

Le psychologue et les thérapies des maux mentaux

Aide Mémoire du psychologue clinicien

Par : Psy. Kasongo Bwanangabo Oscar

Notice : Cet ouvrage est conçu à l'aide d'une intelligence artificielle qui sert d'aide mémoire aux psychologues praticiens (psychologues cliniciens. Il met en évidence de manière synthétique quelques troubles mentaux, partant de la classification traditionnelle et classique ou modernes en mettant en lumière : leurs tableaux cliniques ou symptomatologie, leur étiologies et leurs thérapies expliquées de manière claire.

Le 26 Septembre 2025

**Partie I – Les Psychoses, les neuvroses et états limites dans une classification
classique**

1. Schizophrénie

Définition : La schizophrénie est un trouble psychotique chronique caractérisé par des distorsions de la pensée, des perceptions et de la réalité, avec altération du fonctionnement social et professionnel.

Tableau clinique / Symptômes :

Symptômes positifs : hallucinations auditives (voix commentant le comportement), hallucinations visuelles, délires (persécution, grandeur, référence).

Symptômes négatifs : émoussement affectif, retrait social, alogie (pauvre discours), anhédonie (perte du plaisir), avolition (manque d'initiative).

Symptômes cognitifs : troubles de l'attention, mémoire, fonctions exécutives (planification, organisation).

Étiologies :

Biologiques : prédisposition génétique, anomalies du cortex préfrontal et du système dopaminergique, dysfonctionnement neurodéveloppemental.

Psychodynamiques : troubles précoces d'attachement, conflit intrapsychique non résolu.

Environnementales : stress psychosocial, traumatisme, usage précoce de substances psychotropes.

Thérapies pratiques :

1. Médicamenteuse : antipsychotiques typiques ou atypiques, ajustement

progressif des doses, suivi des effets secondaires.

2. Psychothérapie cognitive pour psychose : identifier les croyances délirantes, tester la réalité, exercices de restructuration cognitive guidée.

3. Psychoéducation : séances avec le patient et la famille pour expliquer la maladie, les signes précoces et la prévention des rechutes

4. Réhabilitation psychosociale : activités de groupe, formation professionnelle, soutien à la vie quotidienne pour améliorer l'autonomie.

Vignette clinique :

> Monsieur A., 24 ans, entend des voix commentant ses actions. Il croit que ses voisins complotent contre lui. Grâce à l'association d'un antipsychotique, de séances hebdomadaires de TCC et d'une réinsertion sociale progressive, ses symptômes positifs diminuent et il retrouve un rythme de vie plus stable.

2. Troubles bipolaires avec épisodes psychotiques

Définition : Trouble de l'humeur caractérisé par alternance d'épisodes maniaques et dépressifs, pouvant inclure des épisodes psychotiques.

Tableau clinique :

Manie : humeur euphorique ou irritable, hyperactivité, logorrhée, idées de grandeur, réduction du besoin de sommeil, comportements impulsifs.

Dépression : tristesse intense, fatigue, perte d'intérêt, idées suicidaires.

Psychose : hallucinations ou délires pendant les phases extrêmes.

Étiologies :

Hérédité familiale, anomalies neurochimiques (dopamine, sérotonine), perturbation du rythme circadien, stress psychosocial.

Thérapies pratiques :

1. Stabilisateurs de l'humeur (lithium) : surveillance régulière des concentrations plasmatiques, ajustement selon tolérance.
2. Antipsychotiques : pendant les phases psychotiques.
3. Psychoéducation : reconnaissance des signes précurseurs, stratégies d'adaptation.
4. Thérapie cognitive et comportementale : gestion de l'impulsivité et régulation des émotions.

Vignette clinique :

> Madame B., 30 ans, présente des épisodes de grande euphorie alternant avec des épisodes dépressifs. L'instauration d'un traitement stabilisateur et de séances de TCC ciblées sur la régulation émotionnelle permet de réduire l'intensité et la fréquence des épisodes.

3. Paranoïa et troubles délirants chroniques

Définition : Trouble caractérisé par des idées délirantes persistantes, souvent de persécution, sans altération majeure du fonctionnement cognitif.

Tableau clinique :

Délire systématisé (persécution, jalousie, grandeur)

Méfiance intense, hostilité, isolement social

Fonctionnement social et professionnel relativement conservé

Étiologies :

Facteurs génétiques, personnalité paranoïaque préexistante, stress prolongé

Thérapies pratiques :

1. Psychothérapie individuelle : développement d'une alliance thérapeutique, validation des émotions, correction douce des croyances délirantes.
2. Support psychosocial : activités de groupe, soutien familial, prévention de l'isolement.
3. Pharmacothérapie : antipsychotiques si symptômes invalidants.

Vignette clinique :

> Monsieur C., 45 ans, est convaincu que ses collègues veulent lui nuire. Grâce à un suivi psychothérapeutique et à un traitement antipsychotique faible, son anxiété diminue et il réintègre progressivement ses activités professionnelles.

4. Psychoses hallucinatoires chroniques

Définition : Troubles caractérisés par des hallucinations persistantes, généralement auditives ou visuelles, avec altération partielle du jugement de réalité, mais relativement préservées les fonctions cognitives.

