

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 – 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Le masque psychotique de la dépression
Historique, psychopathologie et pluralité du concept de dépression
A partir de deux cas cliniques

Présentée et soutenue publiquement le 5 avril 2012
Par Hélène Ganne-Desrumaux

Jury

Président : Monsieur le Professeur GOUDEMANT

Assesseurs : Monsieur le Professeur THOMAS

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Directrice de thèse : Madame le Docteur PORTENART

Table des matières

Introduction	4
Première partie : Exposé des deux cas cliniques	6
I- Description des cas cliniques	6
II- Discussion autour des cas cliniques	13
1-Démarche diagnostique devant ces deux tableaux cliniques	13
a- Éliminer une pathologie organique.....	13
a.1 Caractéristiques suggérant l'étiologie organique	13
a.2 Pathologies organiques avec éléments psychotiques	14
b- Diagnostics différentiels psychiatriques.....	17
b-1 Trouble bipolaire.....	17
b-2 Syndrome de Cotard	18
b-3 Schizophrénie.....	19
b-4 Autres délires chroniques.....	19
b-5 Pharmaco psychose.....	21
2- Réflexions autour des cas cliniques	21
Deuxième partie.....	24
I- Historique de la dépression	24
1- Approche catégorielle hiérarchique	25
1.1- Historique de la mélancolie à la dépression	26
a- De la mélancolie à la psychose maniaco-dépressive.....	26
b- Les différentes formes de mélancolie décrites.....	27
<u>b-1 La forme simple</u>	27
<u>b-2 La forme délirante</u>	28
<u>b-3 La forme agitée</u>	28
<u>b-4 La forme d'involution</u>	29
c- Apparition du concept de dépression	29
<u>c-1 Kraepelin</u>	29
<u>c-2 Vision dichotomique de la dépression</u>	31
<u>c-3 Approche uniciste de la dépression</u>	33
d- A côté de la dépression, les états mixtes.....	34
e- Démence précoce et dépression	35
1-2 Systèmes de classification.....	35
a- Spitzer et les critères RDC	36
b- DSM III.....	37
c- Critères empiriques français.....	38
2- Approche catégorielle syndromique	38
2-1 La dépression et les autres entités pathologiques.....	39
a- La dépression et ses formes cliniques	39
<u>a-1 La triade dépressive</u>	39
<u>a-2 La forme hostile</u>	40
<u>a-3 La forme agitée</u>	43
<u>a-4 La forme anxieuse</u>	44
b- Les autres entités pathologiques	44
<u>b-1 Les tableaux mixtes</u>	44
<u>b-2 Le trouble schizo-affectif</u>	44
<u>b-3 La bouffée délirante aiguë</u>	46
<u>b-4 Les troubles limites</u>	47
2-2 Les systèmes de classification : le <i>DSM IV</i> et la CIM 10.....	47

a- Syndrome dépressif majeur	48
a-1 Critères d'un syndrome dépressif majeur	48
a-2 Syndrome dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques	50
a-3 Syndrome dépressif majeur sévère avec caractéristiques psychotiques	51
a-4 La notion d'atypie, venant préciser un syndrome dépressif	52
b- Etat mixte	52
c- Dysthymie	53
d- Trouble schizo-affectif de type dépressif	53
3- Approche dimensionnelle	54
3-1 Continuum de la dépression	54
3-2 Echelles d'évaluation	54
a- Echelles d'auto-évaluation	55
b- Echelles d'hétéro-évaluation	56
4- Approche intégrative de Widlöcher	57
II- Concepts psychopathologiques de la dépression	57
1- Théorie psychanalytique	58
1-1 Structure et dépression	58
1-2 Développement affectif et dépression	61
a- Abraham	61
b- Klein: les positions schizo-paranoïde et dépressive	62
c- Bowlby et la théorie de l'attachement	63
d- Spitz et la dépression anaclitique	63
e- Mahler et la phase de séparation individuation	64
f- Winnicott, angoisse et position dépressives	64
g- Bergeret et l'aménagement limite	65
1-3 Deuil et mélancolie	65
1-4 Dépression et narcissisme	66
1-5 Sens du délire	67
2- Théorie cognitiviste	68
2.1 Dépression et troubles cognitifs	68
2.2 Dépression et distorsions cognitives	69
2.3 Beck et le modèle de la dépression	69
2.4 Dépression et structure cognitive négative	70
3- Phénoménologie	70
3.1 Dépression et vécu dépressif	70
3.2 Modèle « perceptif » de la dépression	71
4- Ethno-psychiatrie	72
4.1 Expressions cliniques culturelles de la dépression	72
4.2 Approche ethno-psychiatrique de la dépression	75
III- Pluralité des tableaux cliniques de la dépression	75
1- Événements de vie stressant	76
1-1 Facteurs favorisant	76
1-2 Facteurs précipitants	77
2- Personnalités pathologiques	77
3- Alcool	79
4- Déficience	80
5- Femme	80
6- Age	81
6-1 Dépression de la cinquantaine	81
6-2 Dépression du sujet âgé	82

Conclusion.....	83
Annexes.....	85
Bibliographie	97

Introduction

La complexité clinique de certains tableaux psychiatriques nous amène à nous questionner sur notre démarche diagnostique. Celle-ci accorde une importance aux antécédents du patient, à son contexte social et familial, aux symptômes observés et s'aide des outils de classification diagnostique et de conceptions théoriques afin d'établir un diagnostic précis. Poser un diagnostic précis est indispensable pour de nombreuses raisons. Il permet de parler un langage commun et connu par l'ensemble des professionnels. Chaque diagnostic renvoie à des conceptions théoriques et historiques qui viennent apporter une compréhension aux troubles. Le diagnostic permet d'établir un pronostic évolutif mais aussi d'instaurer un traitement étiologique.

