

# EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville [www.EPU95-montmorency.org](http://www.EPU95-montmorency.org)

## MODÈLE COGNITIF DES ADDICTIONS

DPC du 9 janvier 2014

D'après un exposé du Dr Stéphane MOUCHABAC

Psychiatre CHU St Antoine, Paris

### 1. LE MOT...

#### 1.1. LE TERME ADDICTION

Il est d'étymologie latine, *ad-dicere* « dire à ».

Dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient *dits* à leur Pater familias. L'addiction exprime une absence d'indépendance et de liberté, un esclavage.

Être addicté était au Moyen Âge une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement à payer son créancier par son travail suite à une ordonnance d'un tribunal. Par la suite, dans la langue anglaise, dès le XIVe siècle, addiction a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis se rapprocher peu à peu du sens moderne, en désignant des passions nourries et moralement répréhensibles. Toujours en langue anglaise, le mot addiction est totalement intégré dans le langage populaire pour désigner toutes les passions dévorantes et les dépendances par exemple, c'est un sex-addict.

Le terme d'"addiction" s'entend au sens large, englobant les toxicomanies mais aussi d'autres dépendances (jeu, vol, achat, travail, sexe, Internet, sport...)

#### 1.2. LA DÉPENDANCE

Elle désigne l'asservissement /attachement nocif d'un sujet à une substance ou une activité dont il a contracté l'habitude par un usage plus ou moins répété. Le syndrome de dépendance comporte la triade :

- La difficulté à résister à l'impulsion ;
- Une sensation de tension et d'excitation croissant avant le passage à l'acte ;
- Un plaisir et un soulagement au moment du comportement ou juste après.

Par la suite, le concept s'est élargi et recouvre, maintenant, l'ensemble des comportements de dépendance, avec une extension à des comportements sans usages de drogue.

### 2. L'ÉMERGENCE DU CONCEPT...

« Le conditionnement opérant » où les premiers bénéfices directs du comportement vont permettre de le renforcer, de le maintenir. Lorsque la dépendance est présente, le comportement peut-être déclenché par des stimulations minimes.

- 1- Sentiment d'incompétence personnelle ou sociale.
- 2- Gratification à court termes d'effet prévisibles par la substance ou le comportement
- 3- Pouvoir renforçateur immédiat.
- 4- Augmentation paradoxale du sentiment d'incompétence par des solutions d'évitement répétées.

L'école d'Oxford a précisé le cadre en proposant 5 critères principaux :

- 1- La compulsion à s'engager dans le comportement d'où perte de la capacité de choix.
- 2- Un processus de maintien du comportement malgré des conséquences négatives.
- 3- Une obsession autour du comportement.
- 4- Une culpabilité après avoir activé ce comportement.
- 5- La présence de symptômes de sevrage si arrêt brutal (psycho-physiologique).

### 3. LES EXPLICATIONS ACTUELLES

#### 3.1. GLOBALEMENT...

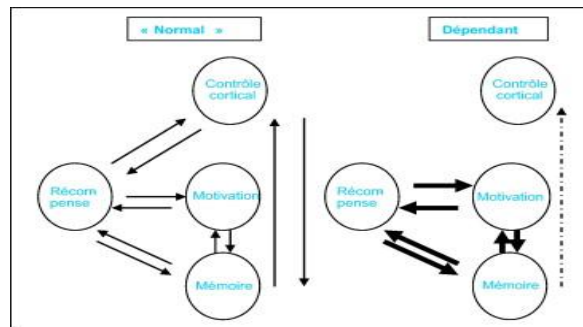
Le développement des troubles, leur émergence et leur devenir au cours de la vie est très comparable dans toutes les addictions. Deux périodes de vulnérabilité peuvent être décrites.

- L'adolescence ou le début de l'âge adulte, durant laquelle émergent majoritairement les conduites addictives, qui suivent un parcours chronique marqué de rémissions et de rechutes
- La vieillesse : des conduites addictives peuvent émerger ou réapparaître chez les sujets de plus de 65 ans.

