

L'article d'Aviel Goodman : 10 ans après

Eric Loonis

Résumé – Le concept général d'addiction, tel qu'il fut proposé par Goodman en 1990 dans son célèbre commentaire, se trouve sans doute encore aujourd'hui, un peu à l'étroit dans le monde de la psychiatrie et de la psychologie. Signe évident de cette disproportion : la définition de l'addiction proposée par Goodman est très souvent reprise par les chercheurs et les étudiants, mais les implications pratiques et théoriques que Goodman entrevoyait dans le prolongement de son concept général sont restées apparemment lettres mortes. Dans ce commentaire « 10 ans après », nous rappelons les fondements du concept (définition et critères) et nous le comparons aux critères de l'actuel DSM-IV portant sur un nombre plus étendu de troubles. Nous insistons ensuite sur les implications, surtout théoriques, d'un concept sur-organisateur d'addiction, en montrant comment un tel concept n'est pertinent et utile (pour la recherche comme en clinique) que s'il est relié à une théorie générale de l'addiction, qui formaliserait le prophétique « processus addictif de base sous-jacent » de Goodman.

Mots clés. Addiction, Définition, Critères, Théorie générale.

Aviel Goodman's paper: 10 years after

Abstract – Goodman's general concept of addiction, as proposed in his famous 1990 commentary, is still interpreted in a rather narrow way in the world of psychiatry and psychology. Thus while Goodman's definition of addiction is often adopted by researchers and students, the practical and theoretical implications which he anticipated have been largely overlooked. In the present paper we revisit Goodman's concept (definition and criteria) and compare it with the present DSM-IV criteria dealing with a broader range of problems. In doing so, we stress the implications, especially theoretical, of a superordinate concept of addiction, showing how such a concept is pertinent and useful (for both research and clinic) only if it is integrated into a general addiction theory which would formalize Goodman's "basic underlying addictive process."

Key words. Addiction, Definition, Criterias, General theory.

En 1990, paraissait dans le *British Journal of Addiction*, un article théorique qui allait marquer la dernière décennie du siècle, comme sans doute l'un des articles les plus cités, au moins en France et dans le milieu de la psychologie et psychiatrie des addictions. Ce *commentary* du docteur Aviel Goodman¹, *Addiction: definition and implications*, avait pour but d'apporter une solution au manque de définition scientifique de l'addiction, alors que ce concept était de plus en plus intégré dans les théories et les

¹ *Minnesota Institute of Psychiatry*, aux Etats-Unis.

pratiques psychiatriques. Prenant appui sur les critères du DSM-III-R (le DSM-IV ne paraîtra qu'en 1994, 1996 en France) portant sur la dépendance aux substances psychoactives et le jeu pathologique, Goodman proposait ainsi sa fameuse définition de l'addiction : **un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion)**². Nous verrons que de cet article, c'est la définition qui a été surtout retenue, plutôt que ses implications théoriques et pratiques.

Un concept sur-organisateur

D'entrée, Goodman soulignait le décalage entre la prévalence importante des troubles addictifs (alcoolisme et autres substances psychoactives, jeu pathologique et autres troubles à composante addictive) dans la population et la faiblesse de l'implication des psychiatres et des psychologues dans ces problèmes, tant au plan théorique que pratique (nous sommes en 1990). Le concept d'addiction a reçu de nombreuses critiques : absence de définition, définition imprécise ou encore trop large au point de lui faire perdre toute valeur pragmatique. On lui a aussi reproché des connotations moralistes impropres à l'usage scientifique (le verbe *to addict* est utilisé depuis le XVI^e siècle dans la langue anglaise pour signifier se consacrer à, se vouer à, en parlant d'une pratique, d'un vice ou d'une mauvaise habitude – Peele, 1990). Goodman soulignait que le mot *addiction* n'apparaît qu'une fois dans le DSM-III-R, concernant un « trouble sexuel non spécifié par ailleurs » (il semble avoir disparu du DSM-IV). Un second décalage est mis en lumière par Goodman, celui entre le monde scientifique de la psychiatrie/psychologie et le développement, aux USA, d'un mouvement culturel majeur, qu'il appelle « addictionnologie des 12 étapes » (en référence au programme de traitement des Alcooliques Anonymes, décliné sous toutes les addictions : drogue, sexe, internet... ; des programmes qui ont pour caractéristique essentielle d'être soutenus, non par des professionnels, mais par d'anciens addicts). Pour Goodman, cette situation est un handicap pour comprendre et développer le traitement des troubles addictifs et son article a pour but d'intégrer les deux systèmes de pensée (des psychiatres/psychologues et culturel) en proposant une définition scientifique de l'addiction suivant les deux critères de la scientificité : (1) posséder une signification précise et rattachée à un cadre scientifique et (2) ne pas faire redondance avec d'autres termes déjà utilisés.