Deux situations cliniques, similaires sur de nombreux points nous ont interrogés sur cette difficulté à établir un diagnostic à l'aide de classification catégorielle syndromique quand le tableau clinique associe des symptômes dépressifs, une symptomatologie délirante et des éléments maniaques.

Les deux tableaux cliniques concernaient des femmes d'une cinquantaine d'années, sans antécédent psychiatrique, présentant des événements de vie récents pouvant engendrer un stress. L'une présentait des traits de personnalité sensitifs et un mésusage d'alcool, l'autre une déficience légère. Les deux femmes ont présenté un épisode délirant aigu. Dans les deux cas, le diagnostic évoqué a été celui de syndrome dépressif avec éléments psychotiques dans le cadre d'un trouble unipolaire de l'humeur. Nous reviendrons en détail sur ces deux situations cliniques, en précisant notre démarche diagnostique.

Deux conceptions peuvent alors être considérées pour aborder ce sujet de délire masquant un tableau de dépression : l'une uniciste, l'autre dualiste. La première consisterait à établir des ponts entre des entités différentes alors que la seconde déterminerait lequel des deux registres sémiologiques, délirant ou thymique, constitue la pathologie primaire.

Nous avons été ainsi amenés à nous interroger sur l'historique du concept de dépression, sur les classifications passées et actuelles, sur les différents liens entre la dépression et les autres troubles psychiatriques.

Comme l'indique l'ouvrage dirigé par le Pr Goudemand et intitulé *Les états dépressifs*, la dépression, plus qu'une entité particulière, peut être envisagée comme une pluralité de tableaux cliniques (Goudemand, 2010). En effet, comme nous le développerons, certains traits

de personnalité, un abus d'alcool, le contexte culturel, l'âge peuvent venir apporter des nuances et des spécificités à un syndrome dépressif. Celui-ci peut alors s'accompagner de symptômes délirants ou présenter des caractéristiques de bipolarité.

Cette expression plurielle de la dépression se retrouve aussi à travers différentes cultures. A l'image de l'intitulé, « les masques noirs de la dépression », illustrant l'expression singulière de la symptomatologie dépressive chez les sujets africains, d'autres masques de la dépression ont été décrits :

- les masques névrotiques, qui correspondent à certaines manifestations d'allure hystérique.
- les masques comportementaux, qui correspondent à des épisodes d'agitation avec agressivité, ou encore à des tableaux de stupeur psychique et motrice
- les masques psychotiques, pour lesquels, la présence d'un syndrome d'influence, d'hallucinations, de thèmes délirants peu structurés peuvent faire évoquer une bouffée délirante ou une schizophrénie.
- le masque organique, pour lequel est observé un syndrome confusionnel avec hébétude, perplexité anxieuse, désorientation temporo-spatiale et ralentissement psychique global.

Cette dénomination de masque illustre bien la symptomatologie particulière que peut revêtir le tableau dépressif.

Première partie : Exposé des deux cas cliniques

I- Description des cas cliniques

Cas clinique n° 1 : Mme R.

Mme R., une femme âgée de 45 ans sans antécédent psychiatrique, et ne souffrant d'aucune pathologie organique est amenée aux urgences par son frère devant des éléments persécutifs et des épisodes d'alcoolisations massives évoluant depuis plusieurs semaines. Devant ce tableau clinique, l'absence à la fois de conscience des troubles et d'adhésion aux soins, une hospitalisation sous contrainte est décidée.

Elle avait rencontré quelques mois plus tôt, à deux reprises, un infirmier au centre médico-psychologique, évoquant des difficultés au sein de son couple, entraînant des troubles de l'appétit et du sommeil.

C'est, suite à son transfert dans un service de psychiatrie générale, que nous rencontrons Mme R. Son discours est flou, les réponses sont vagues. Elle nous apporte quelques éléments biographiques mais les raisons de son hospitalisation sont occultées. Mme R. présente une méfiance excessive envers les soignants et notamment envers les médecins, ainsi qu'un déni des troubles. Il existe dans le récit des événements survenus les semaines précédentes, des éléments de persécution: « Je ne peux rien dire, les murs ont des oreilles. Je dois protéger mes filles ». L'anxiété est patente.

On ne retrouve, par ailleurs, pas d'élément délirant de mécanisme hallucinatoire, ni d'élément dissociatif.

Nous apprenons, au fil des entretiens, que Mme R. est divorcée et qu'elle élève seule ses trois filles âgées de 12, 15 et 17 ans. Elle nous relate des difficultés relationnelles principalement avec sa deuxième fille qu'elle décrit comme une adolescente difficile. Elle est par ailleurs l'aînée d'une fratrie de trois. Ses deux frères, présents à ses côtés, ne présentent pas d'antécédents psychiatriques. L'un d'eux a été suivi pour des abus d'alcool mais reste abstinant.

