorder BDD – Dysmorphie corporelle	542
4.5.1. Définition	542
4.5.2. Prévalence et co-morbidité	543
<i>Prévalence</i>	543
<i>Conséquences &amp; co-morbidité</i>	543
4.5.3. Pathogénie	544
4.5.4. Sous-types	544

4.5.5.	Affections apparentées à la Dysmorphie corporelle (BDD)	545
	Syndrome de référence olfactif (SRO) ou dysodrophobie	545
	« Phobie » du fonctionnement intestinal	545
	Éreutophobie	545
	Muscle dysmorphia	545
	La dysmorphie du petit pénis	546
	Skin picking ou excoriations cutanées	546
4.5.6.	Traitement	546
5.	TROUBLES DISSOCIATIFS	547
5.1.	Définition	547
5.2.	Troubles dissociatifs selon le DSM	548
5.2.1.	Amnésie dissociative ou psychogène	548
5.2.2.	Fugue dissociative ou psychogène	549
5.2.3.	Dépersonnalisation	549
5.2.4.	Personnalité multiple ou trouble dissociatif de l'identité (TDI)	549
	Définition	549
	Caractéristiques	550
	Comorbidité	550
	Étiopathogénie	550
	Traitement	551
5.2.5.	Trouble dissociatif de transe ou état de transe ou de possession	551
5.2.6.	Trouble dissociatif non spécifié	551
6.	TABLEAU COMPARATIF : TROUBLES SOMATOFORMES ET PSYCHOSOMATIQUES	551
7.	BIBLIOGRAPHIE SUR LES TROUBLES SOMATOFORMES ET DISSOCIATIFS	553
	Internet	554
	Pièces de théâtre Romans	554
<b>CHAPITRE 16 Troubles du comportement alimentaire</b>		<b>555</b>
1.	RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES TROUBLES DE CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA)	556
1.1.	Étiopathogénie générale des troubles des conduites alimentaires	556
1.1.1.	Facteurs prédisposants individuels	557
1.1.2.	Facteurs prédisposants familiaux	557
1.1.3.	Facteurs prédisposants culturels	558
1.1.4.	Facteurs prédisposants individuels	558
1.1.5.	Facteurs déclenchants	558
1.1.6.	Facteurs pérennisants	558
	Facteurs pérennisants communs aux TCA	558
	Facteurs pérennisants : particularités de l'anorexie mentale	559
	Facteurs pérennisants : particularités de la boulimie	559

1.2. Évolution globale des troubles des conduites alimentaires	560
2. ANOREXIE MENTALE	561
2.1. Définitions de l'anorexie mentale (anorexia nervosa)	561
2.2. Étiologie de l'anorexie mentale	561
2.2.1. Le biologique	561
2.2.2. Le socioculturel	562
2.2.3. Le psychologique et le familial	562
2.2.4. Lecture psychanalytique	562
2.2.5. Lecture systémique, contextuelle	563
2.3. Prévalence et incidence de l'anorexie	564
2.4. Critères diagnostiques de l'anorexie DSM	564
2.5. Symptomatologie	565
2.5.1. Signes physiques	565
<i>Symptômes de l'anorexie restrictive</i>	566
<i>Critères de poids</i>	566
2.5.2. Signes psychiques	568
2.5.3. Anorexie mentale du garçon	569
<i>Caractéristiques</i>	569
<i>Symptomatologie clinique</i>	569
<i>Pronostic</i>	569
<i>Facteurs de mauvais pronostic</i>	569
2.6. Traitement de l'anorexie	570
2.6.1. Traitements pharmacologiques et diététiques	570
2.6.2. Traitement psychothérapeutique	570
<i>Approche par les psychothérapies humanistes</i>	
<i>et psychanalytiques</i>	570
<i>Au niveau de l'environnement, il s'agit de</i>	571
<i>Au niveau des thérapeutes, la difficulté sera de</i>	571
<i>Autres approches</i>	571
2.6.3. Traitements antidépresseurs	571
2.6.4. Hospitalisation pour les complications médicales	572
3. L'ANOREXIE-BOULIMIE BOULIMIE NERVEUSE (BINGE EATING DISORDER)	572
3.1. Définition (bulimia nervosa)	572
3.2. Types de boulimie nerveuse	573
3.3. Critères diagnostiques de la boulimie / DSM	573
3.4. Symptomatologie	574
3.4.1. Symptômes psychiques de l'anorexie-boulimie	574
3.4.2. Symptômes physiques de la boulimie nerveuse	575
3.5. Hypothèses étiologiques	575
3.6. Prévalence, évolution	576
3.7. Tableau comparatif anorexie et anorexie-boulimie	576
3.8. Traitement de la boulimie	577
3.8.1. Traitements psychothérapeutiques	577
3.8.2. Approche cognitivo-comportementaliste	578
3.8.3. Approche médicale	578