Suivant une logique cartésienne (bien française) on se serait attendu à ce que Goodman présente d'abord les critères diagnostiques du DSM-III-R, concernant la dépendance aux substances psychoactives et le jeu pathologique, puis qu'il en tire par induction sa définition plus générale du « trouble addictif ». Or, même si la démarche de Goodman fut sans doute celle-ci, son article commence étrangement par présenter d'emblée la définition du trouble addictif, pour ensuite la comparer aux critères du DSM-III-R. C'est que Goodman considère qu'une définition présentée comme une extension de critères couramment acceptés sera plus facilement acceptée elle-même, que si elle se montre comme une innovation. Prenant donc explicitement appui sur des critères diagnostiques,

² « A process whereby a behavior, that can function both to produce pleasure and to provide escape from internal discomfort, is employed in a pattern characterized by (1) recurrent failure to control the behavior (powerlessness) and (2) continuation of the behavior despite significant negative consequences (unmanageability). »

dont on ne sait pas d'abord quels troubles ils concernent, Goodman présente en termes généraux (sans faire référence à un comportement en particulier) un ensemble de critères diagnostiques du trouble addictif, comme catégorie sur-organisatrice³, regroupant l'ensemble des troubles addictifs particuliers. Le but de ces critères généraux est de pouvoir déterminer si un syndrome comportemental donné est ou non un trouble addictif (une addiction). Voici ces critères (tab. I) :

Tableau I : Critères du trouble addictif, d'après Goodman (1990).

-
- 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.** Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation ;
 - 2.** Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitée à l'origine ;
 - 3.** Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
 - 4.** Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à se remettre de leurs effets ;
 - 5.** Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales ;
 - 6.** Activités sociales, professionnelles ou de loisirs majeures sacrifiées du fait du comportement ;
 - 7.** Persévérance 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 « hierarchically superordinate category ».

Tableau II : correspondance des critères du trouble addictif de Goodman (1990) et ceux du DSM-IV (APA, 1996).

Critères	Goodman	DSM-IV
Troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance à une substance)		
dépassement de la volonté	E/2	3
tentatives de contrôle	E/3	4
surinvestissement temporel	E/4	5
sacrifice d'autres activités	E/6	6
persévération malgré les problèmes	E/7	7
tolérance	E/8	1
syndrome de manque	E/9	2 (sauf substitution pour soulager le sevrage)
Troubles de conduites alimentaires (boulimie)		
perte de contrôle	D	A/2
dépassement de la volonté	E/2	A/1 (plus que la normale)
tentatives de contrôle	E/3	A (récurrence) + B (compensation)
Paraphilies (toutes)		
impulsions irrésistibles	A	A (impulsions)
préoccupations fréquentes	E/1	A (fantaisies)
dépassement de la volonté	E/2	A (intensité)
tentatives de contrôle	E/3	A (répétition)
persévération malgré les problèmes	E/7	B (altération du fonctionnement)
Troubles des impulsions (tous)		
impulsions irrésistibles	A	A (trouble explosif intermittent + kleptomanie + pyromanie)
tension croissante précédente	B	B (pyromanie + kleptomanie + trichotillomanie)
plaisir ou soulagement	C	C (kleptomanie + trichotillomanie) + D (pyromanie) + A/5 (jeu pathologique)
préoccupations fréquentes	E/1	A/1 (jeu pathologique)
tentatives de contrôle	E/3	A/3 (jeu pathologique)

sacrifice d'autres activités	E/6	A/7 à 10 (jeu pathologique, conséquences des stratégies de persévération)
persévération malgré les problèmes	E7	E (trichotillomanie)
tolérance	E/8	A/2 (jeu pathologique)
syndrome de manque	E/9	A/4 (jeu pathologique)