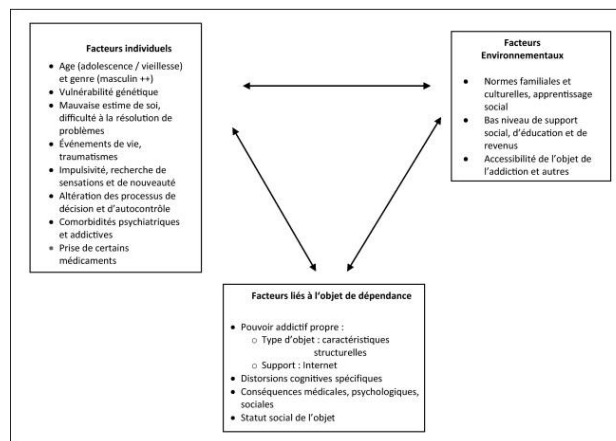
Les conduites addictives résultent du dysfonctionnement des voies dopaminergiques méso-cortico-limbiques, appelées aussi « système de récompense ».

Il existe des perturbations du système de motivation et de récompense, des systèmes de régulation des émotions et de l'inhibition des comportements. Le circuit de la récompense valorise un « besoin ».

En cas de dépendance, on observe un renforcement majeur de la valeur accordée à une substance psycho-active ou à un comportement, conduisant à une sur-motivation pour perpétuer ce comportement et à une quasi-déconnexion des systèmes de contrôle corticaux d'inhibition du comportement. Le fonctionnement du cerveau d'un sujet « normal » et d'un sujet dépendant est présenté par le schéma ci-dessous.



Les conduites addictives résultent de l'interaction entre un sujet, son environnement et un objet, comme le résume la figure ci-dessous.



### 3.2. GOODMAN (90)

Il propose une approche comportementale des addictions où un processus commun est conditionné par deux pôles.

Renforcement positif	Renforcement négatif
Effets bénéfiques ou agréables directs : Plaisir, hédonie Euphorisation Désinhibition Amélioration des performances, etc.	Soulagement des affects pénibles : Angoisse, tristesse Douleur morale ou physique Signes de sevrage etc....)

Un **comportement addictif** peut devenir de plus en plus compulsif (diminution de la fonction de récompense) et réciproquement un **comportement compulsif peut devenir addictif** en acquérant une fonction de récompense.

De ce fait, que tout comportement qui peut apporter du plaisir et soulager des affects pénibles peut être utilisé sur un mode addictif, mais tout le monde n'est pas nécessairement dépendant de ce type de comportement, par exemple je peux boire du vin de temps en temps sans pour autant être ou devenir alcoolo-dépendant.

#### Critères du jeu pathologique et de la dépendance à une substance.

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
4. Temps important consacré à pré- parer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

### 3.3. LA LISTE...

Elle est longue...

- Kleptomanie
- Achat compulsifs
- Addiction au jeu
- Addiction à Internet, addiction aux jeux vidéo
- Addiction au travail
- Sexualité compulsive
- Addiction au sport
- Dépendance affective
- Trouble du comportement alimentaire (boulimie, anorexie)....

## 4. KLEPTOMANIE

### 4.1. ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence estimée est de 0,6 %.

L'âge moyen au moment du dépistage est de 35 ans pour les femmes et de 50 ans pour les hommes. Le début des vols se situe vers 20 ans.

### 4.2. SÉMIOLOGIE

C'est une conduite de vol solitaire caractérisée par le caractère inutile des objets volés.

Ce sont des vols impulsifs et pour lesquels l'évaluation des risques est partielle, voire absente.

Le sujet est conscient du caractère pathologique et répréhensible des vols.

Il ressent une sensation de tension avant le vol, de plaisir, de gratification ou de soulagement lors du passage à l'acte.

Le DSM-IV-TR classe la kleptomanie (F63,2 [312,32]) dans la catégorie des troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs.

#### Les cinq critères diagnostiques obligatoires

1. Impossibilité répétée de résister à l'impulsion de voler des objets qui ne sont dérobés ni pour un usage personnel ni pour leur valeur commerciale ;
2. Sensation croissante de tension juste avant de commettre le vol ;
3. Plaisir, gratification ou soulagement au moment de commettre le vol ;
4. Le vol n'est pas commis pour exprimer la colère ou la vengeance, ni en réponse à des idées délirantes ou des hallucinations ;
5. Le vol n'est pas mieux expliqué par un trouble des conduites, un épisode maniaque ou une personnalité antisociale

## 5. ACHAT PATHOLOGIQUE

### 5.1. HISTORIQUE

L'achat compulsif apparaît dans la nosographie dans la deuxième moitié du XIXème siècle. Pour Kraepelin et Bleuler, les acheteurs maniaques - **oniomanes** - font partie des monomaniaques. Cette notion d'achat compulsif apparaît dans le Manuel alphabétique de Psychiatrie (1960) sous le terme de **prodigalité**.