A la narration de son histoire de vie, elle nous explique avoir grandi avec l'image d'une mère malade et très peu présente. Elle nous dit « s'être sentie, très tôt responsable de ses frères ». Elle semble, de ce fait, avoir pris part à l'éducation de ces derniers. Elle estime beaucoup son père, qu'elle décrit, à l'inverse de sa mère, comme quelqu'un de présent.

Elle garde des contacts réguliers avec son ex-mari même si elle le considérait comme son « quatrième enfant ». Elle le qualifie ainsi d' « homme peu responsable ».

Sur le plan professionnel, elle travaille comme agent dans un collège. Ses tâches semblent être diverses, allant de l'entretien à l'encadrement des élèves. Ce travail semble lui apporter d'importantes satisfactions.

L'histoire des troubles nous est rapportée, au cours de l'hospitalisation, par un des frères. Mme R. aurait entretenu une relation sentimentale avec son supérieur hiérarchique pendant plusieurs mois. Celui-ci aurait mis fin à leur relation et Mme R. aurait été contrainte de changer certaines de ses activités au sein du collège. Elle aurait vécu ce changement comme une injustice.

Cette relation n'est pas une construction délirante de Mme R. puisqu'elle avait été confirmée par un collègue de celle-ci, contacté par le frère. Des éléments de persécution, se limitant initialement au cadre professionnel puis envahissant secondairement la sphère familiale se seraient développés en l'espace de quelques semaines, s'associant à des consommations abusives d'alcool, le soir, au domicile. Mme R. se serait peu à peu isolée sur le plan social.

Sur le plan professionnel, Mme R. aurait entrepris une action syndicale pour dénoncer ce changement de poste qu'elle considérait comme injuste.

Sur le plan familial, le frère de Mme R. nous rapporte avoir été interpellé à plusieurs reprises par ses nièces, alors que leur mère, alcoolisée, présentait des troubles du comportement, du caractère et une hostilité verbale. Elle les réveillait par exemple en pleine nuit pour les interroger sur d'éventuels coups de téléphone, ou leur interdisait de se servir de leur téléphone portable, leur expliquant que ceux-ci étaient sur écoute.

Le frère rapportait une importante dégradation des relations entre Mme R. et ses filles, Mme R. présentant des réactions disproportionnées et inadéquates, avec ses filles, ainsi qu'une impossibilité à moduler ses émotions. C'est devant le retentissement des troubles au sein de la sphère familiale que le frère avait pris la décision d'amener Mme R. au service des urgences.

Le bilan étiologique, effectué à son entrée ne retrouvait aucune cause organique pouvant expliquer le tableau clinique de Mme R.. Par ailleurs, les consommations d'alcool

semblaient avoir contribué à une aggravation de la symptomatologie.

Sur le plan thérapeutique, un traitement symptomatique anxiolytique est dans un premier temps instauré.

L'hospitalisation met en évidence chez Mme R., certains traits de personnalité de type sensitif : fausseté du jugement, rigidité, hypotrophie du moi, méfiance excessive.

L'observation clinique retrouve une anxiété, un sentiment de persécution et d'abandon, une asthénie importante. Ces éléments sont évoqués avec une certaine sub-excitation psychique, la patiente étant logorrhéique et le discours parfois diffluent.

L'interrogatoire ne permet pas de mettre en évidence des éléments en faveur d'un trouble bipolaire de l'humeur.

Les différents entretiens familiaux permettent le rétablissement des relations altérées entre Mme R. et ses proches.

Au cours d'un entretien avec ses frères, Mme R. s'exprime davantage, pleure et évoque son devoir depuis l'enfance d'être là pour eux et de ne pas pouvoir leur demander de l'aide, étant l'aînée.

Les trois filles, reçues avec Mme R. en entretien semblent soucieuses d'aider leur mère à sa sortie d'hospitalisation. Elles expriment pourtant sans réserve les difficultés rencontrées les semaines précédentes.

Au bout de quelques jours, la symptomatologie s'enrichit d'une tristesse de l'humeur avec des pleurs fréquents. La méfiance et les éléments de persécution sont à l'inverse moins présent.

Face à cette évolution clinique, aux éléments interprétatifs et à la note hyperthymique, un traitement par olanzapine est instauré.

Mme R. sort du service après quatre semaines d'hospitalisation.

Le suivi ambulatoire met en évidence une disparition des éléments persécutifs. Mme R. reste méfiante et tachypsychique. Elle a par ailleurs repris ses relations sociales ainsi que son emploi.

Le diagnostic retenu est alors celui d'**épisode dépressif majeur avec éléments atypiques dans le cadre d'un trouble unipolaire de l'humeur.**

Au total, il s'agit :

- d'une femme d'une cinquantaine d'années
- sans antécédent psychiatrique
- présentant des éléments de persécution initialement au premier plan
- associés secondairement à des éléments dépressifs (tristesse de l'humeur, asthénie)
- co-existence d'éléments de bipolarité (tachypsychie, sub-excitation)
- l'évolution et l'aggravation des troubles sont marquées par des consommations abusives d'alcool
- la patiente présente des traits de personnalité de type sensitif
- le facteur déclenchant semble être une rupture sentimentale.