Tableau clinique / symptômes :

Hallucinations auditives persistantes (voix commentant, critiquant ou donnant des ordres)

Hallucinations visuelles parfois complexes

Retrait social, anxiété, irritabilité

Perturbation du sommeil et de l'appétit

Étiologies :

Anomalies neurochimiques (dopamine, glutamate)

Facteurs génétiques et neurodéveloppementaux

Stress chronique ou traumatisme précoce

Thérapies pratiques :

1. Pharmacothérapie : antipsychotiques atypiques à doses adaptées, suivi régulier pour effets secondaires.
2. Rééducation cognitive : exercices d'attention, mémoire et résolution de problèmes, pour limiter l'impact des hallucinations
3. Thérapie d'acceptation et d'engagement : apprendre à reconnaître les

hallucinations sans y réagir de manière anxieuse.

4. Soutien social et familial : groupes de parole, inclusion dans des activités structurées.

Vignette clinique :

> Madame D., 32 ans, entend régulièrement des voix qui la critiquent. Après initiation d'un traitement antipsychotique et participation à un groupe thérapeutique, elle parvient à réduire son anxiété et à mieux gérer ses hallucinations au quotidien.

5. Bouffées délirantes aiguës

Définition : Apparition soudaine de délires, souvent accompagnée d'agitation, d'anxiété ou d'humeur instable, de durée courte mais intense.

Tableau clinique / symptômes :

- Délires soudains (persécution, grandeur)
- Agitation psychomotrice, impulsivité
- Anxiété ou euphorie selon le type
- Confusion légère ou altération du jugement

Étiologies :

Stress aigu, événements traumatiques récents

Prédisposition psychologique ou biologique

Consommation de substances psychoactives

Thérapies pratiques :

1. Stabilisation médicamenteuse rapide : antipsychotiques à action rapide pour réduire agitation et délire.
2. Soutien psychologique immédiat : rassurer le patient, limiter l'isolement, prévenir les passages à l'acte.
3. Thérapie post-crise : analyser l'épisode avec le patient, renforcer les stratégies de prévention et de gestion du stress.

Vignette clinique :

> Monsieur E., 28 ans, a présenté une bouffée délirante après un événement traumatisant. Grâce à l'hospitalisation courte et à la mise en place d'une thérapie cognitive post-crise, il retrouve progressivement son fonctionnement normal.

Transition vers les Névroses

Après avoir couvert toutes les psychoses principales, nous allons maintenant détailler les névroses, en suivant le même modèle : symptômes détaillés, étiologies, thérapies pratiques et vignettes cliniques.

1. Troubles anxieux (névrose phobique et anxiété généralisée)

Définition : La névrose anxieuse est un trouble psychique caractérisé par une peur excessive, une inquiétude constante et des manifestations somatiques liées à l'anxiété.

Tableau clinique / symptômes :

Trouble phobique : peur intense, irrationnelle et persistante d'un objet ou situation spécifique (ex : araignées, espaces clos)

Anxiété généralisée : inquiétude excessive sur différents aspects de la vie quotidienne, tension musculaire, irritabilité, troubles du sommeil

Symptômes somatiques : palpitations, sueurs, tremblements, maux de tête

Étiologies :

Prédisposition génétique et tempérament anxieux

Expériences traumatisantes précoces ou conditionnement phobique

Facteurs cognitifs : tendance à catastrophiser et à surestimer les dangers

Thérapies pratiques :

1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : exposition progressive à la source de la peur, restructuration des pensées irrationnelles, relaxation et respiration contrôlée.

2. Techniques corporelles et relaxation : entraînement à la respiration abdominale, relaxation musculaire progressive, méditation guidée.

3. Pharmacothérapie : anxiolytiques à court terme ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine pour anxiété chronique.

Vignette clinique :

> Madame F., 35 ans, souffre d'une phobie sociale : elle évite les réunions de travail par peur du jugement. Grâce à une TCC structurée et à des exercices d'exposition graduée, elle participe progressivement à des réunions et diminue son anxiété.

2. Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

Définition : Trouble caractérisé par des obsessions (pensées intrusives, répétitives et anxiogènes) et des compulsions (rituels visant à réduire l'anxiété).

Tableau clinique / symptômes :

Obsessions : peur de contamination, d'erreur, de danger, idées interdites

Compulsions : lavage répété, vérifications, comptage, répétitions mentales

Perte de temps importante, perturbation du fonctionnement social et professionnel

Étiologies :

Biologiques : dysfonctionnement sérotoninergique, anomalies des circuits cortico-striataux

Psychodynamiques : conflits inconscients, formation réactionnelle

Facteurs cognitifs : surévaluation des risques, perfectionnisme

Thérapies pratiques :

1. Exposition avec prévention de la réponse (EPR) : confrontation progressive à l'objet de peur sans réaliser le rituel, jusqu'à diminution de l'anxiété.
2. Restructuration cognitive : identifier et corriger les croyances irrationnelles, comme "si je ne lave pas mes mains 10 fois, ma famille sera en danger".
3. Thérapie psychodynamique : exploration des conflits inconscients, symbolisation des obsessions.
4. Pharmacothérapie : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), parfois en combinaison avec TCC.

Vignette clinique :

> Monsieur G., 28 ans, se lave les mains plus de 50 fois par jour par peur d'infection. Après 12 semaines d'EPR progressive et TCC, il réduit ses rituels à une fréquence normale et retrouve une vie sociale satisfaisante.

3. Troubles hystériques / troubles de conversion

Définition : Troubles caractérisés par des symptômes physiques (paralysie, tremblements, cécité, crises) sans cause médicale identifiable, souvent liés à des conflits psychiques inconscients.

