

Les troubles de l'émotion

Aurélie Pasquier

▶ **To cite this version:**

Aurélie Pasquier. Les troubles de l'émotion : On considère que la pathologie survient lorsque l'émotion est dérégulée, que l'affect est réprimé, inaudible. L'intensité émotionnelle perçue ou non par le sujet est un point fondamental pour le clinicien.. Santé Mentale, 2013, Le vécu émotionnel, 177, pp.32-36. hal-01271945

HAL Id: hal-01271945
https://amu.hal.science/hal-01271945

Submitted on 9 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les troubles de l'émotion

On considère que la pathologie survient lorsque l'émotion est dérégulée, que l'affect est réprimé, inaudible. L'intensité émotionnelle perçue ou non par le sujet est un point fondamental pour le clinicien.

Aurélie Pasquier*

* Maître de conférences en psychologie clinique, Aix-Marseille Université, Laboratoire de Psychopathologie Clinique, Langage et Subjectivité

Article publié dans la revue Santé mentale en avril 2013 (n°177, p. 32-36)

Résumé :
Les troubles émotionnels ainsi que ceux touchant à la reconnaissance ou à l'expression des émotions occupent actuellement une placeimportante en psychopathologie. On considère que la pathologie survient lorsque l'émotion est dérégulée, que l'affect est réprimé, inaudible ou qu'ilconnaît des aléas qui empêchent son expression directe à l'autre. L'auteur décrit les troubles des émotions et les troubles de l'expression des émotions à traversles différentes approches qui permettent de les appréhender. C'est l'intensité et la massivité du phénomène source de souffrance (perçue ou non parle sujet lui-même) qui signe la pathologie.

Mots-clés :
Ajustement psychique – Alexithymie – Anhédonie – Anxiété – Dépression – Émotion – Expression de l'émotion –Normal - pathologique – Nosologie – Trouble de l'humeur.

L'expérience émotionnelle fait partie du quotidien de tout un chacun. Les émotions peuvent être ressenties de façon plus ou moins intense selon les individus, qu'elles soient plutôt désagréables (la tristesse, la peur, le dégoût…), agréables (la joie, l'enthousiasme, la satisfaction…) ou neutre (la surprise est la seule émotion qui n'est ni positive ni négative).

DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE

De manière générale, les émotions aident l'individu à répondre aux différentes situations auxquelles il est confronté tous les jours. Elles constituent une sorte de répertoire émotionnel qui se complexifie en cours de développement et qui permet de s'adapter à l'environnement. Ce sont les approches phylogénétiques et cognitives des émotions (Darwin au XIXe siècle puis Izard [1997], Lazarus[1991],…) qui mettent l'accent sur leur valeur adaptative dans le fonctionnement global des personnes. Les émotions sont nécessaires à la survie d'une espèce, la peur a ainsi pour fonction de protéger l'individu face au danger en suscitant chez lui une réponse comportementale de fuite ou d'évitement.

Si les émotions se sont développées dans une relation dynamique entre l'individu et son environnement, alors toutes celles qui s'expriment en dehors de ce contexte adaptatif peuvent relever d'une pathologie. Ce postulat sert d'ailleurs de critère normatif dans les systèmes de classification syndromique comme le DSM, où l'on a vu apparaître des entités telles que les troubles de l'adaptation du type anxiété ou dépression. Plus précisément, ce qui signe la pathologie anxieuse, ce n'est pas la présence de l'émotion « anxiété » mais son intensité et les répercussions qu'elle entraîne sur la vie psychique du sujet. De la même manière, le principal symptôme (désigné dans les classifications syndromiques) de la dépression est la tristesse. Cette dernière fait également partie des émotions du quotidien sans que cela ne provoque nécessairement un trouble de l'humeur. C'est la présence d'une humeur triste associée à d'autres symptômes comme la dévalorisation de soi, la perte des intérêts au quotidien qui constituent un trouble.

