

# ATEPHOBIE

## PEUR DE LA RUINE

### Les idées de ruine : reconnaître et gérer

Vous voulez en savoir plus sur les idées de ruine ?

Vous êtes sur la bonne page ! Vous trouverez ici toutes les informations nécessaires pour identifier et savoir réagir face à les idées de ruine.

### Rédacteur

Dr Nicolas Neveux, Psychiatre à Paris, formé en Thérapie Cognitive et Comportementale (AFTCC) et en Thérapie Interpersonnelle (IFTIP),

**Sources: Pratiquer la Thérapie Interpersonnelle (TIP), Dunod; Prendre en charge la dépression avec la thérapie interpersonnelle, Dunod.**

L'essentiel :

- Peut-être un symptôme de pathologies graves (troubles anxieux, dépression...)
- Un médecin/psychiatre doit faire le diagnostic et coordonner la prise en charge
- La TCC est le traitement indiqué en première intention

### Qu'est-ce que l'idée de ruine en psychiatrie et en psychologie clinique ?

L'**idée de ruine** est un concept central en psychiatrie et en psychologie clinique, souvent rencontré dans le cadre de troubles dépressifs, anxieux, ou psychotiques. Elle se définit comme une **conviction délirante ou obsessionnelle d'un désastre inévitable et mérité**, frappant la situation financière, sociale, familiale ou personnelle du patient, avec ses diverses conséquences. Cette idée peut prendre la forme d'une croyance fixe, résistante à toute preuve contraire, ou d'une rumination anxieuse persistante, selon le contexte clinique. En pratique, l'idée de ruine ne se limite pas à une simple inquiétude passagère. Elle s'inscrit dans un registre pathologique, souvent associé à une souffrance psychique intense et à un retentissement majeur sur le fonctionnement quotidien. Par exemple, un patient dépressif peut être convaincu, sans preuve objective, que sa famille va sombrer dans la misère à cause de ses propres erreurs, ou qu'il a déjà tout perdu, même si sa situation réelle est stable. Cette conviction peut s'accompagner d'un sentiment de culpabilité écrasant, d'une inhibition psychomotrice, et parfois de comportements d'évitement ou de vérification compulsive.

### Mécanismes psychologiques et psychiatriques des idées de ruine

Les idées de ruine s'inscrivent dans des mécanismes psychopathologiques variés, selon le trouble sous-jacent. Elles peuvent être : – Délirantes : dans le cadre d'un épisode psychotique (dépression psychotique, trouble bipolaire, schizophrénie), où la conviction de ruine est fermement soutenue, malgré l'absence de preuve et la contradiction avec la réalité. Le patient peut développer un système de croyances complexe autour de cette idée, parfois associé à des hallucinations (voix l'accusant de ruiner sa famille, par exemple).

- Obsessionnelles : dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), où l'idée de ruine s'impose de manière intrusive, générant une anxiété intense et des comportements de vérification ou de neutralisation (ex. : vérifier sans cesse ses comptes bancaires, accumuler des objets par peur de manquer).
- Ruminatives : dans les troubles dépressifs ou anxieux, où le patient ressasse sans cesse des scénarios catastrophiques de ruine, sans pouvoir s'en détacher, ce qui aggrave son état émotionnel et son sentiment d'impuissance.

### **Épidémiologie : idées de ruine chez l'enfant et l'adolescent**

Les idées de ruine, bien que moins fréquentes chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte, peuvent survenir dans des contextes de troubles dépressifs, anxieux, ou de psychose débutante. Les études épidémiologiques montrent que les troubles dépressifs et anxieux, souvent associés à des ruminations ou des idées de ruine, touchent environ 12 à 25 % des adolescents, avec une prévalence plus élevée chez les filles et dans les milieux socio-économiques défavorisés. Chez l'adolescent, les idées de ruine peuvent se manifester par une peur excessive de l'échec scolaire, de l'exclusion sociale, ou d'un avenir sans issue. Ces idées sont souvent liées à des événements de vie stressants (divorce des parents, harcèlement, échec scolaire), et peuvent s'accompagner d'idées suicidaires ou de conduites à risque.

### **Diagnostic différentiel et comorbidités**

Le clinicien doit distinguer les idées de ruine selon leur nature (délirante, obsessionnelle, ruminative) et leur contexte (dépression, TOC, psychose, trouble anxieux). Un bilan psychiatrique complet est indispensable, incluant : – L'entretien clinique : évaluation de la nature, de l'intensité, et de la résistance à la contradiction des idées de ruine. – Les outils d'évaluation : échelles de dépression (HAD, MADRS), d'anxiété (HAMA), ou de TOC (Y-BOCS). – La recherche de comorbidités : dépression, troubles anxieux, TOC, trouble bipolaire, schizophrénie, ou troubles de la personnalité. Les idées de ruine peuvent s'inscrire dans un tableau de dépression psychotique, où elles sont congruentes à l'humeur (ex. : conviction de ruine en phase dépressive), ou dans un trouble bipolaire, où elles alternent avec des idées de grandeur en phase maniaque.

### **Prise en charge thérapeutique des idées de ruine**

La prise en charge des idées de ruine repose sur une approche multidimensionnelle, combinant : – Traitement médicamenteux : antidépresseurs (en cas de dépression), thymorégulateurs (en cas de trouble bipolaire), antipsychotiques (en cas de symptômes psychotiques).

– Psychothérapies : la thérapie cognitive et comportementale (TCC) est le traitement de première intention, visant à identifier et modifier les schémas de pensée dysfonctionnels, et à réduire les comportements d'évitement ou de vérification.

- Thérapie interpersonnelle (TIP) : utile pour travailler sur les relations interpersonnelles et les événements de vie stressants ayant pu déclencher ou aggraver les idées de ruine.
- Prise en charge sociale : accompagnement pour les difficultés financières ou professionnelles réelles, afin de limiter l'impact des idées de ruine sur la vie quotidienne.

### **Rôle de l'entourage et prévention des rechutes**

L'entourage joue un rôle clé dans la prise en charge des idées de ruine :

- Écoute et soutien : éviter de minimiser ou de contredire frontalement les idées, mais encourager la consultation et l'adhésion au traitement.

Repérage des signes d'alerte : changement d'humeur, isolement, comportements inhabituels, pour prévenir les rechutes ou les passages à l'acte.

- Accompagnement dans les démarches : aider le patient à consulter, à suivre son traitement, et à mettre en place des stratégies de gestion du stress. La prévention des rechutes passe par :

- La poursuite des psychothérapies : même après amélioration, pour consolider les acquis et prévenir les rechutes.

- La gestion du stress et des événements de vie : apprentissage de techniques de relaxation, de résolution de problèmes, et de régulation émotionnelle.

« ` — Pour aller plus loin : Les idées de ruine, bien que redoutables par leur impact sur la qualité de vie, répondent généralement bien à une prise en charge adaptée. L'essentiel est de ne pas les banaliser, et de consulter un professionnel de santé mentale dès leur apparition. Si vous ou un proche êtes concerné, n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à un psychiatre.

— Références scientifiques et cliniques :

- DSM-5, CIM-11 : critères diagnostiques des troubles dépressifs, anxieux, et psychotiques.
- Recommandations HAS : prise en charge des troubles dépressifs et anxieux.
- Études épidémiologiques : prévalence des idées de ruine et des troubles associés chez l'adolescent.
- Protocoles TCC : restructuration cognitive, exposition avec prévention de la réponse.

Note : Cet article est destiné à informer et ne remplace pas une consultation médicale ou psychiatrique. En cas de souffrance ou de symptômes évocateurs, consultez un professionnel de santé.