Tableau clinique / symptômes :

Paralysies ou faiblesses localisées

Tremblements ou crises convulsives sans étiologie neurologique

Symptômes sensoriels : perte de vision, surdité

Maintien d'un état émotionnel dramatique et attentionnel centré sur les symptômes

Étiologies :

Conflits psychiques refoulés exprimés sous forme somatique

Influence du milieu familial et culturel

Facteurs de stress psychologique aigu ou chronique

Thérapies pratiques :

1. Thérapie psychodynamique : exploration des conflits inconscients, interprétation des symptômes, travail sur le transfert et le contre-transfert.
2. Approches comportementales : techniques de désensibilisation pour les symptômes moteurs ou sensoriels.
3. Soutien familial et psychoéducation : explication du lien entre stress et symptômes physiques, encouragement à la reprise progressive des activités.

Vignette clinique :

> Madame H., 22 ans, présente une paralysie temporaire du bras gauche après un conflit familial intense. Grâce à la psychothérapie analytique et à la rééducation fonctionnelle, elle récupère progressivement la mobilité et comprend le lien avec son stress.

4. Dépression névrotique

Définition : Forme de dépression caractérisée par tristesse, anxiété et culpabilité excessive, sans symptômes psychotiques.

Tableau clinique / symptômes :

Humeur dépressive persistante, fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit

Culpabilité excessive, faible estime de soi

Difficultés de concentration, retrait social

Étiologies :

Facteurs biologiques : déséquilibres neurochimiques (sérotonine, noradrénaline)

Psychodynamiques : conflits intrapsychiques non résolus, sentiment de perte ou frustration

Facteurs cognitifs : pensées négatives récurrentes, rumination

Thérapies pratiques :

1. Thérapie cognitive et comportementale : identifier et restructurer les pensées négatives, activation comportementale.
2. Thérapie psychodynamique : exploration des pertes, frustrations et conflits inconscients.
3. Pharmacothérapie : antidépresseurs (ISRS ou IRSN) selon la sévérité.
4. Soutien social : activités sociales guidées, groupes de soutien.

Vignette clinique :

> Monsieur I., 34 ans, présente une tristesse constante et culpabilité après un divorce. Après 10 semaines de TCC et initiation d'un ISRS, son humeur s'améliore et il reprend progressivement ses activités quotidiennes.

Passons maintenant à la dernière section de la Partie I : les États-limites, en détaillant chaque trouble avec symptômes, étiologies, thérapies pratiques et vignettes cliniques.

Les États-limites

1. Trouble borderline (personnalité limite)

Définition : Trouble de la personnalité caractérisé par une instabilité émotionnelle, relationnelle et identitaire, avec impulsivité marquée et comportements auto-destructeurs.

Tableau clinique / symptômes :

Instabilité affective : variations rapides de l'humeur (colère, tristesse, anxiété)

Peur intense de l'abandon réel ou imaginaire

Impulsivité : dépenses excessives, consommation de substances, comportements sexuels à risque

Comportements auto-agressifs : automutilation, tentatives de suicide

Relations interpersonnelles instables et idéalizations/dévalorisations rapides

Sentiment chronique de vide

Étiologies :

Facteurs biologiques : dysrégulation émotionnelle, anomalies des circuits limbique et préfrontal

Facteurs psychodynamiques : traumatismes précoces, carences affectives, attachement désorganisé

Facteurs environnementaux : abus, négligence, instabilité familiale

Thérapies pratiques :

1. Thérapie comportementale dialectique (TCD) : gestion des émotions intenses,

tolérance à la détresse, régulation des comportements impulsifs.

2. Thérapie basée sur la mentalisation : développer la capacité à comprendre les états mentaux propres et d'autrui pour améliorer les relations.

3. Thérapie des schémas : identifier et modifier les schémas de pensée dysfonctionnels ancrés depuis l'enfance.

4. Suivi structuré : planification des crises, ligne d'urgence, soutien psychoéducatif pour la famille.

Vignette clinique :

> Madame J., 26 ans, présente des épisodes de colère intense suivis d'automutilations lorsqu'elle se sent abandonnée par ses proches. Grâce à la TCD hebdomadaire et à la thérapie de mentalisation, elle apprend à gérer ses émotions et à stabiliser ses relations.

2. Trouble narcissique de la personnalité

Définition : Trouble caractérisé par un besoin excessif d'admiration, un manque d'empathie et une estime de soi fragile, souvent compensée par des comportements grandioses.

Tableau clinique / symptômes :

Sentiment de supériorité et de droit

Exploitation des autres pour atteindre ses objectifs

Difficultés à accepter les critiques

Relations interpersonnelles superficielles ou conflictuelles

Fragilité de l'estime de soi sous-jacente, anxiété ou dépression masquée

Étiologies :

Facteurs psychodynamiques : déficits précoces affectifs, survalorisation ou critique parentale excessive

Facteurs biologiques : prédispositions tempéramentales

Facteurs sociaux : valorisation excessive de la performance et de l'apparence

Thérapies pratiques :

1. Thérapie psychodynamique : travail sur les défenses narcissiques, exploration des blessures précoces, renforcement de l'estime de soi réelle.
2. Thérapie cognitive : identifier les croyances irréalistes et les distorsions de pensée.
3. Groupes de soutien : améliorer les compétences sociales et la reconnaissance empathique.

Vignette clinique :

> Monsieur K., 38 ans, se considère supérieur à ses collègues et réagit mal aux critiques. Après 12 mois de thérapie psychodynamique, il commence à reconnaître ses erreurs et à développer plus d'empathie.

3. Trouble histrionique de la personnalité

Définition : Trouble caractérisé par une recherche constante d'attention, des

comportements théâtraux et une expressivité émotionnelle excessive.