3.8.4. Traitements pharmacologiques	578
4. HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (FRÉNÉSIE ALIMENTAIRE) (« BINGE-EATING DISORDER »)	578
4.1. Définition	578
4.2. Étiopathogénie	579
4.3. Prévalence	579
4.4. Critères DSM pour l'hyperphagie boulimique	580
4.5. Hyperphagie compulsive ou Sur-alimentation compulsive (« over eating »)	580
5. AUTRES TROUBLES ALIMENTAIRES	584
5.1. Orthorexie nerveuse (« orthorexia nervosa health food junk »)	584
5.1.1. Aspects psychanalytiques	585
5.1.2. Test de Bratman	586
5.2. Troubles alimentaires et troubles du sommeil	586
5.2.1. Trouble de l'alimentation nocturne	586
5.2.2. Trouble de l'alimentation pendant le sommeil	587
5.3. Troubles alimentaires de l'enfant	587
5.3.1. Les troubles de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance	587
5.3.2. Les troubles du comportement alimentaire de l'enfant	590
<i>Pica ou géophagie</i>	590
<i>Mérycisme ou rumination</i>	591
<i>Syndrome Prader-Willi</i>	592
5.4. Troubles alimentaires et troubles dysmorphiques	592
5.4.1. Obsession de l'image du corps (body dysmorphie disorder)	592
5.4.2. Exercice compulsif	593
5.4.3. Bigorexie et obsession des muscles	593
6. CHIRURGIE BARIATRIQUE, CHIRURGIE MÉTABOLIQUE	593
6.1. Premier groupe	594
6.2. Deuxième groupe	594
6.3. Troisième groupe	594
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TROUBLES ALIMENTAIRES	595
Internet	597
Films	598
Livres	598
Personnages	598
CHAPITRE 17 <b>Troubles du sommeil</b>	599
1. LE SOMMEIL	599
1.1. Description	599

1.2. L'hypnogramme normal	601
1.2.1. Caractéristiques du sommeil	604
1.2.2. Caractéristiques du sommeil lent	605
1.2.3. Caractéristiques du sommeil paradoxal	605
1.3. Hypothèses	605
1.4. Les rêves	606
2. TROUBLES DU SOMMEIL	607
2.1. Dyssomnies	608
2.1.1. Insomnies	608
2.1.2. Hypersomnies	609
2.2. Troubles du sommeil liés à la respiration	610
2.2.1. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS ou SAOS)	611
2.2.2. Syndrome de Pickwick	613
2.2.3. Syndrome d'apnées centrales	613
2.2.4. Syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale	613
2.3. Troubles du sommeil lié au rythme circadien	613
3. PARASOMNIES	616
3.1. Somnambulisme	616
3.1.1. Somnambulisme simple	616
3.1.2. Somnambulisme à risque	617
3.1.3. Somnambulisme-terreur	617
3.1.4. Somnambulisme chez l'adulte	617
3.2. Somniloquie	617
3.3. Terreurs nocturnes	618
3.4. Bruxisme	619
3.5. Impatiences musculaires de l'éveil	619
4. LA NARCOLEPSIE	620
4.1. Définitions	620
4.2. Prévalence	620
4.3. Symptomatologie	620
4.3.1. Hypersomnolence diurne	621
4.3.2. Attaques de cataplexie	621
4.3.3. Hallucinations hypnagogiques (à l'endormissement) ou hypnopompiques (à l'éveil)	621
4.3.4. Paralysies du sommeil	621
4.4. Diagnostic	622
4.5. Évolution	623
4.6. Traitement de la narcolepsie	623
4.6.1. Stimulants centraux	623
4.6.2. Antidépresseurs	623
4.6.3. Hypnotiques non barbituriques	624
4.6.4. Mesures d'hygiène de vie	624
5. HYGIÈNE DU SOMMEIL	624

6. QUESTIONNAIRE D'EPWORTH	625
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL	627
Internet	628
<i>Sites sur le sommeil</i>	628
<b>CHAPITRE 18 Troubles de l'identité et du comportement sexuels</b>	<b>629</b>
1. LE COMPORTEMENT SEXUEL « NORMAL »	630
1.1. Normalité sexuelle	630
1.2. La santé sexuelle	631
1.3. Anatomie et physiologie de la sexualité	631
1.3.1. Anato-mo-physiologie de la femme	631
<i>Les organes génitaux externes</i>	631
<i>Les organes génitaux internes</i>	633
<i>Les seins</i>	634
<i>L'orgasme féminin</i>	635
<i>Physiologie de la femme</i>	637
1.3.2. Anato-mo-physiologie de l'homme	639
<i>Anatomie des organes génitaux masculins</i>	639
<i>Physiologie de la sexualité de l'homme</i>	640
<i>L'éjaculation prématurée ou précoce</i>	643
1.4. La relation sexuelle	643
1.4.1. La relation comme telle	643
1.4.2. Le cycle de la réponse sexuelle selon GELLMAN	644
1.5. L'entretien centré sur la sexualité	647
2. TROUBLES DE L'IDENTITÉ SEXUELLE	648
2.1. Réflexions	648
2.2. Déterminisme biologique du comportement sexuel	649
2.3. Homosexualité	650
2.3.1. Influences prénatales immunologiques	650
2.3.2. Influences prénatales génétiques	650
2.3.3. Influences prénatales hormonales	650
2.4. Transsexualisme	652
2.5. Spécificité de l'identité sexuelle en psychiatrie	653
3. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES	654
3.1. Trouble du désir chez la femme	655
3.1.1. Baisse du désir, de la libido	655
3.1.2. Aversion sexuelle	655
3.1.3. Trouble du désir par excès	656
3.1.4. Le traitement des dysfonctions sexuelles chez la femme	656
3.2. Trouble du désir chez l'homme	656
3.2.1. Prévalence	656
3.2.2. Étiopathogénie	656
<i>Causes médicales</i>	656
<i>Causes psychologiques</i>	657