### 5.2. DÉFINITION

C'est un comportement d'achat inapproprié et avec une tendance répétitive aux dépenses ayant un retentissement négatif sur le plan personnel, familial et social.

Consommateur	Caractéristiques
<b>Le consommateur émotionnel</b>	Très attaché au symbolisme et la valeur sentimentale de l'objet acheté L'achat apparaît comme une auto-thérapie anxiolytique et/ou antidépressive
<b>Le consommateur impulsif</b>	Envahi par un désir soudain et spontané d'acheter L'acheteur présente un fort sentiment de culpabilité après l'acte et les dépenses engagées.
<b>Le consommateur fanatique véritable collectionneur</b>	Achète le même objet ou type d'objet de manière répétée.
<b>L'acheteur compulsif</b>	Accompli son acte comme une manière de lutte contre des tensions internes, des angoisses incontrôlables Il éprouve souvent un fort sentiment de frustration en cas d'empêchement (contrainte de prix, familiale).

### 5.3. ÉPIDÉMIOLOGIE

Il s'agit de femmes dans 90% des cas. Cette addiction débute vers l'âge de 30 ans (moyenne de 39 ans). L'achat pathologique est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques : dépendance alcoolique (20%), drogues (22%), dépression, attaques de panique...

### 5.4. SÉMIOLOGIE

Il s'agit d'un achat solitaire dans environ 85 % des cas.

L'achat n'est ni sensible à la publicité, ni aux vendeurs et ni aux soldes...

L'objet de l'achat et de faire un cadeau pour soi et/ou pour un tiers. Il ne s'agit que très rarement de produits de première nécessité, ce qui explique une utilisation ultérieure faible, ce qui distinct ces patients des sujets non pathologiques. L'achat possède, en outre, une vertu narcissique pour l'addicté.

Enfin, il faut souligner que dans un tiers des cas, pour ces patients, les achats sont « des occasions à ne pas manquer », contre 10 % chez les acheteurs normaux...

---

#### Classification de Mc Elroy

---

A. Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou comportements d'achats inadapté ou impulsion d'achat correspondant à au moins une des propositions suivantes :

1. Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou impulsions d'achats vécues comme irrépessibles, intrusives et dépourvues de sens.
2. Achats fréquents supérieurs aux capacités financières, achats fréquents d'objet inutiles ou achats d'une durée plus longue que prévu.

B. Les pensées, les impulsions ou le comportement provoquent une gêne marquée, font perdre du temps ou perturbent sensiblement le fonctionnement social ou les loisirs, ils entraînent des difficultés financières (dettes, interdictions bancaires).

C. Le comportement excessif d'achat n'apparaît pas uniquement pendant les périodes de manie ou d'hypomanie.

---

## 6. LE JEU PATHOLOGIQUE

### 6.1. DÉFINITION

Comportement répété et persistant de jeu d'argent exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives qui renforcent le comportement

### 6.2. ÉPIDÉMIOLOGIE, PROFILS SOCIOLOGIQUES

Les études en population générale tendent à démontrer que le jeu pathologique est relativement répandu. Il concernerait 1 à 3 % de la population générale (abus 2,5 % et dépendance 1,5 %).

C'est un homme, le plus souvent (2/1) âgé de 25 à 44 ans, la tranche la plus représentée étant les 40- 44 ans. Une majorité de ces joueurs sont mariés, et ont des enfants.

La plupart ne jouent qu'à un seul jeu, les femmes surtout aux machines à sous.

Une majorité de ces joueurs sont surendettés, et l'altération des relations conjugales est une conséquence fréquente. Enfin, près de 20% des joueurs ont commis des délits.

Les comorbidités psychiatriques et addictives sont fréquentes. Elles concernent principalement les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, ainsi que différentes conduites addictives.

### 6.3. DESCRIPTIONS DU JEU PATHOLOGIQUE

Pour qualifier quelqu'un de joueur, il faut qu'il s'adonne à cette activité avec une certaine fréquence, voire qu'il en ait fait une habitude. De plus, le joueur serait, non celui qui joue, mais celui qui rejoue...

Il est habituel de distinguer plusieurs grandes catégories de joueurs.