Les approches fonctionnalistes des émotions ont quant à elles davantage insisté sur la notion d'intensité des émotions. En s'intéressant à la structure de l'éprouvé subjectif, les chercheurs du domaine (Watson et Tellegen, Russell…) ont voulu appréhender les modalités selon lesquelles les individus expérimentent des émotions. Même si les modèles théoriques qui en découlent paraissent parfois artificiels au regard des méthodes quantitatives employées, ils présentent l'avantage de proposer une conception dimensionnelle des émotions (type d'approche qui se définit notamment par opposition à une approche catégorielle des émotions). Le vécu émotionnel peut être appréhendé selon deux principales dimensions que sont la « valence de l'humeur » (manière agréable ou désagréable dont les individus vivent les expériences subjectives) et l'« intensité émotionnelle » (force avec laquelle une émotion est vécue). L'intérêt de ce type d'approche est qu'elle permet de croiser les modalités de l'expérience émotionnelle (et par là même de rendre compte de la complexité de cette dernière) là où une approche catégorielle définit les émotions propres à chaque trouble. Par exemple, une étude récente (Power et Tarsia, 2007) démontre que la peur, la tristesse, la colère et une joie diminuée constitueraient les émotions les plus représentatives du vécu anxieux. La dépression relèverait du registre de la tristesse et de la peur, mêlées au dégoût de soi (la honte) et à un sentiment de joie préservé. Ces données remettraient alors en question les critères diagnostiques du DSM-IV-TR qui met davantage l'accent sur la tristesse et la culpabilité dans la dépression.

L'INTENSITE EMOTIONNELLE

Quel que soit le discours théorique produit, les psychopathologues s'accordent sur le point suivant : ce qui signe le trouble se trouve davantage du côté d'un vécu différent des émotions (émotions négatives ressenties de façon plus intense que celles positives par exemple) que

d'un vécu d'émotions différentes (émotions particulières qui feraient partie d'une « catégorie pathologique » purement imaginaire). Prendre en compte la notion d'intensité des émotions (sorte de continuum allant d'une très forte intensité à un niveau où l'intensité est quasi inexistante voire absente) participe à une meilleure compréhension de la dynamique du fonctionnement émotionnel (notamment chez les patients anxieux, cf. Pasquier, Bonnet et Pedinielli, 2009). Bien entendu, l'intensité maximale ressentie est une valeur dépendante de la propre évaluation de l'individu et non d'une valeur normative fixée arbitrairement.
Se sentir anxieux, triste, coupable, honteux, apeuré ou angoissé n'a rien d'« anormal » à partir du moment où ce ressenti n'empêche pas l'individu de fonctionner au quotidien. Les pathologies des émotions seraient ainsi directement liées à la dimension d'intensité émotionnelle, qui correspondrait alors à un niveau d'activation émotionnelle source de souffrance pour le sujet (Plutchik, 1980). Avec le trouble anxieux par exemple, l'intensité émotionnelle (tension nerveuse) est telle que le sujet éprouve des difficultés à fonctionner : il n'arrive plus à se concentrer, la nervosité devient envahissante et désorganise ses pensées et ses comportements, entraînant une fatigue morale puis générale.
Sans aller jusqu'à évoquer un trouble anxieux, on rencontre souvent des patients dont les premiers éléments du tableau clinique renvoient à cette notion d'intensité émotionnelle : ils ne peuvent pas dire précisément ce qu'ils ressentent, ou encore de quoi ils souffrent, en revanche ils peuvent énoncer que c'est un ressenti très fort, voire très douloureux ou à l'inverse qu'ils n'éprouvent rien du tout, là où ils s'attendraient à ressentir quelque chose, du moins à identifier une émotion. Je pense par exemple aux premiers éléments du discours d'un patient rencontré dans le cadre d'un suivi en libéral, qui a récemment assisté à l'enterrement du père de sa compagne. Depuis, il se sent très souvent nerveux et se préoccupe beaucoup de la santé de ses proches, par peur de les voir disparaître à leur tour. Dans le même temps, il affirme n'avoir rien ressenti lors de l'enterrement de son père quelques années auparavant mais avoir été terrassé par ce deuil récent, sans comprendre cet écart de ressenti entre ces deux événements, étant donné le rôle de ces hommes dans sa vie. En effet, explorer la question de la place de ces deux « pères » lui permettra d'accéder peu à peu aux émotions complexes ressenties au moment du décès de son propre père et qui n'avaient pas pu émerger avant cette répétition du deuil, cette fois du « beau-père ». L'extinction temporaire des émotions peut ainsi intervenir à la manière d'une défense pour l'équilibre psychique du sujet, sans que celui-ci ne souffre d'un trouble reconnu comme tel dans les classifications syndromiques.