3.3. Trouble de l'excitation sexuelle	657
3.3.1. Trouble de l'excitation chez la femme	657
<i>Anorgasmie primaire</i>	657
<i>Anorgasmie secondaire</i>	657
<i>Dysmorphies corporelles</i>	658
3.3.2. Trouble de l'excitation chez l'homme	658
3.4. Trouble de l'orgasme	662
3.4.1. Éjaculation prématurée ou précoce	662
<i>Exposé du problème</i>	662
<i>Prévalence et étiopathogénie</i>	663
<i>Pistes de traitements</i>	663
<i>Traitement sexofonctionnel</i>	663
<i>Renforcement des muscles pelviens</i>	664
3.4.2. Éjaculation retardée ou différée et anéjaculation	666
3.5. Traitements médicaux	667
3.5.1. Traitement de la dysfonction érectile	667
3.6. Troubles sexuels douloureux	671
3.6.1. Dyspareunie	671
<i>Définition</i>	671
<i>Causes possibles de dyspareunie</i>	671
3.6.2. Vaginisme	672
<i>Définition</i>	672
<i>Traitement</i>	672
3.6.3. Priapisme	673
3.6.4. Anomalies congénitales et acquises des organes génitaux	
externes	674
3.6.5. Maladie de La Peyronnie	674
<i>Définition</i>	674
<i>Étiopathogénie</i>	674
<i>Évolution</i>	675
<i>Traitement</i>	675
4. LES PARAPHILIES	675
4.1. Définitions et pathogénie	675
4.1.1. Selon la psychanalyse	676
4.1.2. Selon la sexo-analyse	677
4.1.3. Selon Robert Stoller	677
4.1.4. Selon la théorie comportementaliste	678
4.1.5. Selon le DSM	678
4.2. Prévalence et épidémiologie	679
4.3. Type de classifications des paraphilies	679
4.4. Description des principales paraphilies	681
4.4.1. Exhibitionnisme	681
4.4.2. Voyeurisme	682
4.4.3. Fétichisme	682
4.4.4. Frotteurisme	683

4.4.5.	Masochisme et sadisme sexuel	683
	<i>Masochisme sexuel</i>	683
	<i>Sadisme sexuel</i>	683
4.4.6.	Transvestisme fétichiste	685
4.4.7.	Pédophilie	685
	<i>Définition</i>	685
	<i>Point de vue neurobiologique</i>	686
	<i>Principes de traitement des patients pédophiles et abuseurs</i>	686
	<i>Types d'abuseurs sexuels</i>	687
	<i>Épuisement professionnel de ces soignants spécialisés</i>	688
	<i>Traitement</i>	688
4.4.8.	Inceste et incestuel	689
	<i>Incestuel</i>	689
	<i>Inceste et incestuel maternel</i>	691
	<i>Inceste</i>	691
	<i>Le cadre légal en France</i>	694
4.4.9.	Paraphilies non spécifiques	694
4.5.	Autres paraphilies	694
4.5.1.	Inventaire des paraphilies (non exhaustif)	694
5.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TROUBLES SEXUELS	696
	Internet	699
	Films	700
<b>CHAPITRE 19 Troubles liés à une dépendance</b>		<b>701</b>
1.	LES PHÉNOMÈNES D'ADDICTION	701
1.1.	Description des phénomènes d'addiction ou de dépendance	701
1.2.	Etiopathogénie des addictions	702
1.3.	Conduites ordaliques	703
2.	LES TOXICOMANIES	703
3.	ADDICTION À UNE SUBSTANCE	704
3.1.	Substances dépressives psycholeptiques	705
3.1.1.	Opiacés	705
3.1.2.	Dérivés de l'opium	705
	<i>Le Laudanum, et/ou élixir parégorique</i>	705
	<i>Le sulfate de morphine</i>	706
	<i>L'héroïne ou diacétylmorphine Description</i>	706
	<i>La codéine</i>	707
	<i>Opioides de synthèse</i>	708
	<i>Autres médicaments dérivées d'opiacés synthétiques</i>	710
3.2.	Substances perturbatrices psychodysleptiques	712
3.2.1.	Cannabis et dérivés	712
	<i>Description</i>	712
	<i>Effets physiologiques</i>	713
3.2.2.	Hallucinogènes (psychédéliques)	716