Troubles obsessionnels compulsifs

impulsions irrésistibles	A	Obsessions/1 (réurrence et persistance)
impulsions irrésistibles + perte de contrôle	A + D	Compulsions/1 (répétition et être poussé à)
plaisir ou soulagement	C	Compulsions/2 (neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse)
dépassement de la volonté	E/2	Compulsions/2 + B (excès)
tentatives de contrôle	E/3	Obsessions/3 (efforts)
surinvestissement temporel	E/4	C (perte de temps)
persévération malgré les problèmes	E/7	Obsessions/1 (anxiété ou détresse) + C (interférences)

C'est à partir de cet ensemble de critères que Goodman formule la définition de l'addiction rappelée au début. La plupart des critères du DSM-III-R concernant la dépendance aux substances psychoactives et le jeu pathologique, se retrouvent dans la liste de Goodman, la différence portant surtout sur l'introduction du caractère obligatoire des quatre premiers critères (A-D) et de cinq sur neuf sous-critères de E, pour définir le trouble addictif. Il est intéressant de comparer aujourd'hui la définition de Goodman avec le DSM-IV (APA, 1996) et sur davantage de types de troubles, parmi ceux qui se sont avérés posséder une dimension addictive : troubles liés à l'utilisation d'une substance, troubles des conduites alimentaires (boulimie), paraphilies, troubles des impulsions et troubles obsessionnels compulsifs (tab. II). Avec quelques adaptations mineures (par exemple, la correspondance entre les tentatives répétées de contrôle et les répétitions, récurrences et comportements compensatoires), tous les critères de Goodman (sauf le critère E/5, mais que l'on retrouve, par exemple, à l'item 15 du *Michigan Alcohol Screening Test-Révisée* (MAST-R) pour évaluer l'alcoolisme) correspondent à tels ou tels critères définissant des troubles de type « addictif » dans le DSM-IV (voir ces critères en annexe).

Après examen de ces correspondances, on se rend compte que le DSM-IV peut, en retour, enrichir les critères de Goodman. Il serait nécessaire de compléter le critère E/9 ainsi : « Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ; *et soulagement ou évitement de la souffrance en s'adonnant à nouveau au comportement* » (substance 2/b ; impulsions — kleptomanie et trichotillomanie C — pyromanie D — jeu pathologique A/5). Puis, d'ajouter un dixième critère à E : 10.

Souffrance ou détresse secondaires au comportement.(paraphilies B ; impulsions — trichotillomanie E ; troubles obsessionnels compulsifs C).

Goodman lui-même, tout en posant que ses critères conduisent à une définition de l'addiction « spécifique, significative et ancrée dans le réseau conceptuel de la psychiatrie scientifique », reconnaît que certaines modifications devront sans doute être apportées dans l'organisation des critères, leur formulation, leur caractère obligatoire ou encore leur nombre minimum requis pour le diagnostic. En ce qui concerne la non redondance, Goodman rapproche son concept d'addiction de ceux de dépendance et de compulsion. L'originalité du concept d'addiction est de faire la synthèse, justement, entre dépendance (renforcement positif du comportement) et la compulsion (renforcement négatif sur la base d'un état interne aversif).

Implications pratiques et théoriques

Si la définition du concept d'addiction de Goodman a eu le succès que l'on connaît, les implications pratiques et théoriques du concept ont eu moins de retentissement (en tout cas en France). Au plan des traitements de l'addiction, Goodman doutait de l'efficacité de ceux qui ne prennent pas en compte à la fois la dépendance et la compulsion. Les deux types de processus, les renforcements négatifs et positifs, devraient être conjugués dans le traitement : d'une part, traiter l'inconfort interne (par la pharmacothérapie – ce qui va dans le sens des traitements de substitution actuels – et/ou la psychothérapie) ; d'autre part, et ce qui est plus original, Goodman proposait « d'encourager chez l'individu le développement de moyens plus sains et adaptatifs pour combler les besoins jusque-là satisfaits par l'addiction » (référence est faite aux seules approches groupales de type 12 étapes, support ou thérapie). Nous verrons que c'est à partir des implications théoriques que Goodman va suggérer des avancées majeures en matière de traitement.