Tableau clinique / symptômes :

Comportement séducteur ou provocateur inapproprié

Émotions superficielles et labiles

Recherche d'attention et approbation permanente

Suggestibilité et influence facile par autrui

Préoccupation pour l'apparence physique et la séduction

Étiologies :

Facteurs psychodynamiques : carences affectives précoces, renforcement par attention ou flatterie

Facteurs cognitifs : besoin de validation externe

Thérapies pratiques :

1. Thérapie psychodynamique : exploration des besoins d'attention et des conflits affectifs inconscient
2. Thérapie cognitive : apprentissage de l'autonomie affective et de l'assertivité
3. Thérapie de groupe : amélioration des relations interpersonnelles et régulation émotionnelle

Vignette clinique :

> Madame L., 29 ans, adopte des comportements exagérés pour attirer

l'attention au travail. La thérapie cognitive et le groupe de soutien l'aident à stabiliser son comportement et à développer des relations plus authentiques.

4. Trouble antisocial de la personnalité

Définition : Trouble caractérisé par un mépris persistant des droits d'autrui, des comportements impulsifs, mensongers ou manipulateurs.

Tableau clinique / symptômes :

Violation répétée des normes sociales

Impulsivité et agressivité

Tromperie et manipulation pour profit personnel

Absence de remords ou culpabilité

Difficultés relationnelles et professionnelles chronique

Étiologies :

Facteurs biologiques : anomalies du cortex préfrontal et des circuits limbique, impulsivité

Facteurs environnementaux : abus, négligence, exposition à la violence

Facteurs psychodynamiques : incapacité à internaliser normes et limites

Thérapies pratiques :

1. Thérapie cognitivo-comportementale : travailler sur l'impulsivité et les comportements antisociaux, apprentissage des conséquences

2. Thérapie de groupe spécialisée : développer l'empathie et la responsabilisation

3. Gestion structurée : suivi étroit, renforcement positif des comportements adaptatifs

Vignette clinique

> Monsieur M., 32 ans, a des antécédents de vol et d'agressions. Avec un programme de TCC intensif et une supervision étroite, il apprend progressivement à contrôler ses impulsions et à respecter les règles sociales.

Nous passons maintenant à la Partie II : Classification moderne des troubles selon DSM-5 / CIM-11, en conservant le même niveau de détail pour chaque trouble : symptômes, étiologies, thérapies pratiques et vignettes cliniques.

Partie II – Classification moderne DSM-5 / CIM-11

1. Troubles neurodéveloppementaux

a) Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Définition : Trouble caractérisé par inattention, hyperactivité et impulsivité persistantes, présentes depuis l'enfance et impactant le fonctionnement scolaire, social et familial.

Tableau clinique / symptômes :

Inattention : difficulté à organiser, suivre les consignes, distraibilité élevée

Hyperactivité : agitation motrice, incapacité à rester assis, parler excessif

Impulsivité : interrompre les autres, difficulté à attendre son tour, décisions impulsives

Étiologies :

Facteurs génétiques : forte héritabilité

Facteurs neurobiologiques : anomalies des circuits fronto-striataux et neurotransmetteurs dopaminergiques

Facteurs environnementaux : prématurité, exposition au stress ou toxines précoces

Thérapies pratiques :

1. Intervention médicamenteuse : stimulants (méthylphénidate), suivi médical rigoureux

2. TCC pour enfants et adolescents : structuration des routines, apprentissage

de l'organisation, gestion des impulsions

3. Psychoéducation familiale : enseigner aux parents des techniques de renforcement positif et de gestion du comportement

Vignette clinique :

> Lucas, 10 ans, ne parvient pas à rester concentré en classe et perturbe les cours. Après instauration d'un stimulant et accompagnement parental, son attention s'améliore et son comportement devient plus structuré.

b) Troubles du spectre de l'autisme (TSA)

Définition : Troubles caractérisés par des déficits persistants de la communication sociale et des comportements restreints et répétitifs.

Tableau clinique / symptômes :

Difficultés de communication sociale : troubles du langage, manque de réciprocité sociale, difficultés à établir des relations

Comportements restreints et répétitifs : stéréotypies, routines rigides, intérêts restreints

Sensibilité sensorielle : hyper ou hypo-réactivité aux stimuli sensoriels

Étiologies :

Facteurs génétiques complexes, anomalies neurodéveloppementales, dysfonctionnement des circuits neuronaux

Facteurs environnementaux : exposition prénatale à certaines toxines, complications obstétricales

Thérapies pratiques :

1. Interventions comportementales : analyse appliquée du comportement (ABA), apprentissage structuré
2. Orthophonie et ergothérapie : amélioration du langage et des compétences motrices
3. Thérapie sociale et développementale : programmes pour renforcer les interactions sociales et l'autonomie

Vignette clinique :

> Emma, 6 ans, ne parle pas spontanément et joue seule. Après 6 mois de thérapie ABA et séances d'orthophonie, elle communique mieux et interagit avec ses pairs.

c) Déficience intellectuelle

Définition : Altération significative du fonctionnement intellectuel et des capacités adaptatives apparaissant avant 18 ans.

Tableau clinique / symptômes :

Retard global du développement intellectuel (QI inférieur à 70)

Difficultés dans la vie quotidienne : soins personnels, socialisation, communication

Variabilité selon la sévérité : légère, modérée, sévère, profonde

Étiologies :

Facteurs génétiques : trisomie 21, syndromes génétiques rares

Facteurs périnataux : prématurité, hypoxie, infections

Facteurs environnementaux : carences nutritionnelles, privation psychosociale sévère

Thérapies pratiques :

1. Programmes éducatifs spécialisés : enseignement individualisé et compétences adaptatives
2. Rééducation fonctionnelle : développement des habiletés sociales et motrices
3. Soutien familial et social : guidance parentale, intégration dans la communauté

Vignette clinique :

> Thomas, 12 ans, présente un retard intellectuel modéré. Grâce à un programme éducatif individualisé et un accompagnement familial structuré, il améliore ses compétences scolaires et sociales.