Cas clinique n°2 : Mme B.

Mme B., âgée de 57 ans est hospitalisée en psychiatrie, sous contrainte, dans un contexte d'épisode délirant aigu.

Il s'agit pour cette patiente, de sa première hospitalisation en psychiatrie. Elle avait présenté, cinq ans auparavant, des symptômes dépressifs avec une perte de poids alors qu'elle était en instance de divorce. Un traitement antidépresseur avait été prescrit par le médecin traitant de Mme B. mais n'avait pas été suivi par la patiente.

Mme B. vit seule. Elle est divorcée depuis plusieurs années. Son fils unique d'une trentaine d'années, est marié et a trois enfants. Il rend visite à sa mère de façon hebdomadaire.

Mme B. est isolée socialement.

Après avoir travaillé pendant une dizaine d'années comme employée de maison, elle cesse son activité après la naissance de son fils pour se consacrer à son éducation. Elle ne retravaillera plus par la suite.

L'évolution des troubles nous est rapportée par le fils, lors d'un entretien. Ils semblent être apparus de manière rapidement progressive, deux semaines avant l'hospitalisation de Mme B.. Alors qu'elle présentait un état d'agitation croissant, sont apparus des éléments de persécution. Initialement, elle se plaignait de la présence d'animaux chez elle, rapportant retrouver des poils dans sa maison. Par la suite, elle accuse « quelqu'un d'avoir ouvert le gaz ». Elle interpelle même les voisins pour leur signaler : « Il y a quelqu'un à la maison qui me souhaite du mal ». Lors d'une de ses visites, son fils la retrouve errant dans la rue, en robe de chambre, son chat dans un sac plastique, expliquant que sa maison était piégée par sa famille et qu'elle allait exploser. Son fils décide alors d'accueillir sa mère chez lui. Il constate alors d'importants troubles du sommeil et une agressivité latente. Mme B. dit se sentir menacée et refuse de s'alimenter, pensant que « tout est empoisonné ». Le lendemain de son arrivée chez son fils, Mme B. gifle sa belle fille ; elle est alors accompagnée par son fils jusqu'au service des urgences.

Lors de l'entretien psychiatrique réalisé aux urgences, Mme B. rapporte des hallucinations auditives à type de grésillements, des hallucinations visuelles et gustatives. Elle expliquera ainsi que « des bêtes sortent de la cheminée » et que « la nourriture est empoisonnée ». L'ex-

mari semble désigné comme le ou l'un des persécuteurs.

A son entrée dans le service, Mme B. présente un contact initialement très réticent et méfiant. Le discours est pauvre et hermétique. Elle ne s'exprime que par des sous entendus. Elle présente des attitudes d'écoute, des troubles du cours de la pensée et de nombreux barrages. Elle semble angoissée et est ralentie.

Le bilan somatique d'entrée ne met en évidence aucune cause organique. L'imagerie cérébrale est normale. Le bilan biologique ne retrouve pas de signes témoignant d'alcoolisations chroniques.

Un traitement antipsychotique par rispéridone ainsi qu'une anxiolyse par benzodiazépines est rapidement débuté devant les éléments délirants au premier plan.

L'interrogatoire nous révèle des relations conflictuelles entre le fils de Mme B. et sa belle fille. Plusieurs séparations ont déjà eu lieu. Ce contexte semble être une importante source de préoccupations pour la patiente.

L'évolution se fait avec une amélioration du contact, permettant l'instauration d'une relation de confiance.

Mme B. reste toutefois méfiante quand il s'agit d'aborder les idées délirantes par crainte de prolonger l'hospitalisation. Elle exprime pourtant l'ébauche d'une critique par rapport au sentiment de persécution : « C'est peut-être moi qui me suis fait des idées ».

Le discours reste pauvre, le faciès amimique et Mme B. ralentie. Elle acquiesce quand on la questionne sur un sentiment de tristesse. Un traitement antidépresseur est alors introduit, devant ce ralentissement et cette tristesse.

Le fils rapporte une nette amélioration clinique de sa mère lors des permissions, une sortie est envisagée avec un retour au domicile.

Dix jours plus tard, Mme B. se présente au centre médico-psychologique, très anxieuse, quasi stuporeuse, avec un important syndrome extra pyramidal (figée, marche à petits pas, courbée en avant) et en demande d'hospitalisation. Sa présentation est à la limite de l'incurie. Le fils rapporte un apragmatisme au domicile.

A l'entrée, la patiente rapporte une asthénie, une « perte de force générale ». Le fils nous parle d'une anorexie, d'une angoisse majeure, d'une insomnie depuis 10 jours sans trouble du comportement ni désorientation temporo-spatiale.

Devant ces effets indésirables importants, associant troubles de la marche et tremblements des extrémités induits par l'antipsychotique, le choix est fait de suspendre ce traitement et de mettre un correcteur anticholinergique dans un premier temps, associé à l'anti dépresseur. A la levée du neuroleptique, est constatée une légère amélioration de l'apragmatisme et une moindre expression verbale du délire antérieur. Par ailleurs, il a été constaté une amélioration de l'autonomie de la patiente même s'il persistait un besoin de stimulation devant l'absence totale de prise d'initiative.