	<i>Champignons hallucinogènes</i>	716
	<i>Les hallucinogènes de synthèse</i>	717
3.2.3.	Alcool	720
	<i>Alcool éthylique</i>	720
	<i>Alcool méthylique</i>	720
3.2.4.	Solvants et produits inhalés	720
	<i>Produits utilisés</i>	720
	<i>Effets</i>	721
3.3.	Substances stimulantes	721
3.3.1.	Amphétamines	721
	<i>Indications actuelles</i>	722
3.3.2.	Cocaïne	722
	<i>Description</i>	722
	<i>Dérivés Crack</i>	723
	<i>Effets</i>	723
	<i>Conséquences cliniques</i>	724
	<i>Neurobiologie de la cocaïne</i>	724
3.3.3.	Drogues de synthèse illégales – designers drugs	724
3.3.4.	Xanthines	724
	<i>Caféine (café)</i>	724
	<i>Théobromine (thé)</i>	725
	<i>Cola</i>	725
	<i>Cacao</i>	725
3.3.5.	Nicotine	725
	<i>Étiopathologie</i>	725
	<i>Test de Fagerstrom</i>	726
	<i>Interprétation des résultats du test</i>	726
	<i>Traitement</i>	726
	<i>Chicha, narghilé ou pipe à eau</i>	727
3.3.6.	Kath	728
3.3.7.	Associations	728
4.	L'ALCOOL	728
4.1.	Prévalence	728
4.2.	Propriétés	729
4.2.1.	Propriétés psychotropes	729
4.2.2.	Propriétés toxiques	729
4.3.	Caractéristiques de l'intoxication alcoolique	729
4.4.	Hypothèses psychanalytiques	730
4.5.	Hypothèses neuropsychologiques et neurobiologiques	730
4.5.1.	Facteurs génétiques et biologiques insuffisamment connus	730
4.5.2.	Facteurs sociaux et environnementaux multiples	730
4.5.3.	Facteurs neuropsychologiques	731

4.6. Formes d'intoxication alcoolique	731
4.6.1. L'intoxication alcoolique	731
4.6.2. Le sevrage alcoolique	732
4.7. Aspects médicaux préventifs et évolutifs	732
4.7.1. Évolution et pronostic	732
4.7.2. Prévention	732
4.8. Aspects thérapeutiques	733
4.8.1. Le travail en équipe	733
4.8.2. Thérapeutiques médicamenteuses	734
4.8.3. Psychothérapie	735
4.8.4. Le concept de co-alcoolisme	736
4.8.5. Hospitalisation	736
5. ADDICTIONS SANS DROGUE	737
5.1. Le jeu pathologique	737
5.1.1. Prévalence	737
5.1.2. Comorbidité psychiatrique	737
<i>Dépression et états maniaques ou hypomaniaques</i>	737
<i>Personnalités antisociales</i>	737
<i>Usage de drogues et d'alcool</i>	738
<i>Troubles des conduites alimentaires</i>	738
5.2. Les achats compulsifs	738
5.3. Addictions comportementales	738
5.3.1. Addiction au sexe ou sexualité compulsive	738
<i>Description</i>	738
<i>Traitement</i>	739
5.3.2. Addiction au sport, au travail	739
5.3.3. Troubles des conduites alimentaires	739
5.3.4. Cyberdépendance, télévision, jeux de console, jeux vidéo	740
<i>Dépendance à internet</i>	740
<i>Questionnaire sur l'addiction à internet</i>	741
<i>Traitement</i>	741
6. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	741
6.1. La relation thérapeutique	741
6.2. Les thérapies	742
6.2.1. Psychothérapie de groupe	742
6.2.2. Groupes d'entraide	742
6.2.3. Thérapies systémiques	743
6.2.4. Psychothérapie individuelle	743
6.2.5. Communautés thérapeutiques	743
6.3. La prise en charge médicale	743
6.3.1. Sevrage anonyme	743
6.3.2. Traitements de substitution	744
6.3.3. Dépistage des comorbidités	744

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TROUBLES	
DE LA DÉPENDANCE	744
Sites internet	746
<i>Drogues</i>	746
<i>Observatoire européen des drogues et des toxicomanies</i>	747
<i>Office international de contrôle des stupéfiants</i>	747
<i>Mission interministérielle de lutte contre la drogue</i>	
<i>et la toxicomanie</i>	747
<i>Addictions au jeu</i>	747
<i>Tabac</i>	747
<i>Alcool</i>	747
Romans	748
Films	748
CHAPITRE 20 <b>Troubles du contrôle des impulsions</b>	749
1. DÉPENSISERS ET ACHETEURS COMPULSIFS	750
1.1. Définition et Prévalence	750
1.2. Étiopathogénie	750
1.3. Symptomatologie	751
1.4. Critères DSM	752
1.5. Évolution et comorbidité	752
1.6. Traitement	752
2. JEU PATHOLOGIQUE	753
2.1. Définition	753
2.2. Prévalence	753
2.3. Symptomatologie	753
2.3.1. Phase de gain	753
2.3.2. Phase de perte	754
2.3.3. Phase de désespoir	754
2.4. Diagnostic différentiel	754
2.5. Évolution et comorbidité	755
2.6. Traitement	755
2.6.1. Groupes d'entraide	756
2.6.2. Références bibliographiques	756
3. KLEPTOMANIE	756
3.1. Définition et prévalence	756
3.2. Étiopathogénie	757
3.3. Critères du DSM	757
3.4. Évolution et comorbidité	757
3.5. Diagnostic différentiel	758
3.6. Traitement	758
4. PYROMANIE	758
4.1. Définition	758
4.2. Critères du DSM	758