Typologies	Critères
Les joueurs sociaux	Le jeu garde une place limitée, celle d'un loisir (ils sont environ 35 millions en France) On peut rapprocher les joueurs professionnels, notamment de cartes, qui en tirent des revenus conséquents, et également le spéculateur boursier
Les joueurs problématiques ou excessifs	Ils sont engagés dans des pratiques de jeux intensives et répétitives et rapportent un certain nombre de dommages au plan financier, personnel, familial et professionnel
Les joueurs pathologiques-, addicts,	À la dépendance, s'ajoute la démesure Le jeu est devenu centre de l'existence, au détriment d'autres investissements affectifs et sociaux.

## LES CRITÈRES

Selon le DSM-IV (1994), le jeu pathologique est défini comme : pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

### DSM-IV

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par le jeu (par exemple, préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer)
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique jeu
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple, des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété de dépression)
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se « refaire »)
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres personnes pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
8. Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournements d'argent pour financer la pratique du jeu
9. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu
10. Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque

## 6.4. LA SÉQUENCE PATHOLOGIQUE...

### LA PHASE DE GAIN

Le sujet tente de revivre l'expérience de gain, souvent par la mise au point d'une technique « infaillible », à ses yeux.

Les gains et pertes alternent mais le sujet reste dans le déni de l'importance des pertes.

Le joueur fait l'expérience de l'acquisition d'argent et de statut social sans autre effort que celui de se soumettre au hasard.

La fréquence des paris et leur montant augmente.

### LA PHASE DE PERTE ET « LA CHASSE »

La chance « a tourné » et l'addicté va tenter de se refaire. De plus, il y a une mise en échec de ses capacités de joueur.

Le sujet joue alors de plus en plus pour se refaire. Les pertes et les dettes augmentent.

Le jeu envahit va alors la sphère socioprofessionnelle qui est abandonnée pour se consacrer exclusivement au jeu.

Les manifestations de sevrage apparaissent.

## LA PHASE DE « DÉSESPOIR »

Le sujet ment à son entourage, emprunte beaucoup, peut se mettre à voler ou commettre des escroqueries.

Il pense toujours qu'il peut tout regagner sur un gros coup.

La dépression est présente dans 70% des cas.

## LA PHASE « D'ABANDON »

Le sujet abandonne alors ces fantasmes de gain et de réussite. Il se rend compte qu'il ne peut plus rembourser ses dettes. Il joue encore mais plus dans la même optique.

## 7. LES ADDICTIONS SEXUELLES

### 7.1. DÉFINITION

Les addictions sexuelles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions et l'incapacité du sujet à établir une relation saine et gratifiante avec son partenaire. Les caractéristiques sont :

- La survenue, durant l'acte sexuel, d'un état comparable à celui décrit chez les toxicomanes sous l'effet de substances psychoactives (dépersonnalisation et de déréalisation)
- L'accomplissement de comportements sexuels addictifs suivi de promesses répétées et vaines que le sujet s'adresse vis-à-vis de lui-même.
- Dépendance vis-à-vis de son activité sexuelle
- La survenue d'une vive culpabilité et d'une honte concernant les comportements sexuels addictifs. Les réactions de déni sont des modes fréquents de justification ou de rationalisation.

### 7.2. ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence est estimée 3 à 6 % et affecte dans 80 %, les hommes. Elle est souvent associée à un abus de toxiques (42%), une addiction travail (28%), des antécédents familiaux d'addiction dans 87 % des cas.

### 7.3. SÉMIOLOGIE

Dans la perspective de l'utilisation du corps comme objet sexuel qui serait alors dans le spectre des paraphilies (anciennes perversions).

- Une drague compulsive impliquant la recherche insatiable de partenaires multiples ;
- Une sexualité compulsive insatisfaisante dans laquelle l'autre est réduit à l'état d'objet partiel ;
- Un autoérotisme compulsif (masturbation frénétique avec une fréquence de cinq à 15 fois par jour conduisant à des blessures, une sensation de fatigue, voire des difficultés socioprofessionnelles)

Une dépendance à l'autre, pourvoyeur de stimulations et support d'un moi défaillant (mythe d'Aristophane).

- Une fixation compulsive sur un ou des partenaires (inaccessible, l'objet d'amour est idéalisé, la réciprocité n'est que fantasmée) ;
- Des rapports compulsifs amoureux multiples (recherche permanente d'une intensité des sentiments à travers de nouvelles aventures).

### 7.4. LA SÉQUENCE PATHOLOGIQUE...

#### PHASE D'OBSESSION

Le sujet est envahi par les préoccupations sexuelles et est à la recherche permanente de stimulations sexuelles et correspond à un comportement sexuel compulsif.