L'hypothèse d'une détérioration cognitive est évoquée. Le bilan neuro-psychologique met en évidence une déficience légère sans signe de détérioration cognitive. L'IRM cranio-encéphalique est normale.

A l'issue de l'hospitalisation, le traitement anti dépresseur a montré une efficacité progressive sur la présentation inhibée et angoissée de la patiente.

A sa sortie, le diagnostic d'**épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques** est retenu.

Au total, il s'agit :

- d'une femme de 50 ans
- sans antécédent psychiatrique
- avec une déficience légère
- ayant présenté initialement une agitation avec un délire de mécanisme interprétatif et hallucinatoire
- associés à des symptômes dissociatifs
- dans un contexte de difficultés familiales
- avec la présence d'éléments dépressifs (faciès figé) au second plan
- et une amélioration de la symptomatologie sous antidépresseur.

II- Discussion autour des cas cliniques

1-Démarche diagnostique devant ces deux tableaux cliniques

Devant l'absence d'antécédent psychiatrique, la priorité devant ces deux cas cliniques était d'éliminer une pathologie d'origine organique. Cette étiologie écartée, plusieurs diagnostics différentiels psychiatriques ont été évoqués.

a- Éliminer une pathologie organique

Un certain nombre d'éléments présents était fortement en faveur d'une organicité. De plus, des symptômes délirants, de mécanismes hallucinatoire ou interprétatif à thématique persécutive sont retrouvés dans certaines pathologies d'origine organique.

a.1 Caractéristiques suggérant l'étiologie organique

Face à un tableau clinique atypique, un certain nombre d'éléments nous font parfois suspecter une origine organique. Parmi ceux-ci, nous citerons :

- Caractéristiques cliniques atypiques
- Troubles du comportement très marqués
- Age de début tardif (> 40 ans)
- Absence d'antécédent personnel ou familial de maladie psychiatrique
- Début brutal
- Hallucinations non auditives (en particulier visuelles), distorsions et illusions
- Relation temporelle entre le début ou la rémission des symptômes psychiatriques et l'affection médicale
- Fonctions pré morbides normales
- Réduction des troubles psychiatriques par le traitement de l'affection organique

- Sévérité des troubles cognitifs ou des troubles de la conscience
- Mauvaise réponse au traitement psychiatrique, absence de réponse, voire aggravation des troubles (Danion, 2007).

Plusieurs de ces critères étaient retrouvés dans la survenue des troubles chez nos deux patientes et pouvaient orienter vers une pathologie d'origine organique.

a.2 Pathologies organiques avec éléments psychotiques (Danion, 2007)

Il existe de nombreuses pathologies organiques au cours desquelles on peut observer des éléments délirants que l'on retrouve plus fréquemment au cours de décompensations psychiatriques. Nous citerons ici quelques unes de ces pathologies organiques (Bottéro, 2004).

Causes endocriniennes

Certaines formes sévères d'**hypothyroïdies** peuvent mimer un tableau de repli psychotique pseudo démentiel avec un ralentissement cognitif, des troubles du cours de la pensée et des hallucinations auditives. Il s'agit pour la majorité des cas, des femmes présentant par ailleurs, un myxoédème, une bradycardie, une frilosité.

Le **syndrome de Cushing**, correspondant à un hypercorticisme, peut se traduire, au début des troubles par les éléments psychotiques avec des délires paranoïdes agités accompagnés d'hallucinations auditives. D'autres éléments cliniques comme le faciès lunaire, le cou de bison, l'hypertension artérielle, l'amyotrophie et les vergetures orientent le diagnostic.

Des éléments délirants de type paranoïde ont été exceptionnellement décrits au cours de la **maladie d'Addison**.

Cause métabolique

Certaines maladies de surcharge comme la **leucodystrophie métachromatique** peuvent également entraîner des tableaux psychiatriques. Il s'agit d'une maladie de surcharge de transmission autosomique récessive. Sa prévalence est de 1 à 2/100 000. L'âge de début des troubles se situe entre 15 et 60 ans. La présentation initiale est le plus souvent qualifiée de

pseudo schizophrénique, associant une désorganisation de la pensée, un délire paranoïde et des hallucinations auditives. Ce tableau initial évolue lentement vers un syndrome démentiel. L' imagerie cérébrale met alors en évidence une démyélinisation progressive des lobes frontaux.

Cause infectieuse

Les troubles psychotiques secondaires à l'infection par le **VIH** sont observés dans 3 à 5 % des cas. La symptomatologie la plus évocatrice, observée au stade tardif de la maladie, se caractérise par un syndrome délirant de mécanismes interprétatif et intuitif, parfois associé à des hallucinations auditives et visuelles. L'étiologie peut être soit une encéphalite à VIH, soit une infection opportuniste.