---

4.3. Traitement	759
4.3.1. Roman	759
5. TROUBLE EXPLOSIF INTERMITTENT OU ISOLÉ	759
5.1. Définition	759
5.2. Étiopathogénie	760
5.3. Critères DSM	760
5.4. Diagnostic différentiel	760
5.5. Traitement	761
6. TRICHOTILLOMANIE	761
6.1. Définition et prévalence	761
6.2. Étiopathogénie	762
6.3. Évolution et comorbidité	762
6.4. Critères du DSM	762
6.5. Diagnostic différentiel	763
6.6. Traitement	763
7. ONYCHOPHAGIE	763
8. PÉDOPHILIE	763
9. TROUBLES ALIMENTAIRES	764
10. TOC	764
11. BIBLIOGRAPHIE SUR LES TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS	764
Internet	764
Roman	764
<b>CHAPITRE 21 Troubles factices et autres syndromes</b>	<b>765</b>
RÉCAPITULATIF DU CHAPITRE 21	765
1. TROUBLES FACTICES OU PATHOMIMIES	765
1.1. Syndrome de Mûnchausen	766
1.1.1. Définition	766
1.1.2. Diagnostic	766
1.1.3. Pathogénie et traitement	767
1.2. Syndrome de Mûnchausen par procuration	767
1.2.1. Définition	767
1.2.2. Critères diagnostiques	767
1.2.3. Étiologie	768
<i>Actes provoqués</i>	768
1.3. Syndrome de Lathénie de Ferjol	768
1.3.1. Définition	768
1.3.2. Diagnostic	768
1.3.3. Comorbidité	769
1.4. Dermatoses factices	769
1.5. Diagnostic différentiel des pathomimies	769

2. SYNDROME DE STOCKHOLM	770
2.1. Définition	770
2.2. Historique	770
2.3. Critères de diagnostic du syndrome	770
2.4. Déroulement type d'une prise d'otage	771
2.5. Hypothèses étiopathogéniques	772
3. SYNDROME PSYCHO-ORGANIQUE (POS)	773
3.1. Définition	773
3.2. Étiologie	773
3.3. Symptomatologie	773
3.4. Diagnostic	774
4. SYNDROME DE PETER PAN	774
4.1. Définition	774
4.2. Étiopathogénie	774
4.3. Symptomatologie	775
5. SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE	775
5.1. Définition	775
5.2. Prévalence	776
5.3. Étiopathogénie	776
5.4. Symptomatologie	776
5.5. Évolution	776
5.6. Traitement	777
6. SYNDROME DE HIKIKOMORI	777
6.1. Définition	777
6.2. Prévalence	777
6.3. Symptomatologie	778
6.4. Etio-pathogénie	778
6.4.1. Attachement insécuré	778
6.4.2. Brimades scolaires et/ou rejets de la part des parents	778
6.4.3. Intense pression du système scolaire et peur de l'échec	778
6.4.4. Enfermement à domicile	779
6.4.5. Difficultés concrètes en France	779
6.5. Traitement	779
7. SYNDROME DE MÉDÉE	779
7.1. Définition	779
7.2. Symptomatologie	779
7.3. Etiopathogénie	780
7.4. Évolution et traitement	780
8. TROUBLES IDENTITAIRES RELATIFS À L'INTÉGRITÉ CORPORELLE	781
8.1. Définition	781
9. SYNDROME D'ENFERMEMENT – <i>LOCKED-IN SYNDROME</i>	782
9.1. Définition	782