2. Troubles psychotiques et bipolaires (DSM-5 / CIM-11)

a) Schizophrénie et troubles psychotiques

Définition : Regroupe des troubles caractérisés par des distorsions de la pensée, de la perception et du jugement, avec altération du fonctionnement social et

professionnel.

Tableau clinique / symptômes :

Symptômes positifs : hallucinations auditives ou visuelles, idées délirantes, discours désorganisé

Symptômes négatifs : retrait social, émoussement affectif, alogie, avolition, anhédonie

Symptômes cognitifs : troubles de l'attention, mémoire, planification

Étiologies :

Biologiques : prédisposition génétique, anomalies dopaminergiques, dysfonctionnements neurodéveloppementaux

Psychodynamiques : conflits intrapsychiques, traumatismes précoces

Environnementales : stress psychosocial, usage de substances psychoactives

Thérapies pratiques :

1. Antipsychotiques : typiques et atypiques selon les symptômes et tolérance
2. Thérapie cognitive pour psychose : remise en question des croyances délirantes, exercices de réalité guidée
3. Réhabilitation psychosociale : inclusion dans activités sociales et professionnelles, groupe thérapeutique
4. Psychoéducation : prévention des rechutes, implication de la famille

Vignette clinique :

> Madame N., 27 ans, entend des voix la critiquant. Après initiation d'un antipsychotique et séances de TCC, ses hallucinations diminuent et elle reprend ses activités sociales.

b) Troubles bipolaires

Définition : Alternance d'épisodes maniaques/hypomaniaques et dépressifs, parfois accompagnés de symptômes psychotiques.

Tableau clinique / symptômes :

Manie : euphorie, irritabilité, hyperactivité, idées de grandeur, réduction du sommeil, impulsivité

Hypomanie : symptômes similaires mais moins sévères et sans altération majeure du fonctionnement

Dépression : tristesse, perte d'intérêt, fatigue, idées suicidaires

Psychose : hallucinations ou délires lors d'épisodes extrêmes

Étiologies :

Facteurs génétiques, anomalies neurochimiques (dopamine, sérotonine), perturbation du rythme circadien, stress psychosocial

Thérapies pratiques :

1. Stabilisateurs de l'humeur : lithium, anticonvulsivants
2. Antipsychotiques : pour phases psychotiques ou maniaques
3. TCC : gérer impulsivité, réguler émotions et anticiper signes précoces

4. Psychoéducation : reconnaissance des signaux d'alerte, stratégies préventives

Vignette clinique :

> Monsieur O., 31 ans, alterne entre euphorie excessive et épisodes dépressifs. Avec stabilisateur de l'humeur et TCC, la fréquence et l'intensité des épisodes diminuent significativement.

c) Trouble délirant

Définition : Idées délirantes persistantes (persécution, jalousie, grandeur) sans autres symptômes psychotiques majeurs.

Tableau clinique / symptômes :

Méfiance intense, isolement social, hostilité

Système de croyances délirantes cohérent et fixe

Fonctionnement social relativement préservé

Étiologies :

Prédisposition génétique et traits paranoïdes

Stress prolongé ou événements traumatisants

Thérapies pratiques :

1. Psychothérapie individuelle : validation des émotions, correction douce des croyances délirantes

2. Soutien psychosocial : inclusion dans activités structurées

3. Antipsychotiques : uniquement si symptômes invalidants

Vignette clinique :

> Monsieur P., 45 ans, croit que ses voisins complotent contre lui. Psychothérapie et antipsychotique léger lui permettent de réduire anxiété et isolement.

3. Troubles dépressifs

a) Trouble dépressif majeur

Définition : Épisode dépressif caractérisé par humeur triste ou perte d'intérêt/d'agrément presque tous les jours pendant au moins deux semaines, avec altération significative du fonctionnement social et professionnel.

Tableau clinique / symptômes :

Humeur dépressive, pleurs fréquents

Anhedonie (perte de plaisir), fatigue, ralentissement psychomoteur

Troubles du sommeil : insomnie ou hypersomnie

Perte d'appétit ou excès alimentaire

Sentiment de culpabilité excessive, idées de mort ou suicidaires

Étiologies :

Biologiques : déséquilibre sérotoninergique et noradrénergique

Psychodynamiques : pertes réelles ou symboliques non résolues

Cognitives : pensées automatiques négatives, rumination

Facteurs environnementaux : stress psychosocial, événements traumatisants

Thérapies pratiques :

1. Thérapie cognitivo-comportementale : identifier et restructurer les pensées négatives, activation comportementale
2. Thérapie interpersonnelle : améliorer relations et gestion des conflits sociaux
3. Pharmacothérapie : antidépresseurs ISRS ou IRSN, selon sévérité et tolérance
4. Soutien social : activités de groupe, guidance familiale

Vignette clinique :

> Madame Q., 37 ans, perd tout intérêt pour son travail et ses loisirs après un divorce. TCC et ISRS lui permettent de reprendre progressivement ses activités et de restaurer son humeur.

b) Trouble dysthymique (trouble dépressif persistant)

Définition : Dépression chronique légère à modérée, pendant au moins deux ans chez l'adulte, avec fluctuations mais persistance des symptômes.