Les implications théoriques que dégage Goodman sont particulièrement intéressantes. Pour l'auteur l'addiction « représente un ensemble de relations entre un mode de comportement et certains autres processus ou aspects de la personne ». Il ajoute que « ce n'est pas le type de comportement, sa fréquence ou son acceptabilité sociale qui détermine s'il est ou non une addiction [mais] c'est comment ce mode de comportement est relié et affecte la vie de l'individu, selon les critères diagnostiques spécifiés. » Goodman va plus loin encore en indiquant qu'il ne propose « pas seulement une définition de l'addiction, mais aussi une modification dans la façon dont certains troubles psychiatriques sont conceptuellement organisés. » Et il suggère la création d'une nouvelle catégorie nosographique : les « troubles addictifs » (regroupant les troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive, les troubles du contrôle des impulsions, les troubles du comportement alimentaire et d'autres syndromes comportementaux correspondants aux critères définis dans l'addiction).

Goodman fait ici l'hypothèse audacieuse que « des modes similaires dans les manifestations comportementales de troubles addictifs variés (comme cela est indiqué par le fait qu'ils correspondent aux mêmes critères diagnostiques généraux) reflètent des similarités pour certaines variables de la personnalité et/ou biologiques, qui peuvent ou non être mesurées par les instruments actuellement disponibles. » Il ajoute que « les troubles addictifs pourraient être décrits avec plus de précision, non comme une variété d'addictions, mais comme un **processus addictif de base sous-jacent**⁴, qui peut

⁴ « a basic underlying addictive process, » souligné par nous.

s'exprimer dans une ou plusieurs des diverses manifestations comportementales. » Nous avons là, au-delà d'un concept sur-organisateur d'addiction, l'amorce d'un modèle général, de ce que Goodman appelle une « approche intégrative ».

Goodman aborde l'addiction sous l'angle de la gestion hédonique et de la solution addictive : « les êtres humains développent des moyens adaptatifs de gestion de leurs émotions et de satisfaction de leurs besoins, mais lorsque certains facteurs interfèrent avec ce processus, l'individu apprend à éviter d'être submergé par les émotions et les besoins insatisfaits, en consommant des substances (aliments, alcool, autres drogues) ou en s'engageant dans quelques activités gratifiantes (sexualité, jeu, vol à l'étalage, etc.). » A partir de là, une addiction va correspondre à « une dépendance compulsive à une (apparemment auto-initiée et auto-contrôlée) action destinée à réguler l'état interne. » Dès 1990 et en écho avec les travaux de Peele, Goodman proposait ni plus ni moins que de dépasser cette vision étroite des addictions, comme d'un rapport exclusif entre un individu et un produit, pour s'ouvrir à un modèle général qui formalise des « actions » et des « états » modifiés par ces actions, allant jusqu'à suggérer des rapports systémiques entre ces actions par « la flexibilité de pouvoir basculer entre des actions variées, ou de les combiner entre elles, selon les besoins et limites de la situation. »

Les implications pratiques d'un tel modèle, en matière de traitement de la personne addictée, sont « qu'il ne faut plus seulement prendre en compte le comportement addictif, mais aussi le processus addictif sous-jacent. » Goodman suggère trois processus en interaction dans tout traitement efficace : (1) « améliorer la prise de conscience des sentiments internes, des besoins, des conflits interpersonnels et des croyances ; » (2) améliorer la gestion hédonique en « encourageant le développement de moyens plus sains et adaptatifs de gérer les sentiments, satisfaire les besoins et résoudre les conflits internes ; » (3) « développer des apprentissages de stratégies comportementales dans le contrôle de l'abstinence. » Que l'on se rassure, Goodman n'est pas un partisan de l'abstinence absolue ; pour lui elle se définit « selon la personne, selon le comportement utilisé de façon addictive et selon comment on pourra distinguer l'usage addictif de l'usage non addictif du comportement pour cet individu. »

Conclusion

Ainsi, à partir d'un modèle général, basé sur un principe addictif sur-organisateur, Goodman propose dans sa conclusion, une approche de l'addiction, destinée « à actualiser le modèle biopsychosocial de maladie, en intégrant, tant au niveau pratique que théorique, la psychodynamique, la psychiatrie biologique, la théorie des systèmes familiaux, l'addictionnologie, la psychologie cognitivo-comportementale et la dynamique des groupes. »

En 12 ans, la définition de l'addiction de Goodman est devenue une grille d'évaluation courante pour la recherche universitaire, mais elle n'a pas eu le même succès pour l'évaluation clinique. En France, le décalage porte, non pas comme aux Etats-Unis entre les psychiatres-psychologues et une culture addictionnologique qui n'existe pas chez nous (le concept d'addiction est encore pratiquement inconnu du grand public), mais entre la clinique et la recherche. Ce décalage montre que le concept d'addiction garde encore certaines faiblesses et se heurte à des modèles médicaux bien ancrés chez nous.