9.2. Symptomatologie	782
9.3. Évolution	782
10. SYNDROME D'HUBRIS – LA MALADIE DU POUVOIR	782
10.1. Critères du syndrome d'hubris	783
11. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	784
Internet	785
Livre-document	785
<b>CHAPITRE 22 Démences et retard mental</b>	<b>787</b>
1. LES DÉMENCES	788
1.1. Démence de type Alzheimer	790
1.1.1. Étiopathogénie	790
1.1.2. Prévalence	790
1.1.3. Symptomatologie	791
1.1.4. Psychose de la maladie d'Alzheimer versus schizophrénie du grand âge	792
1.2. Démence à corps de Lewy	793
1.3. Démences frontales ou fronto-temporales	793
1.3.1. Hydrocéphalie à pression normale	793
1.4. Démences et affections médicales	794
1.4.1. Démences vasculaires	794
1.4.2. Maladie de Parkinson	794
<i>Définition et prévalence</i>	794
<i>Symptomatologie</i>	794
<i>Diagnostic différentiel</i>	794
<i>Prise en charge des problèmes psychiques             de la Maladie de Parkinson</i>	795
1.4.3. Démence due à la maladie du virus V.I.H.	795
1.4.4. Démence due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob	795
1.4.5. Démence de la maladie de Huntington	796
1.5. Démences dues à une substance	796
1.6. Démences au décours de maladies	797
1.7. Démences dues à un traumatisme crânien	797
2. RETARD MENTAL	797
2.7.1. Étiologie des retards mentaux	797
<i>Origine péri-natale</i>	798
<i>Origine post-natale</i>	798
<i>Étiologies curables si diagnostiquées</i>	798
<i>Origine environnementale</i>	799
3. BIBLIOGRAPHIE SUR LES DÉMENCES ET LE RETARD MENTAL	799
Références internet	800
Films	800

CHAPITRE 23	<b>Thérapeutiques médicamenteuses</b>	801
1.	PHARMACOLOGIE DES PSYCHOTROPES	803
1.1.	Médications agissant sur la vigilance	803
1.1.1.	Les psychostimulants ou nooanaleptiques	803
1.1.2.	Les somnifères ou hypnotiques	804
1.1.3.	Les psychodysléptiques	804
1.2.	Médications agissant sur l'humeur	805
1.2.1.	Les antidépresseurs	805
1.2.2.	Les tranquillisants mineurs ou anxiolytiques	805
1.2.3.	Les tranquillisants majeurs ou neuroleptiques	805
1.2.4.	Les psychodysléptiques	805
2.	LES ANXIOLYTIQUES (TRANQUILLISANTS MINEURS)	806
2.1.	Principe	806
2.2.	Type de benzodiazépines	807
2.2.1.	Benzodiazépines à courte durée d'action	807
2.2.2.	Benzodiazépines à moyenne et longue durée d'action	807
2.3.	Choix de l'anxiolytique	808
2.4.	Effets secondaires des anxiolytiques	809
2.5.	Contre-indications principales	809
2.5.1.	Interactions principales	809
2.5.2.	Précautions principales	809
2.5.3.	Posologie	810
2.6.	Grossesse et allaitement	811
2.7.	Règles de prescription	811
2.8.	Tableaux récapitulatifs des benzodiazépines	812
2.8.1.	Benzodiazépines anxiolytiques	812
2.8.2.	Benzodiazépines hypno-sédatives	813
2.8.3.	Anxiolytiques non benzodiazépiniques	813
2.8.4.	Anxiolytiques à base de plantes (phytothérapie)	814
2.8.5.	Mélatonine (Jet lag – troubles du sommeil)	815
3.	LES ANTIDÉPRESSEURS (THYMOANALEPTIQUES)	815
3.1.	Remarques générales sur la classe	815
3.2.	Mode d'action des antidépresseurs	816
3.3.	Principes de prescription des antidépresseurs	817
3.3.1.	Diagnostic préalable	817
3.3.2.	La posologie	819
3.3.3.	Les interactions principales	820
3.3.4.	Antidépresseurs et grossesse	821
3.3.5.	Autres domaines d'utilisation éventuelle	822
3.4.	Les différentes classes d'antidépresseurs	824
3.4.1.	Les antidépresseurs du premier groupe	824
	<i>Les antidépresseurs imipraminiques et leurs dérivés</i>	824
	<i>L'amitriptyline et ses dérivés. Voir tableau 23.7.</i>	825
	<i>Autre type de classement des antidépresseurs tricycliques</i>	826

3.4.2.	Les antidépresseurs du deuxième groupe	827
3.4.3.	Les antidépresseurs du troisième groupe (ISRS)	829
3.4.4.	Le bupropion	830
	<i>Indication</i>	831
	<i>Effets secondaires</i>	831
3.4.5.	Nouvelle classe d'antidépresseurs	831
3.5.	Effets secondaires généraux des antidépresseurs	833
3.5.1.	Effets secondaires pour les trois groupes	833
3.5.2.	Effets secondaires pour les 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> groupes	833
3.5.3.	Effets secondaires pour les ISRS	833
3.6.	Les antidépresseurs de type Monoamine oxydases	834
3.6.1.	Inhibiteurs irréversibles des monoamine oxydases	834
3.6.2.	Inhibiteurs réversibles des monoamines-oxydases	
	A (IRMA-RIMA)	834
	<i>Contre-indications</i>	835
	<i>Effets secondaires</i>	835
	<i>Précautions</i>	835
	<i>Avantages</i>	835
3.7.	Les antidépresseurs atypiques	835
3.8.	Les dérivés du millepertuis	836
3.8.1.	Indication	836
3.8.2.	Effets secondaires principaux	836
3.8.3.	Interactions principales	836
4.	LES THYMO-ANALEPTIQUES OU THYMORÉGULATEURS	836
4.8.1.	Les sels de lithium	837
	<i>Indications des sels de lithium</i>	837
	<i>Pharmacocinétique</i>	837
	<i>Effets secondaires</i>	837
	<i>Contre-indications formelles</i>	838
	<i>Bilan avant Lithium</i>	838
	<i>Posologie</i>	838
	<i>Associations</i>	838
4.8.2.	Carbamazépine Indications	839
	<i>Pharmacologie</i>	839
	<i>Effets secondaires</i>	839
	<i>Posologie et conséquences pratiques</i>	839
	<i>Interactions médicamenteuses</i>	839
4.8.3.	Valproate de sodium/acide valproïque Indications	840
	<i>Effets pharmacologiques</i>	840
	<i>Effets secondaires</i>	841
	<i>Interactions médicamenteuses</i>	841
	<i>Contre-indications</i>	841
	<i>Surveillance</i>	841
4.8.4.	Lamotrigine	841
	<i>Indications</i>	841