Tableau clinique / symptômes :

Humeur dépressive quotidienne, fatigue, faible estime de soi

Insomnie légère ou hypersomnie, troubles de l'appétit

Difficultés relationnelles et professionnelles persistantes

Étiologies :

Facteurs biologiques : prédisposition génétique, neurotransmetteurs

Facteurs psychodynamiques : traits de personnalité anxieux ou dépendants

Stress chronique, environnement peu soutenant

Thérapies pratiques :

1. TCC prolongée : modification des schémas cognitifs persistant
2. Thérapie interpersonnelle : amélioration des relations et stratégies de résolution de conflits
3. Pharmacothérapie : ISRS ou IRSN pour symptômes chroniques

Vignette clinique :

> Monsieur R., 40 ans, présente une humeur constamment triste depuis 3 ans, avec fatigue et perte de motivation. TCC et traitement antidépresseur permettent d'améliorer progressivement son fonctionnement quotidien.

4. Troubles anxieux

a) Trouble anxieux généralisé

Définition : Anxiété excessive et persistante sur divers aspects de la vie quotidienne, difficile à contrôler.

Tableau clinique / symptômes

Inquiétude constante, tension musculaire, agitation

Troubles du sommeil et de la concentration

Symptômes somatiques : palpitations, sueurs, tremblement

Étiologies :

Facteurs génétiques et tempérament anxieux

Facteurs cognitifs : surestimation des dangers, catastrophisation

Stress chronique, expériences traumatisantes

Thérapies pratiques :

1. TCC : restructuration cognitive, apprentissage de la relaxation et de la gestion du stress
2. Techniques de relaxation et méditation guidée
3. Pharmacothérapie : ISRS, anxiolytiques à court terme si nécessaire

Vignette clinique :

> Madame S., 32 ans, s'inquiète constamment de tout événement social et professionnel. Après 12 séances de TCC et techniques de relaxation, son anxiété diminue et son sommeil s'améliore.

b) Phobies spécifiques

Définition : Peur irrationnelle et persistante d'un objet ou d'une situation spécifique, entraînant évitement significatif.

Tableau clinique / symptômes :

Réaction intense de peur ou d'anxiété lorsqu'exposée à l'objet de la phobie

Évitement marqué, impact sur la vie quotidienne

Symptômes somatiques : tachycardie, sueurs, tremblement

Étiologies :

Conditionnement classique (expérience traumatique)

Facteurs biologiques : prédisposition génétique à la peur

Thérapies pratiques :

1. Exposition graduelle : confrontation progressive à la situation phobique
2. TCC : modification des pensées catastrophiques et apprentissage de l'autocontrôle
3. Relaxation et respiration contrôlée

Vignette clinique :

> Monsieur T., 28 ans, a peur extrême des hauteurs et évite les ascenseurs. Après 10 séances d'exposition graduelle et TCC, il monte progressivement dans les ascenseurs sans anxiété intense.

c) Trouble panique

Définition : Épisodes récurrents et inattendus de peur intense, accompagnés de symptômes physiques et cognitifs.

Tableau clinique / symptômes :

Palpitations, étouffements, sueurs, sensations de mort imminente

Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou

Comportements d'évitement pour prévenir les crises

Étiologies :

Facteurs biologiques : hyperréactivité du système noradrénergique

Facteurs psychologiques : sensibilité accrue à l'anxiété corporelle

Thérapies pratiques :

1. TCC : techniques de désensibilisation, restructuration cognitive

2. Entraînement respiratoire et relaxation musculaire

3. Pharmacothérapie : ISRS ou benzodiazépines à court terme

Vignette clinique :

> Madame U., 35 ans, présente des crises de panique fréquentes. Avec TCC et exercices respiratoires, elle apprend à anticiper et réduire l'intensité des crises.

5. Troubles liés au stress

a) Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Définition : Trouble résultant d'une exposition à un événement traumatique grave, avec symptômes persistants d'anxiété, reviviscence et hyperactivation.

Tableau clinique / symptômes :

Reviviscence : flashbacks, cauchemars, pensées intrusives

Évitement : situations, lieux ou pensées liés au trauma

Hyperactivation : irritabilité, hypervigilance, troubles du sommeil

Symptômes cognitifs et affectifs : culpabilité, détachement, amnésie partielle du trauma

Étiologies :

Facteurs biologiques : dysrégulation du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien et du système limbique

Facteurs psychologiques : vulnérabilité individuelle, coping inefficace

Facteurs sociaux : soutien social limité, exposition à stress répétitif

Thérapies pratiques :

1. Thérapie d'exposition prolongée : confrontations contrôlées avec souvenirs traumatiques

2. Thérapie cognitivo-comportementale : restructuration des cognitions traumatiques

3. EMDR (Désensibilisation et Retraitement par Mouvement des Yeux) : traitement des souvenirs traumatiques

4. Support social et psychoéducation : renforcement des réseaux et stratégies de coping

Vignette clinique :

> Monsieur V., 40 ans, vétéran de guerre, présente cauchemars et hypervigilance. Après EMDR et TCC, il retrouve un sommeil régulier et contrôle ses réactions émotionnelles.

b) Trouble d'adaptation

Définition : Réaction émotionnelle ou comportementale disproportionnée à un facteur de stress identifiable, survenant dans les 3 mois suivant l'événement.