Le concept d'addiction de Goodman a pourtant trouvé de nombreux appuis auprès d'autres travaux. Les études sur les désafférentations (Bexton, Heron, Scott, 1954 ; Scott, Bexton, Heron, Doan, 1959, Azima, Lemieux, Fern, 1962), celles de

neurobiologie comportementale (Koob, 1996 ; Koob, Le Moal, 1997 ; Markou, Koob, 1991) et celles sur la recherche de sensation (Zuckerman, 1979, 1983, 1994 ; Apter, 1989, 1992), qui soutiennent l'idée d'une addictivité générale, basée sur une gestion hédonique (Brown, 1997), impliquant des stratégies de recherche de sensation et de contrôle des états psychologiques. Nos propres travaux sur une théorie générale de l'addiction (Loonis, 1997, 1998, 1999 ; Loonis, Sztulman, 1998 ; Loonis, Apter, 2000 ; Loonis, Apter, Sztulman, 2000) ont permis de formaliser le visionnaire *underlying addictive process* de Goodman et de poser un principe d'addictivité générale, un système d'actions basé sur le principe de la double fonction des activités et une écologie de l'action, l'ensemble annonçant ce que nous suggérons d'appeler une « hédonologie », comme science et modèle de la gestion hédonique. La profusion des types d'addiction et la continuité entre les addictions de la vie quotidienne et les addictions pathologiques, découlent du processus addictif de base sous-jacent annoncé par Goodman en 1990.

Si Goodman entrevoyait bien les limites de son concept général, ces limites persistent encore. On observe deux attitudes polaires dans la recherche sur les addictions : soit un rejet du concept général, sur la base de raisons apparemment pertinentes (concept métaphorique, analogies forcées, dilution du sens...), mais qui représentent une absence d'effort pour surmonter les faiblesses du concept d'addiction et le rendre opérationnel ; soit une adhésion quasi religieuse et presque naïve au concept d'addiction, qui se borne à débusquer de l'addiction partout, comme si le concept était déjà une vérité première, sans faire, là aussi, l'effort de l'intégrer dans un modèle général d'addiction. On comprend que dans ces conditions les cliniciens hésitent ou se trouvent incapables d'intégrer ce concept à la clinique. Ainsi, 10 ans après, le concept d'addiction de Goodman garde-t-il toute sa fraîcheur heuristique : il nous encourage à travailler. Que demander de plus à un concept scientifique ?

Références

1. APA – American Psychiatrists Association (1996), *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV)*. Traduction J. Guelfi, Masson, Paris.
2. Apter M.J. (1989), *Reversal Theory, Motivation, Emotion and Personality*. Routledge, New York, NY.
3. Apter M.J. (1992), *The Dangerous Edge, the Psychology of Excitement*. The Free Press, Macmillan Inc., New York, NY.
4. Azima H., Lemieux M., Fern J. (1962), Isolement sensoriel, étude psychopathologique et psychanalytique de la régression et du schéma corporel. *L'Evolution Psychiatrique*, avril-juin, 27, 259-282.
5. Bexton W.H., Héron W., Scott T.H. (1954), Effects of Decreased Variation in the Sensory Environment. *Canadian Journal of Psychology*, 8, 70-76.
6. Brown R.I.F. (1997), A Theoretical Model of the Behavioural Addictions – Applied to Offending. In J.E. Hodge, M. McMurrin, C.R. Hollin (eds), *Addicted to crime ?* John Wiley & Sons Ltd, Glasgow, UK, 13-65.
7. Goodman A. (1990), Addiction : Definition and Implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
8. Koob G.F. (1996), Drug Addiction : The Yin and Yang of Hedonic Homeostasis. *Neuron*, 16(5), 893-896.