<i>Effets secondaires</i>	842
<i>Interactions médicamenteuses</i>	842
<i>Posologie</i>	842
4.8.5. Autres thymorégulateurs	842
5. LES NEUROLEPTIQUES (TRANQUILLISANTS MAJEURS)	842
5.1. Indications	842
5.1.1. Antipsychotiques classiques	843
5.1.2. Antipsychotiques atypiques	843
5.2. Pharmaco-cinétique des neuroleptiques	843
5.2.1. Neuroleptiques ou antipsychotiques classiques	844
5.2.2. Neuroleptiques ou antipsychotiques « atypiques »	844
5.3. Effets secondaires des neuroleptiques	844
5.3.1. Effets neurologiques extra-pyramidaux	844
<i>Les dystonies aiguës</i>	844
<i>L'akathisie</i>	845
<i>Le parkinsonisme</i>	845
<i>Le tremblement buccal (Rabbit syndrom)</i>	845
<i>Les dyskinésies tardives</i>	845
<i>Diminution du seuil convulsif</i>	846
5.3.2. Effets indésirables psychiatriques	846
5.3.3. Effets indésirables somatiques et métaboliques	846
5.3.4. Le syndrome malin des neuroleptiques ou syndrome neuroleptique malin	847
5.3.5. Leucopénie et agranulocytose	847
5.4. Grossesse et allaitement	848
5.5. Mode d'emploi des neuroleptiques	848
5.5.1. Précautions	848
5.5.2. Prescription	848
5.5.3. Contre-indications	849
5.5.4. Interactions médicamenteuses	849
5.5.5. Précautions principales	849
5.5.6. Posologie	849
5.5.7. Traitement de consolidation et d'entretien	850
5.6. Neuroleptiques ou antipsychotiques classiques	850
5.6.1. Phénothiazides	850
5.6.2. Butyrophénones	850
5.6.3. Benzamides	850
6. NEUROLEPTIQUES OU ANTIPSYCHOTIQUES « ATYPIQUES »	855
7. LES STIMULANTS CENTRAUX	857
8. MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDANCE	858
9. LISTE ALPHABÉTIQUE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	859
10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES PSYCHOTROPES	860
Sites internet	860
Films	861

<b>CHAPITRE 24 Droits et devoirs</b>	<b>863</b>
1. CODE DE DÉONTOLOGIE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES (SNPPSY, EAGT, EAP)	863
1.1. Champ d'application	863
1.2. Infractions aux règles de déontologie	864
1.3. La profession de psychothérapeute	864
1.4. Compétence professionnelle et perfectionnement	864
1.5. Secret professionnel	864
1.6. Obligation de fournir des informations exactes et objectives	864
1.7. Cadre de la thérapie	865
1.8. Relations professionnelles avec les collègues	865
1.9. Principes déontologiques concernant la formation	865
1.10. Contribution à la santé publique	865
1.11. Recherche en psychothérapie	866
1.12. Obligations des organismes nationaux de l'EAP	866
2. DROITS DES PATIENTS – CHARTE MONDIALE DE LA PERSONNE EN PSYCHOTHÉRAPIE	866
Internet	867
<b>Postface</b>	<b>869</b>
<b>Glossaire</b>	<b>871</b>
<b>Bibliographie générale</b>	<b>899</b>
Revue	932
Romans, pièces de théâtre, livres de témoignages	932
CD-Roms	933
Films	933
Vidéos	935
<b>Webographie</b>	<b>937</b>
Addictions	937
Addictions au jeu	939
Alcool	939
Autisme	939
Borderlines, états limites	939
Cerveau	940
Cerveau	940
Démences, retards mentaux et maladies neuroleptiques	940
Démences et retard mental	941
Dépression	941
Drogues	941
DSM-V	942
Enfermement, coma	942