Tableau clinique / symptômes :

Humeur dépressive, anxiété, irritabilité

Perturbation du fonctionnement social ou professionnel

Comportements impulsifs ou isolement social

Étiologies :

Facteurs personnels : vulnérabilité psychologique, coping limité

Facteurs environnementaux : perte d'emploi, séparation, deuil

Thérapies pratiques :

1. TCC ciblée sur la gestion du stress : identification des pensées automatiques et restructuration

2. Interventions de résolution de problèmes : planification des actions pour faire

face à la situation

3. Support familial et social : conseil, soutien et guidance

Vignette clinique :

> Madame W., 30 ans, développe anxiété et insomnie après un licenciement. Après TCC et soutien psychologique, elle retrouve stabilité et motivation pour rechercher un nouvel emploi.

6. Troubles dissociatifs

a) Trouble dissociatif de l'identité

Définition : Présence de deux ou plusieurs identités distinctes ou états de personnalité qui contrôlent alternativement le comportement, avec amnésie récurrente.

Tableau clinique / symptômes :

Changement d'identité et de comportement

Amnésie des événements quotidiens

Sentiment de dépersonnalisation ou de déréalisation

Étiologies :

Traumatismes sévères de l'enfance (abus physiques ou sexuels)

Facteurs psychodynamiques : mécanismes de défense extrêmes pour protéger le moi

Thérapies pratiques :

1. Psychothérapie intégrative longue : fusion progressive des identités, traitement des traumatismes
2. Thérapie de soutien : stabilisation émotionnelle, techniques de grounding
3. Psychoéducation familiale : améliorer compréhension et soutien

Vignette clinique :

> Madame X., 28 ans, manifeste plusieurs identités avec amnésie partielle. Après 2 ans de psychothérapie intégrative, elle développe une identité unifiée et une meilleure gestion des émotions.

b) Dépersonnalisation / déréalisation

Définition : Expériences persistantes ou récurrentes de détachement du corps ou de l'environnement, avec préservation du jugement de réalité.

Tableau clinique / symptômes :

Sentiment d'être observateur extérieur de soi-même

Impression que le monde est irréel, flou ou étrange

Anxiété et détresse associées

Étiologies :

Stress intense, traumatismes, privation sensorielle ou substances

Prédisposition anxieuse et cognitive

Thérapies pratiques :

1. TCC : techniques de grounding, restructuration cognitive
2. Thérapie psychodynamique : exploration des conflits inconscients liés à la dissociation
3. Relaxation et mindfulness : ancrage dans le présent

Vignette clinique :

> Monsieur Y., 25 ans, ressent une dépersonnalisation constante après un accident grave. Avec TCC et techniques de mindfulness, il retrouve un contact avec son corps et son environnement.

7. Troubles alimentaires

a) Anorexie mentale

Définition : Restriction alimentaire volontaire entraînant un poids significativement bas, peur intense de prendre du poids et perturbation de l'image corporelle.

Tableau clinique / symptômes :

Perte de poids importante, restriction calorique, obsession du contrôle alimentaire

Peur intense de grossir, distorsion de l'image corporelle

Symptômes physiques : aménorrhée, fatigue, hypotension, troubles digestifs

Étiologies :

Facteurs biologiques : prédispositions génétiques, anomalies neurochimiques

Facteurs psychodynamiques : perfectionnisme, contrôle sur la vie, conflits familiaux

Facteurs socioculturels : pression sociale sur l'apparence

Thérapies pratiques :

1. Thérapie cognitivo-comportementale : restructuration des croyances sur le poids et l'alimentation
2. Thérapie familiale (Maudsley) : implication des parents dans la restauration du poids et la normalisation des habitudes alimentaires
3. Suivi médical et nutritionnel : surveillance du poids, suppléments nutritionnels, prévention des complications

Vignette clinique :

> Sophie, 17 ans, refuse de manger et perd rapidement du poids. Après TCC et thérapie familiale, elle reprend progressivement un poids sain et normalise ses habitudes alimentaires.

b) Boulimie nerveuse

Définition : Épisodes récurrents de suralimentation incontrôlée suivis de comportements compensatoires inappropriés (vomissements, laxatifs, jeûne).

Tableau clinique / symptômes :

Épisodes de binge eating, sentiment de perte de contrôle

Comportements compensatoires pour éviter la prise de poids

Préoccupation excessive de la silhouette et du poids

Complications médicales : œsophagite, troubles électrolytiques

Étiologies :

Facteurs biologiques : neurotransmetteurs, prédisposition génétique

Facteurs psychologiques : faible estime de soi, impulsivité, stress

Facteurs socioculturels : idéalisation de minceur

Thérapies pratiques :

1. TCC : restructuration cognitive, techniques de prévention des rechutes
2. Thérapie interpersonnelle : travail sur conflits relationnels et soutien social
3. Suivi médical : prévention des complications physiques et électrolytiques

Vignette clinique :

> Marc, 22 ans, se livre à des crises de boulimie plusieurs fois par semaine. Après 12 semaines de TCC et soutien nutritionnel, la fréquence des crises diminue et son image corporelle s'améliore.

8. Troubles du sommeil

a) Insomnie

Définition : Difficulté à initier ou maintenir le sommeil, entraînant détresse et

altération du fonctionnement quotidien.

Tableau clinique / symptômes :

Difficulté à s'endormir ou réveils fréquents

Fatigue diurne, irritabilité, troubles de concentration

Étiologies :

Stress, anxiété, dépression

Habitudes de sommeil irrégulières

Facteurs médicaux ou environnementaux

Thérapies pratiques :

1. Hygiène du sommeil : régularité horaire, environnement propice
2. Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) : restructuration des croyances sur le sommeil, techniques de relaxation
3. Pharmacothérapie : hypnotiques à court terme si nécessaire

Vignette clinique :

> Madame Z., 34 ans, a du mal à dormir depuis un divorce. Après TCC-I et adoption de bonnes routines, elle retrouve un sommeil réparateur.

b) Apnée du sommeil

Définition : Interruption répétée de la respiration pendant le sommeil, causant somnolence diurne et fatigue.