L'ANXIETE

De manière générale, l'anxiété est considérée comme normale lorsqu'elle est bien tolérée par le sujet, qu'il peut la contrôler, qu'il ne la perçoit pas comme une souffrance excessive, qu'elle n'a pas de retentissement sur sa vie quotidienne et qu'elle est peu somatisée. Il peut tout aussi bien s'agir de la peur avant un examen qui pousse à le préparer convenablement ou des réactions anxieuses consécutives à un accident ou une catastrophe. C'est un état qui résulte des réactions d'adaptation aux stimulations extérieures : il permet de mobiliser toute l'attention, d'élever la vigilance dans des situations de nouveautés, de choix, de crise ou de conflit.
L'anxiété peut également revêtir les aspects d'un symptôme lorsqu'il s'agit d'un état émotionnel de tension nerveuse, fort, mal différencié qui peut se chroniciser pour former un trouble anxieux ou bien s'associer à d'autres symptômes au sein d'un tableau dépressif par exemple. L'anxiété se distingue de la peur dans la mesure où cette dernière implique un objet identifiable : « J'ai peur des araignées. » Ici l'émotion disparaît une fois que le sujet est sorti du contexte provoquant ce sentiment de peur. L'anxiété concerne quant à elle des situations où l'objet est mal identifié sur le plan cognitif (« Je me sens tendu tout le temps mais je ne sais pas pourquoi » « Je me sens mal »).

Enfin, l'anxiété est considérée comme un trouble lorsqu'elle n'est plus liée à des événements de vie et surgit sans raison (inquiétudes injustifiées et excessives, sentiment d'insécurité permanent). Elle devient un état permanent et invalidant qui a des répercussions sur les plans psychique et somatique (difficulté de l'effort psychique et physique, céphalées, insomnie…).
L'approche nosographique propose de catégoriser les troubles anxieux selon un ensemble de critères généraux ou composantes classiques de l'anxiété (inquiétudes excessives, pensées intrusives…) ainsi que des critères spécifiques (attaque depanique avec ou sans agoraphobie, phobie spécifique, trouble d'anxiété sociale, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, état de stress aigu, trouble anxiété généralisée…). Ici, ce sont les critères habituels de durée, d'intensité et d'envahissement des symptômes dans le fonctionnement global du sujet qui permettent de diagnostiquer le trouble.
D'autres classifications de l'anxiété existent lorsque le praticien est confronté à une association de symptômes qui ne satisfait pas à l'ensemble des critères d'un trouble anxieux répertorié. Dans une perspective étiopathogénique (intérêt porté sur la survenue d'une maladie), les modèles cognitifs des troubles anxieux sont nombreux. De manière générale, une distinction est faite entre l'anxiété-état et l'anxiété-trait. Comme dans les classifications syndromiques, c'est la notion de durée qui va d'abord permettre de les différencier.
L'anxiété-état est définie comme une émotion transitoire caractérisée par une activation physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. Elle est réactionnelle, transitoire et d'intensité modérée. Elle ne constitue pas un handicap dans la vie sociale, professionnelle et personnelle. L'anxiété-trait est définie comme une prédisposition, une tendance générale à répondre par la peur à des stimuli stressants. Le ressenti est alors douloureux et correspond à l'expression permanente de caractéristiques intrinsèques de l'individu, stables dans le temps (l'anxiété investit les années voire la vie entière, contrairement à l'anxiété-état). En comparaison avec l'approche nosographique, les modèles cognitifs permettent d'introduire une nuance entre un ensemble de symptômes anxieux assimilables à l'anxiété-état et un ensemble de critères plus stables considérés comme un trait de personnalité et marqueurs d'une anxiété-trait. Ce point de vue est d'ailleurs proche des conceptions psychanalytiques structurales qui perçoivent les traits de personnalité comme étant antérieurs à l'expression de symptômes comportementaux (Pedinielli et Bertagne, 2010).

LA DEPRESSION

La dépression décrit également différentes réalités :
– **En tant que symptôme**, elle correspond à un sentiment de détresse et de désespoir caractérisé par une modification plus ou moins longue de l'humeur du sujet (communément appelée humeur dépressive).
– **Le syndrome dépressif** fait référence à un ensemble de symptômes : humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, sentiments de dévalorisation et de culpabilité, troubles du sommeil et de l'alimentation. Ici, on dépasse le cadre d'une modification passagère de l'humeur. Ce syndrome survient le plus souvent consécutivement à un événement de vie (deuil, changement professionnel, séparation…).
– **La dépression comme trouble** (ou épisode) trouve sa place parmi les classifications syndromiques. Ainsi le DSM-IV-TR le décrit dans la catégorie des troubles de l'humeur. Cette section est divisée en trois parties : la première décrit les épisodes thymiques (maniaque, dépressif majeur, mixte, hypomaniaque) ; la seconde détaille les troubles de l'humeur (troubles bipolaires, dépressifs et autres troubles de l'humeur comme celui induit par une substance). La dernière énumère les spécifications servant à décrire l'épisode le plus récent selon son évolution, sa forme, ses caractéristiques…
Ces descriptions proposent une classification catégorielle où un certain nombre de critères stables doivent être repérés par le clinicien pour pouvoir parler d'épisode dépressif. Là