9. Koob G.F., Le Moal M. (1997), Drug Abuse : Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*, vol. 278, 3 oct., 52-58.
10. Loonis E. (1997), *Notre cerveau est un drogué, vers une théorie générale des addictions*. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
11. Loonis E. (1998), Vers une écologie de l'action. *Psychotropes*, mars, 4(1), 33-48.
12. Loonis E. (1999), *Théorie générale de l'addiction, du système d'actions à l'écologie de l'action*. Thèse de doctorat d'université en psychopathologie, Université Toulouse II, Le Mirail.
13. Loonis E., Sztulman H. (1998), Le fonctionnement de notre cerveau serait-il de nature addictive ? *L'Encéphale*, XXIV, 26-32.
14. Loonis E., Apter M.J. (2000), Addictions et système d'actions. *L'Encéphale*, XXVI (2), 63-69.
15. Loonis E., Apter M.J., Sztulman H. (2000), Addiction as a Function of Action System Properties. *Addictive Behaviors*, 25(3), 477-481.
16. Markou A., Koob G.F. (1991), Post-Cocaine Anhedonia : An Animal Model of Cocaine Withdrawal. *Neuropsychopharmacology*, 4(1), 17-26.
17. Peele S. (1990), Addiction as a Cultural Concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205-220.
18. Scott T.H., Bexton W.H., Héron W., Doan B.K. (1959), Cognitive Effects of Perceptual Isolation. *Canadian Journal of Psychology*, 13, 200-209.
19. Zuckerman M. (1979), Sensation Seeking and Risk Taking. In C.E. Izard (ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology*, Plenum, New York, NY.
20. Zuckerman M. (1983), Sensation Seeking and Sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285-293.
21. Zuckerman M. (1994), *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

ANNEXE

Critères du DSM-IV

D'après APA – American Psychiatrists Association (1996), *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV)*. Traduction J. Guelfi, Masson, Paris (nota : seuls les critères concernés par le rapprochement avec ceux de Goodman sont ici présentés).

Troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance à une substance) :

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- (1) tolérance définie par l'un des troubles suivants :
 - (a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - (b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance
- (2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - (a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères pour chaque substance)
 - (b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- (3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue
- (4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
- (5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacements sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets
- (6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- (7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (p. ex., poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Troubles des conduites alimentaires (boulimie) :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

- (1) absorption, en une période de temps limitée (par ex., moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
- (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par ex., sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

Paraphilies :

A. Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, consistant à (ou impliquant)... [suivi de l'acte concerné : exhibitionnisme, fétichisme, frotteurisme, pédophilie, masochisme sexuel, sadisme sexuel, transvestisme fétichiste, voyeurisme et autres paraphilies].

B. Les fantaisies, impulsions sexuelles, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Troubles des impulsions :

• Trouble explosif intermittent

A. Plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives, aboutissant à des voies de fait graves ou à la destruction de biens.

• Kleptomanie

A. 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.

B. Sensation croissante de tension juste avant de commettre le vol.

C. Plaisir, gratification ou soulagement au moment de commettre le vol.

• Pyromanie

A. Allumage délibéré et réfléchi d'incendies, survenant à plusieurs reprises.

B. Tension ou excitation émotionnelle avant l'acte.

D. Plaisir, gratification ou soulagement en allumant des incendies, en les contemplant ou en participant aux événements qui en résultent.

- **Jeu pathologique**

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

- (1) préoccupation par le jeu (p. ex., 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 de sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- (3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du 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 (p. ex., des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)
- (7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- (8) commet des actes illégaux, tels que falsification, fraudes, vols ou détournements d'argent pour financer la pratique du jeu
- (9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- (10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu

- **Trichotillomanie**

A. Arrachage répété de ses propres cheveux aboutissant à une alopecie manifeste.

B. Sentiment croissant de tension juste avant l'arrachage des cheveux ou bien lors des tentatives faites pour résister à ce comportement.

C. Plaisir, gratification ou soulagement lors de l'arrachage des cheveux.

E. Les perturbations causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Troubles obsessionnels compulsifs :

A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions :

Obsessions définies par (1), (2), (3) et (4) :

(1) pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.

(3) le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

Compulsions définies par (1) et (2) :

(1) comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

(2) les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. N.B. : ceci ne s'applique pas aux enfants.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.