Tableau clinique / symptômes :

Ronflement intense, pauses respiratoires observées

Fatigue diurne excessive, irritabilité, troubles cognitifs

Étiologies :

Anatomiques : obstruction des voies respiratoires supérieures

Facteurs de risque : obésité, âge avancé, sexe masculin

Thérapies pratiques :

1. CPAP (pression positive continue) : maintien des voies respiratoires ouvertes
2. Chirurgie : correction des anomalies anatomiques si nécessaire
3. Modifications du mode de vie : perte de poids, évitement de l'alcool et sédatifs

Vignette clinique :

> Monsieur A., 50 ans, souffre de ronflements et somnolence diurne. Après adaptation à la CPAP et perte de poids, son sommeil s'améliore significativement.

9. Troubles liés aux substances

a) Trouble lié à l'alcool

Définition : Consommation problématique d'alcool entraînant des altérations sociales, professionnelles et de santé.

Tableau clinique / symptômes :

Usage compulsif malgré conséquences négatives

Tolérance et sevrage

Comportements à risque et conflits interpersonnels

Étiologies :

Facteurs biologiques : prédisposition génétique, anomalies neurochimiques

Facteurs psychologiques : troubles de l'humeur, impulsivité

Facteurs sociaux : environnement familial et culturel permissif

Thérapies pratiques :

1. Désintoxication médicale : gestion des symptômes de sevrage

2. TCC et techniques motivationnelles : réduction de consommation, prévention de rechute

3. Groupes de soutien : Alcooliques Anonymes, soutien social structuré

Vignette clinique :

> Monsieur B., 42 ans, consomme de l'alcool quotidiennement avec pertes d'emploi. Après désintoxication et TCC, il stabilise sa consommation et réintègre son travail.

10. Troubles de la personnalité (suite et compléments)

a) Trouble évitante de la personnalité

Définition : Caractérisé par un schéma de inhibition sociale, hypersensibilité au

jugement et sentiment d'infériorité.

Tableau clinique / symptômes :

Évitement des relations sociales par peur de rejet ou critique

Faible estime de soi, timidité extrême

Réticence à s'engager dans des activités nouvelles

Étiologies :

Facteurs biologiques : tempérament inhibé

Facteurs psychodynamiques : expériences de rejet, critiques parentales

Facteurs environnementaux : isolement social, expériences traumatiques

Thérapies pratiques :

1. TCC : exposition graduelle à des situations sociales, restructuration cognitive
2. Thérapie interpersonnelle : amélioration des compétences sociales
3. Groupe thérapeutique : entraînement social et soutien

Vignette clinique :

> Madame C., 29 ans, évite toutes interactions professionnelles. Après TCC et sessions de groupe, elle commence à établir des relations sociales et professionnelles.

b) Trouble dépendante de la personnalité

Définition : Caractérisé par un besoin excessif d'être pris en charge, conduisant

à comportements soumis et peurs de séparation.

Tableau clinique / symptômes :

Difficulté à prendre des décisions sans conseils ou soutien

Soumission excessive, peur de la désapprobation

Sentiment d'incapacité et détresse en cas de séparation

Étiologies :

Facteurs psychodynamiques : attachement anxieux, expériences de négligence

Facteurs biologiques : tempérament passif

Thérapies pratiques :

1. TCC : apprentissage de l'autonomie et affirmation de soi
2. Thérapie psychodynamique : exploration des dépendances affectives et conflits inconscients
3. Exercices pratiques : prise de décisions progressives et renforcement de la confiance

Vignette clinique :

> Monsieur D., 35 ans, ne prend jamais d'initiative et se soumet à son conjoint.
Après TCC et thérapie psychodynamique, il développe autonomie et assertivité.

11. Troubles neurocognitifs

a) Démence (trouble neurocognitif majeur)

Définition : Déclin cognitif significatif affectant mémoire, attention, langage et capacités exécutives, interfère avec la vie quotidienne.

Tableau clinique / symptômes :

Perte progressive de mémoire et désorientation

Difficultés à effectuer tâches quotidiennes

Changements de personnalité et troubles du comportement

Étiologies :

Maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, maladies neurodégénératives

Facteurs génétiques et environnementaux

Thérapies pratiques :

1. Stimulation cognitive : exercices de mémoire et résolution de problèmes
2. Prise en charge médicamenteuse : inhibiteurs de la cholinestérase, memantine
3. Support familial et accompagnement quotidien : structuration de l'environnement, activités supervisées

Vignette clinique :

> Madame E., 72 ans, oublie tâches quotidiennes et noms de proches. Avec stimulation cognitive et assistance familiale, elle conserve autonomie et interactions sociales.

b) Trouble neurocognitif léger

Définition : Déclin cognitif modéré par rapport à l'âge, sans impact majeur sur l'autonomie fonctionnelle.

Tableau clinique / symptômes :

Problèmes de mémoire récents, concentration réduite

Difficultés dans certaines activités complexes mais autonomie préservée

Étiologies :

Vieillesse normal, maladies neurodégénératives débutantes, facteurs vasculaires

Thérapies pratiques :

1. Exercices cognitifs et entraînement cérébral
2. Hygiène de vie : sommeil, activité physique, nutrition
3. Surveillance médicale régulière pour progression éventuelle

Vignette clinique :

> Monsieur F., 68 ans, remarque des oublis ponctuels. Avec activités cognitives régulières et suivi médical, il maintient son autonomie et sa qualité de vie.