Cette phase est intriquée avec une phase de désespoir car le sujet se perçoit comme impuissant vis-à-vis de sa tendance à la répétition des comportements sexuels.

#### PHASE DE RITUALISATION

Le scénario érotique est immuable et compulsif.

Le sujet exécute certaines actions ritualisées avant tout acte sexuel. Ce rituel intensifie les obsessions et augmente la stimulation et l'excitation. Il ne tolère aucune variation dans les modalités de réalisation de l'acte sexuel.

#### PHASE DE DÉSESPOIR

Le sujet se perçoit comme impuissant vis-à-vis de sa tendance à la répétition des comportements sexuels. La survenue d'une vive culpabilité et d'une honte concernant les comportements sexuels addictifs. Les réactions de déni sont des modes fréquents de justification ou de rationalisation.

---

#### Questionnaire de Carnes

---

- |                                                                                                      |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. A-t-on abusé de vous sexuellement, pendant l'enfance et l'adolescence ?                           | 13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors la loi ?                              |
| 2. Êtes-vous abonné(e) ou achetez-vous régulièrement des revues érotiques (Playboy ou Penthouse)     | 14. Vous êtes-vous promis à vous-même de cesser certains comportements sexuels ?               |
| 3. Vos parents ont-ils eu des problèmes sexuels ?                                                    | 15. Avez-vous fait des efforts pour renoncer à certains comportements sexuels sans y réussir ? |
| 4. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ?                                        | 16. Devez-vous cacher certains de vos comportements sexuels ?                                  |
| 5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ?                           | 17. Avez-vous essayé de cesser certains comportements sexuels ?                                |
| 6. Est-ce que votre conjoint(e) s'inquiète ou se plaint de votre comportement sexuel ?               | 18. Pensez-vous que certains de vos comportements sexuels ont été dégradants ?                 |
| 7. Avez-vous du mal à arrêter votre conduite sexuelle, lorsque vous savez qu'elle est inappropriée ? | 19. Le sexe a-t-il été pour vous une manière d'échapper à vos problèmes ?                      |
| 8. Vous sentez-vous mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?                            | 20. Êtes-vous déprimé(e) après un rapport sexuel ?                                             |
| 9. Est-ce que votre comportement sexuel a causé des problèmes pour vous-même ou votre famille ?      | 21. Avez-vous senti le besoin de cesser certaines formes d'activités sexuelles ?               |
| 10. Avez-vous cherché assistance pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?                 | 22. Est-ce que vos activités sexuelles ont perturbé votre vie familiale ?                      |
| 11. Avez-vous eu peur que les gens apprennent votre conduite sexuelle ?                              | 23. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des mineurs ?                                       |
| 12. Avez-vous fait du mal aux autres émotionnellement par votre conduite sexuelle ?                  | 24. Vous sentez-vous dominé(e) par vos désirs sexuels ?                                        |
|                                                                                                      | 25. Pensez-vous que vos désirs sexuels sont plus forts que vous ?                              |

---

Cotation : nombre de réponses positives (oui).

- Score total > 13/25 : addiction sexuelle avérée.
  - Score entre 10 et 13 : symptômes atténués d'addiction sexuelle
- 

La limite entre le normal et le pathologique dépend des modèles et des tabous de la société, mais pour les médecins, le critère majeur reste celui de la souffrance psychique, de la désadaptation et de la demande de soins.

## 8. DÉPENDANCE AU JEU VIDÉO

### 8.1. CONTEXTE

Actuellement la question de l'addiction est plus discutée et sans validation scientifique internationale en l'état actuel des données.

C'est la question de la place nouvelle prise par les nouvelles technologies de l'information et de la communication dans nos sociétés et nos vies, qui participent au développement des cyberdépendances, lesquelles se déclinent dans de multiples registres (jeu ; relations ; sexe notamment), ayant chacun leur spécificité.



## 8.2. UNE DÉFINITION...

Comportement répété et persistant de jeu vidéo exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives qui renforcent le comportement.

---

<b>La consommation occasionnelle</b>	Normale, irrégulière Sans abus ni dépendance
<b>La consommation régulière</b>	Régulièrement, parfois quotidiennement, parfois même plusieurs heures par jour
<b>La conduite abusive ou excessive</b>	Pas de déstructuration psycho-sociale de l'individu La dépendance

---

## 8.3. ÉPIDÉMIOLOGIE

En l'absence de données épidémiologiques validées, l'importance de ces dérives addictives est difficile à chiffrer. Elles surviennent lorsque des facteurs de vulnérabilité personnelle entrent en résonance avec les effets et impacts de la pratique ludique.