Causes inflammatoires et systémiques

Certains tableaux psychiatriques aigus sont observés au cours du **lupus érythémateux disséminé**. Il s'agit alors de tableau schizophréniforme, d'installation aiguë, associant des troubles moteurs de type catalepsie, un mutisme, un retrait social, une attitude oppositionnelle, un syndrome délirant de type paranoïde de mécanisme interprétatif avec des thématiques de persécution. Des hallucinations auditives et un syndrome d'influence ont aussi été décrites. Les manifestations neuropsychiatriques sont fréquentes au cours du LED et sont retrouvées jusqu'à 50% des cas. Elles sont les plus souvent brèves et transitoires.

Des formes particulières de **sclérose en plaques** avec des débuts psychotiques isolés, pouvant mimer une schizophrénie sont décrites. Les symptômes neurologiques s'installent avec la succession des poussées. Dans ces formes qualifiées de pseudo schizophréniques, les lésions cérébrales prédominent dans les régions temporales.

Causes neurologiques

Des symptômes psychotiques isolés peuvent être observés en présence d'une **tumeur cérébrale** comme des méningiomes ou des gliomes. Sa recherche systématique est importante car une rémission durable peut être obtenue lorsqu'un traitement étiologique est possible. Les formes psychiatriques sont le plus souvent dues à des tumeurs à croissance lente comme les méningiomes ou les gliomes de bas grade qui peuvent évoluer sans signe de focalisation ou d'hypertension intracrânienne pendant plusieurs années. Les localisations temporales et

calleuses sont les plus susceptibles d'être associées à un tableau psychotique. Sont fréquemment retrouvés des délires peu florides à thématique persécutive, ainsi que des hallucinations visuelles, voire auditives (dans localisations temporales). Le diagnostic repose sur l'imagerie cérébrale qui identifie le processus tumoral. Un électroencéphalogramme est utile afin de rechercher une épilepsie associée.

Les troubles psychiatriques sont inauguraux, le plus souvent au cours de la **chorée de Huntington**. Ils débutent vers 35 ou 40 ans. Ils se manifestent par des troubles du caractère, des conduites antisociales, des tentatives de suicide, des troubles de l'humeur, de polarité dépressive ou maniaque, voire des états délirants hallucinatoires.

Des symptômes psychotiques sont rares mais peuvent s'observer dans un contexte d'**accident vasculaire cérébral**.

Les symptômes psychiatriques sont retrouvés dans certaines **pathologies démentielles**.

La **démence à corps de Lewy** représente un ensemble de pathologies neurodégénératives caractérisées par la présence d'inclusions neuronales appelées corps de Lewy. Il existe une forme pontique parfois appelée maladie de Parkinson idiopathique et une forme diffuse qui pose des problèmes de diagnostic différentiel avec les démences de type Alzheimer. Le début des troubles est tardif (60 ans). Dans 75 à 82 % des cas, le tableau initial ne comprend que des signes neuropsychiatriques: hallucinations visuelles ou moins fréquemment auditives, associées de manière inconstante à un délire paranoïde. Cette symptomatologie fluctue parfois d'heure en heure. Un examen neurologique retrouve souvent au stade initial, un discret trouble de la marche de type parkinsonien. L'évolution se fait progressivement vers un syndrome démentiel avec au premier plan des difficultés de remémoration et un syndrome parkinsonien. L'usage des neuroleptiques est contre-indiqué car il est responsable d'effets secondaires extrapyramidaux graves et irréversibles, ainsi qu'à une diminution de 50 % de la durée de survie moyenne.

Les **maladies de type Alzheimer** sont un ensemble de pathologies neurodégénératives fibrillaires associées à la présence de protéines tau et débutant progressivement chez la personne âgée sous la forme de troubles mnésiques et de troubles des fonctions exécutives associés à une dyspraxie, une agnosie, ou une aphasie. Le tableau clinique initial dépend de la région corticale la plus touchée. Les symptômes psychotiques sont fréquents (50 %) mais tardifs. Le symptôme psychotique le plus fréquent est le délire à thématique persécutive

touchant le quotidien (vol...). Les hallucinations visuelles sont plus fréquentes que les hallucinations auditives avec pour thématique la présence d'intrus ou le décès d'apparentés. Ces symptômes, ajoutés aux troubles du comportement et à l'institutionnalisation précoce, sont un facteur d'évolution péjorative.

Au cours de la **maladie de Parkinson**, des symptômes psychotiques surviennent à certains stades de la maladie chez 20 % des patients, il s'agit d'hallucinations visuelles pour 30 % des cas. Un délire est moins fréquent, il est alors paranoïde. Le traitement de ces formes psychotiques de la maladie de Parkinson est délicat car les neuroleptiques peuvent aggraver les symptômes parkinsoniens.

(Danion, 2007)

Concernant nos deux cas cliniques, le bilan somatique et l'imagerie cérébrale avaient permis d'éliminer la cause organique. Plusieurs diagnostics psychiatriques pouvaient alors être avancés.

b- Diagnostics différentiels psychiatriques

b-1 Trouble bipolaire

Plusieurs symptômes cliniques, notamment l'agitation et les éléments psychotiques, pouvaient orienter notre diagnostic vers un **épisode dépressif** ou un **épisode mixte** dans le cadre d'un **trouble bipolaire**.