Maltraitements	942
<i>Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)</i>	942
Paranoïa	942
Parents-enfants	942
Personnalités dépendantes et évitantes	943
Personnalités évitantes et dépendantes	943
Phénomène borderline	943
Psychanalyses et psychothérapies	943
Psychosomatique et la santé	944
Psychotropes	945
Santé	945
Santé générale	945
Schizophrénie	947
Sites informatifs	948
Sommeil	948
Tabac	948
Thérapeutiques médicamenteuses	948
Troubles alimentaires	949
Troubles alimentaires	949
Troubles anxieux	949
Troubles anxieux	950
Troubles bipolaires	951
Troubles de l'humeur	951
Troubles de la personnalité	952
Troubles du contrôle des impulsions	952
Troubles du sommeil	952
Troubles schizophréniques	952
Troubles sexuels	953
Troubles sexuels	954
Troubles somatiques fonctionnels	955
Troubles somatoformes et dissociatifs	955
<b>Liste d'associations et d'adresses</b>	<b>957</b>
2.1. Sociétés internationales	957
2.2. Sociétés nationales	957
2.3. Instituts de formation	958
2.4. Adresses utiles	958

<b>Index des auteurs</b>	959
<b>Index des notions</b>	965
<b>Tableaux récapitulatifs</b>	985
1. LES PSYCHOTROPES	985
1.1. Index d'anxiolyse des benzodiazépines anxiolytiques	985
1.2. Benzodiazépines hypnotiques (non barbituriques)	986
1.3. Anxiolytiques non benzodiazépiniques	986
1.4. Benzodiazépines anxiolytiques	987
1.5. Principaux antidépresseurs du premier groupe (AD tricycliques)	987
1.6. Antidépresseurs tricycliques à effets activateurs dominants	988
1.7. Antidépresseurs tricycliques à effets thymoanaleptiques dominants	988
1.8. Antidépresseurs tricycliques à effets sédatifs dominants	989
1.9. Antidépresseurs du deuxième groupe	989
1.10. Associations d'antidépresseurs	990
1.11. Principaux antidépresseurs ISRS-SSRI	990
1.12. Le bupropion	991
1.13. Antidépresseurs atypiques	992
1.14. Thymoanaleptiques ou thymorégulateurs	992
1.15. Dérivés du millepertuis	993
1.16. Neuroleptiques ou antipsychotiques classiques (phénoth. & thioxanth.)	993
1.17. Neuroleptiques ou antipsychotiques classiques	994
1.18. Neuroleptiques ou antipsychotiques classiques (benzamides)	995
1.19. Neuroleptiques ou antipsychotiques « atypiques »	996
1.20. Les stimulants centraux	997
1.21. Médicaments utilisés en cas de dépendance	998
1.22. Liste alphabétique des médicaments psychotropes	999
2. SCHÉMAS RÉCAPITULATIFS	1010
2.1. Récapitulatif des troubles anxieux	1010
2.2. Récapitulatif d'un suivi antidépresseur	1011
2.3. Spectre bipolaire	1012

# Psychopathologie

Conçu pour permettre aussi bien une consultation rapide (propre aux diagnostics différentiels) grâce aux renvois internes qu'une lecture plus approfondie, ce manuel offre un panorama exhaustif des problématiques psychopathologiques qui peuvent être rencontrées par un soignant au cours de sa vie professionnelle.

Alliant les approches des neurosciences, de la psychanalyse, de la théorie de l'attachement, des thérapies humanistes, comportementales et médicamenteuses, cet ouvrage crée un pont entre la médecine et la psychologie.

Après un rappel de certains éléments de base (définition de la psychopathologie, bases neurobiologiques et psychogénétiques, éléments de nosologie), il présente de manière méthodique les différents troubles susceptibles d'être rencontrés, de même que les voies thérapeutiques possibles (un chapitre complet est consacré aux différentes thérapies médicamenteuses).

Le lecteur profitera également des annexes utiles qui terminent l'ouvrage :

- un glossaire de plus de 400 définitions ;
- un index des auteurs ;
- une bibliographie thématique ;
- une webographie thématique ;
- des tableaux récapitulatifs ;
- une liste alphabétique des psychotropes.

Ce manuel est destiné aux professionnels de la santé, de même qu'aux professionnels de la santé mentale, psychothérapeutes et médecins de première ligne. Il intéressera également les étudiants de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles en psychologie.

## Michel Delbrouck

Est médecin, psychothérapeute et formateur, très actif dans le domaine de la formation et de l'aide aux professionnels de la santé en difficulté. Il est notamment past-président de la société Balint (Belgique) qui s'occupe de la relation « médecin-malade », « soignant-soigné » en proposant à de nombreux soignants une réflexion approfondie sur la qualité de leurs relations avec leurs patients par le biais de séminaires, de formations, de groupes de travail en Belgique et en France. Il collabore avec la Suisse et le Canada. Michel Delbrouck est aussi directeur de l'*Institut de Formation et de Thérapie pour soignants*.  
[www.ifts.be](http://www.ifts.be)

PSMEPS

ISBN 978-2-8041-7602-0

ISSN

1780-9517

[www.deboeck.com](http://www.deboeck.com)



9 782804 176020