encore, d'autres approches proposent à juste titre d'ouvrir la terminologie afin d'appréhender plus finement les différents aspects cliniques de la dépression. L'expression « états dépressifs » peut alors être utilisée (Pedinielli et Bernoussi, 2011). On entend par là un état généralement transitoire, formé des quatre composantes que forment l'humeur dépressive, le ralentissement ou l'inhibition, les idées de suicide (et/ou comportement suicidaire) et les signes « objectifs » comme l'anxiété, l'insomnie, la perte d'énergie… Il n'est pas nécessaire de présenter tous les signes pour être « déprimé ». Selon l'arrangement spécifique de chaque tableau clinique et l'intensité des manifestations, on peut rencontrer des formes proches de la normalité ou d'autres plus atypiques.
Cette dénomination d'état dépressif est d'autant plus utile au clinicien qui repère souvent la coexistence de symptômes anxieux et dépressifs, le conduisant à employer le terme de syndrome anxio-dépressif. En effet, l'anxiété est régulièrement présente dans les tableaux dépressifs où elle accompagne l'humeur triste au même titre que les troubles du sommeil, les troubles alimentaires ou les symptômes somatiques. Elle peut se traduire par une agitation motrice qui dissimule en réalité le ralentissement psychomoteur ou par une inhibition massive.

LES DEFICITS EMOTIONNELS

Taire ses émotions, ne plus éprouver de plaisir ou encore avoir du mal à être au clair avec le flot de ses émotions représentent différents moyens de traiter ses émotions. Ces phénomènes sont rencontrés dans nombre de situations normales et pathologiques. Les modèles cognitifs s'intéressent largement à ces objets d'études dénommés déficits émotionnels.
Plus précisément, la perte de capacité à éprouver du plaisir (anhédonie), le manque d'expressivité émotionnelle (émoussement affectif) et l'absence de mots pour exprimer ses émotions (alexithymie) sont conceptualisés comme des dimensions transnosographiques (présentes dans différents troubles ou syndromes). Elles revêtent un statut soit de symptôme, soit de défense, soit de traitde personnalité.
– **L'anhédonie**(terme proposé par Ribot en 1896) désigne la perte de l'élément subjectif du plaisir indépendamment d'une sensibilité préservée à la douleur. Elle se retrouve dans les dépressions, les schizophrénies et les addictions. Elle est considérée comme l'un des principaux symptômes de l'épisode dépressif majeur (DSM-IV-TR). D'autres approches placent l'anhédonie soit du côté d'un processus psychique lorsqu'elle revêt une fonction défensive (anhédonie secondaire), soit du côté d'un trait de personnalité rendant le sujet vulnérable à la dépression ou à la schizophrénie (anhédonie primaire). Chez les sujets anhédoniques secondaires, l'absence de plaisir proviendrait d'une hyporéactivité aux stimuli affectifs, consécutive à une hypervigilance dans toutes les situations de stimulation (sorte de stratégie de défense inhibitrice lorsque le niveau de vigilance devient excessif).
– **L'émoussement affectif** (terme introduit par Kraepelin dès 1899) correspond à une diminution voire une absence de réactions affectives. À l'origine, il fait partie d'un ensemble de symptômes dits « négatifs » (alogie, anhédonie, apathie) rendant compte de la perte des capacités à agir, à exprimer et à ressentir, caractéristiques des schizophrénies. En tant que symptôme, on le retrouve également dans les dépressions ou les maladies neurologiques (Alzheimer, Parkinson). D'un point de vue psychodynamique, l'émoussement affectif peut revêtir le statut de stratégie adaptative. Dans le cas de la dépression, ressentir moins pourrait être considéré comme une façon de se protéger contre des émotions négatives pour moins souffrir.
– Le terme d'**alexithymie** (d'aprèsSifnéos, 1973) signifie littéralement l'« absence de mots pour décrire les émotions ». Il s'agit d'un concept transversal visant à rendre compte des difficultés voire d'une absence de symbolisation des affects ne se traduisant que par les voies physiologiques (sensations, douleurs). Si à l'origine, elle était considérée comme spécifique