Elles sont identifiées plus souvent les hommes que les femmes (60 % vs 40 %). L'âge de découverte est, actuellement, entre 16 et 30 ans, volontiers dans les milieux favorisés. Ces conduites vont de pairs avec le dopage.

---

### Les critères de Griffith

---

- Il joue presque tous les jours
  - Il joue souvent pendant de longues périodes : 3-4 heures
  - Il joue pour l'excitation qu'il en retire
  - Il est de mauvaise humeur quand il ne peut pas jouer
  - Il délaisse les activités sociales et sportives
  - Il joue au lieu de faire ses devoirs
  - Les tentatives de diminuer son temps de jeu sont des échecs
- 

## 9. LA CYBERADDICTION - CYBERDÉPENDANCE,

### 9.1. CONTEXTE

Elle fait partie des nouvelles toxicomanies sans drogue et s'inscrit comme une addiction silencieuse. Elle englobe des formes de dépendance à l'outil informatique, à la sexualité sur Internet, aux achats compulsifs on-line, aux formes de communication synchrones et asynchrones par e-mail ou dans les groupes de discussion.

Les cyberdépendants sont des personnes qui dans leurs efforts de combler un vide identificatoire, se heurtent à des obstacles souvent imaginaires, à des combats qu'ils estiment perdus d'avance ou sans intérêt, situations qui vont engendrer inévitablement des frustrations, des phénomènes anxieux, des troubles du comportement.

C'est à cause de la recherche d'un refuge, d'une échappatoire à la réalité, que cette tendance à s'extraire du contexte réel pourrait devenir l'une des motivations intimes des cyberdépendants. Le remplacement du réel par le virtuel est leur seule manière concevable de vivre.

### 9.2. SÉMIOLOGIE

On peut décrire quelques traits de caractère des cybers accros :

- Immaturité socio-affective
- Vide identificatoire
- Frustration et incapacité de surmonter celle-ci
- Anxiété
- Troubles du comportement et dépendance affective

- Sentiment de non-valeur et de non reconnaissance
- Sentiment d'isolement et caractère solitaire
- Vide émotionnel

## 10. LE TRAVAIL PATHOLOGIQUE

### 10.1. DÉFINITION

C'est une relation pathologique d'un sujet à son travail, caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus de temps et d'énergie et ce, en dépit des conséquences négatives sur sa santé et sur sa vie personnelle affective et familiale.

Ce nouveau phénomène, que les Américains appelle « workaholism », est décrit par les spécialistes comme la plus « clean » des addictions car la pression sociale fait de celle-ci un des meilleurs exemples d'addiction positive !

### 10.2. LES CRITÈRES

Parmi les critères spécifiques du travail pathologique on peut citer les suivants :

- Hyperactivité
- Esprit de compétition et de défi
- Forte personnalité d'entreprise
- Désir illimité de satisfaction professionnelle
- Culte de l'entreprise et du travail
- Relation difficile avec les loisirs
- Détente difficile pendant les vacances et les week-ends (ramener du travail sur le lieu même des vacances)
- Négligence de la vie familiale
- Existence des manifestations de stress au travail

### 10.3. LA SÉQUENCE PATHOLOGIQUE...

Classiquement, trois étapes décrivent ce type de trouble

- Le premier stade
  - Le travailleur est débordant d'énergie et ses capacités sont augmentées
  - Il fait souvent un nombre impressionnant d'heures supplémentaires.
- Le deuxième stade
  - Apparition des difficultés dans la vie familiale et sociale
- Le troisième stade
  - Forte diminution des capacités de travail
  - Apparition de troubles psychosomatiques (troubles du sommeil, lombalgies, HTA, syndrome de fatigue chronique, céphalées persistantes, problèmes cardio-vasculaires, ulcère)
  - Complications majeures liées au stress : troubles anxio-dépressifs et le syndrome de burn-out (caractérisé par une fatigue et un épuisement physique et psychique extrême).

## 11. CONCLUSION

Chaque trouble addictif a ses spécificités qui sont à prendre en compte pour sa prise en charge.

Le regroupement des addictions comportementales et des addictions à des substances est maintenant validée

Il existe un risque non négligeable de transfert de dépendance. La prévention de la rechute doit tenir compte de ce risque et être globale.