Les éléments cliniques plutôt en faveur d'une **dépression bipolaire** par rapport à une dépression unipolaire sont :

- des antécédents de troubles bipolaires chez les apparentés de premier degré
- un début plus précoce des troubles (avant l'âge de 25 ans)
- une récurrence des troubles (plus de 3 épisodes dépressifs)
- des épisodes d'hypomanies antérieurs
- un tempérament hyperthymique
- l'anhédonie comme élément central du tableau
- la présence d'éléments psychotiques
- des symptômes atypiques (hypersomnie plus fréquente qu'insomnie, hyperphagie plus

qu'anorexie)

- un ralentissement moteur important .
- un ralentissement des processus idéiques
- un émoussement des affects
- une variation nycthémérale de la symptomatologie avec aggravation matinale et réveils précoces
- des états dépressifs mixtes (associant un syndrome dépressif et au moins deux symptômes maniaques)
- des tableaux de dépressions anxieuses et agitées
- des dépressions avec irritabilité ou attaque de colère
- un virage maniaque ou une faible réponse aux traitements antidépresseurs.

(Ghaemi, 2002)(Goodwin, 2007)

Les éléments cliniques témoins d'un **épisode mixte**, s'associant à un tableau dépressif, dans le cadre d'un trouble bipolaire de l'humeur sont :

- une hyperréactivité émotionnelle
- une hyper expressivité des affects
- une labilité émotionnelle
- une accélération des processus idéiques
- une agitation.

(Henry, 2010)

Concernant le syndrome délirant, les hallucinations sont classiquement observées dans les dépressions bipolaires, alors que les interprétations délirantes s'observent également dans les dépressions unipolaires.

L'âge du premier épisode d'un trouble bipolaire de l'humeur se situe en moyenne avant trente ans. Compte tenu de l'absence d'antécédent psychiatrique, un épisode dans le cadre d'un trouble bipolaire de l'humeur nous paraît peu probable.

b-2 Syndrome de Cotard

Le **syndrome** décrit par **Cotard** en 1880, constitue un tableau particulier de mélancolie délirante. Il est l'association des éléments suivants :

- des idées de damnation, de possession, de persécution
- des idées d'immortalité. L'idée d'une souffrance éternelle alterne avec celle d'être déjà mort
- des idées d'énormité. Cela peut concerner certains de leurs organes ou leur taille en générale
- des idées de négation, qu'elles soient d'organes, de personnes ou du monde extérieur.

Pour Cotard, le concept de négation d'organe peut se retrouver au cours de la mélancolie anxieuse. Il situe la perte de la « vision mentale » comme origine de la forme délirante. (Cotard, 1880)

Concernant nos deux cas cliniques, les thématiques délirantes étaient essentiellement persécutives et ne correspondaient pas à celles du syndrome de Cotard.

b-3 Schizophrénie

Les premiers symptômes de la **schizophrénie** se situent classiquement après 15 ans et avant 45 ans. Le tableau clinique associe un syndrome dissociatif et le plus souvent un syndrome délirant, même si ce dernier peut-être absent. Est par ailleurs observée une détérioration du fonctionnement antérieur.

Les éléments dissociatifs étaient absents de nos deux tableaux cliniques. Par ailleurs, l'absence d'antécédents et l'histoire récente des troubles permettaient d'éliminer ce diagnostic.

b-4 Autres délires chroniques

Dans les **délires chroniques non schizophréniques**, les états dépressifs apparaissent le plus souvent secondairement aux éléments délirants.

Le **délire paranoïaque de type passionnel** survient le plus souvent sur une personnalité de type paranoïaque, définie par l'association des éléments suivants : fausseté du jugement, méfiance pathologique, inadaptation sociale et hypertrophie du moi.

Encore appelé délire affectif de par la participation émotionnelle, affective et thymique, il est

centré autour d'un thème prévalent, obsédant, autour d'une perte ou d'un dommage. Il peut exister des comportements pathologiques relatifs à la part affective intense.

Il existe une revendication affective ou matérielle. L'excitation intellectuelle peut prendre l'allure d'un tableau hypomaniaque.

Au sein des délires passionnels, le **délire érotomaniaque** s'observe plus fréquemment chez des femmes seules âgées entre 40 et 55 ans. Le mécanisme délirant est de type interprétatif mais peuvent s'observer des intuitions voire des illusions. Il se développe en secteur. La personne convoitée est classiquement dans une situation sociale plus élevée. L'épisode érotomaniaque se développe en trois stades qui sont : l'espoir, le dépit puis la rancune avec dans cette dernière phase, des menaces ou des passages à l'acte possible (Guelfi, 2007).

Nos deux patientes ne présentaient pas de traits de personnalité de type paranoïaque. Par ailleurs, la relation sentimentale de Mme R., avec son supérieur hiérarchique n'était pas qu'une production délirante et avait été confirmée par un collègue de Mme R.

Le **délire paranoïaque de type délire de relation des sensitifs**, décrit en 1919, par Kretschmer, s'observe sur des personnalités paranoïaques dites sensibles. Elles se caractérisent par une méfiance, une susceptibilité, une fragilité du moi, une hyperesthésie des contacts sociaux. Lors d'une décompensation délirante, la dimension agressive, rigide, fait place à des traits hyposthéniques, psychasthéniques et volontiers dépressifs, chez des sujets timides, scrupuleux, vulnérables secondairement. L'évolution délirante est ainsi émaillée d'épisodes dépressifs et anxieux. Les idées délirantes de persécution et de référence constituent en quelque sorte une exagération des éléments de la personnalité sensitive. Les symptômes délirants font suite à un événement ou à une situation sociale pathogène, responsables de difficultés existentielles à l'origine de sentiments d'échec et d'humiliation (Kretschmer, 1963).