aux patients psychosomatiques, l'alexithymie est aujourd'hui identifiée comme une modalité de fonctionnement présente aussi bien dans la population générale que dans diverses pathologies (anxiété, dépression, addictions…). De nombreux travaux distinguent deux types d'alexithymie (primaire ou secondaire) en fonction du caractère stable (trait de personnalité) ou variable (défense) de ce phénomène. Aujourd'hui, on l'envisage davantage sous l'angle d'un continuum de fonctionnement selon lequel les individus seraient plus ou moins alexithymiques. Il semble en effet plus approprié de le définir comme un processus adaptatif contingent de certaines situations plutôt que sous les aspects d'une caractéristique stable (Pedinielli, 1992). Suite à un choc émotionnel, il n'est ainsi pas rare d'être dans l'impossibilité plus ou moins passagère d'évoquer le vécu propre à cet événement. Dans le cas d'une dépression, l'alexithymie agirait comme un mécanisme de défense contre les affects dépressifs et se traduirait cliniquement par une absence de réactivité émotionnelle (l'émoussement affectif). Le discours factuel (exempt de contenus affectifs) des patients alexithymiques pourrait ainsi être entendu comme un moyen de faire face à un trouble émotionnel, et peut-être plus largement comme une défense face aux normes aliénantes des sociétés modernes (Corcos et Pirlot, 2011). Les apports de la psychosociologie sont d'ailleurs tout à fait intéressants et complémentaires des approches psychopathologiques dans ce domaine.

CONCLUSION

Au-delà des classifications, utiliser exclusivement l'approche catégorielle, qui repose sur l'idée d'une rupture entre le normal et le pathologique, introduit une perte de sensibilité, aussi bien pour le repérage que pour la compréhension des manifestations cliniques. C'est donc la prise en compte de l'approche dimensionnelle qui rappelle au clinicien que cette différence n'est pas franche et que le critère de souffrance doit être l'objet premier de son attention : c'est l'intensité et la massivité du phénomène source de souffrance (perçue ou non par le sujet lui-même) qui signe la pathologie.

À lire : ***Psychopathologie des émotions***, Aurélie Pasquier,Armand Colin, coll. 128 Universitaire de poche, 2012, 128 pages.

La façon d'aborder les émotions a largement évolué, surtout au cours du siècle dernier, et lestermes employés sont variés. Lorsque la valeur adaptative des réactions émotionnelles est altérée,elle entraîne des pathologies des émotions, dont les plus fréquentes sont l'anxiété et ladépression. Cet ouvrage fournit toutes les connaissances théoriques et cliniques indispensablespour appréhender l'expérience émotionnelle. Il présente les définitions des émotions et des affectsainsi que des modèles explicatifs et les traitements spécifiques des pathologies émotionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

– Corcos, M. et Pirlot, G. (2011). Qu'est-ce que l'alexithymie ? Paris : Dunod.
– DSM-IV-TR, Diagnostic and StatisticManual of Mentaldisorders, Fourthedition, textRevision. American Psychiatric association, Washington DC, 2000.
– Izard, C. E.(1977). Human Emotions, New York, Plenum Press.
– Lazarus, R. (1991). Emotion and Adaptation, New York, Oxford Universitypress.
– Pasquier, A., Bonnet, B. et Pedinielli, J-L. (2009). Fonctionnement émotionnel : le rôle de l'intensité émotionnelle chez les individus anxieux. Annales Médico-Psychologiques, 167(9), 641-716.
– Pedinielli, J.L. (1992). Psychosomatique et alexithymie. Paris : PUF.
– Pedinielli, J.L. et Bernoussi, A. (2011). Les états dépressifs. Paris : Armand Colin.
– Pedinielli, J.L. et Bertagne, P. (2010). Les névroses. Paris : Armand Colin.
– Plutchik, R. (1980). Emotion : Theory, Research and Experience. New York : AcademicPress.
– Power, M.J. &Tarsia, M. (2007). Basic and complexemotions in depression and anxiety, Clin. Psychol. Psychother., 14, 19-31.
– Ribot, T.(1896). La psychologie des sentiments, Paris : l'Harmattan.
– Sifnéos, P. E. (1973). « The prevalence of AlexithymicCharactristics in Psychosomatic » Patients, Psychother, Psychosom, 22, p. 255-62.