La description clinique de Mme R. présente certains points communs avec le tableau clinique décrit de délire de relation des sensitifs. On retrouvait d'ailleurs chez elle, certains traits de personnalité de type sensitive. Pour autant, la famille ne rapportait pas d'évolution chronique du délire. De même, l'évolution des troubles lors de l'hospitalisation avec une amélioration du contact, une méfiance moindre, des propos délirants moins présents et l'expression clinique d'une tristesse de l'humeur nous ont orientés davantage vers un trouble de l'humeur.

Les **délires paranoïaques d'interprétation de Sérieux et Capgras**, encore appelées

« folies raisonnantes », se construisent autour d'interprétations multiples. Le délire est centripète ; toutes les perceptions du sujet sont rapportées à sa personne. Des intuitions ou des illusions perceptives corporelles peuvent s'observer lors de moments féconds. Les thèmes du syndrome délirant sont la persécution voire le préjudice, la mégalomanie, souvent secondaire à la persécution, et les idées de référence. La structure se développe en réseau, la conviction est absolue. L'humeur est peu exaltée. Il en résulte un isolement et un évitement social important (Capgras, 1909).

Les idées délirantes, pour nos deux patientes, avaient un développement davantage en secteur qu'en réseau. Par ailleurs, on retrouvait une note thymique, absente dans les délires d'interprétation de Sérieux et Capgras.

b-5 Pharmaco psychose

Le diagnostic de **pharmaco psychose** est évoqué en présence ou en l'absence de troubles psychotiques préexistants. Le tableau délirant est alors déclenché par la prise d'une substance psycho active telle que le cannabis, la cocaïne, le LSD... Le tableau clinique peut recouvrir l'ensemble des symptômes psychotiques possibles.

L'interrogatoire de nos deux cas cliniques ne retrouvait pas d'antécédent ou de prise de toxiques actuelle (Guelfi, op.cit.).

2- Réflexions autour des cas cliniques

Le contexte de survenue des troubles, à savoir la présence d'événements stressants survenus quelque temps auparavant, l'absence d'antécédent psychiatrique, l'évolution clinique, ainsi que la réponse chimiothérapeutique nous ont fait évoquer, pour ces deux tableaux présentant certaines similitudes, le diagnostic de syndrome dépressif caractérisé avec éléments psychotiques dans le cadre d'un trouble unipolaire de l'humeur.

Aux éléments précédemment cités s'ajoutent, pour justifier ce diagnostic, le caractère rapidement évolutif des troubles, une agitation psychomotrice, des éléments interprétatifs.

Dans la littérature, les tableaux de dépression associée à un délire décrivaient pour la plupart, un délire à thématique à la fois persécutive et mélancolique, de mécanisme le plus

souvent instinctivo-interprétatif. S'ajoutaient parfois des hallucinations cénesthésiques et acoustico-verbales. Les thèmes mélancoliques du délire souvent décrits étaient l'indignité, l'incurabilité, la culpabilité.

Le délire comme symptôme au premier plan, nous a amenés à nous interroger sur les liens entre la dépression et la psychose. Nous nous sommes ainsi intéressés à l'historique de la dépression et notamment de la mélancolie. L'apport psycho-dynamique et la notion de structure nous ont également éclairés quant à ces deux cas cliniques. Les conceptions phénoménologiques et ethno-psychiatriques apportent une compréhension de ces tableaux cliniques nuancés et de cette expression clinique singulière.

Dans nos deux vignettes cliniques, et plus particulièrement dans la première, on retrouvait certains éléments de bipolarité même si les patientes n'étaient pas connues pour présenter un trouble bipolaire. Nous reviendrons également dans la deuxième partie sur les liens historiques entre dépression et troubles bipolaires.

L'utilisation d'antipsychotique atypique, notamment à visée thymo-régulatrice dans le cas de Mme R., nous questionne sur ce lien entre certaines entités pathologiques et plus généralement, sur notre démarche diagnostique et notre choix de molécule. Il ne s'agit ici que d'une réflexion et nous ne développerons pas cet aspect pharmacologique.

Ces cas cliniques doivent également être interprétés en fonction de l'environnement particulier des patients. Les contextes historique et culturel doivent être pris en compte dans l'analyse des thèmes délirants. Qu'elles soient congruentes à l'humeur (à thématique de culpabilité, d'indignité), ou non congruentes (à thématique de persécution), les idées délirantes du déprimé sont le reflet d'une souffrance dans les relations avec autrui. Nous reviendrons également dans la deuxième partie sur les différents éléments pouvant amener à colorer ou nuancer la symptomatologie dépressive.

Ces deux cas cliniques nous interpellent sur plusieurs points. En premier lieu, se pose de manière très pratique la question du code diagnostique, qui nous renvoie à des questions plus larges concernant les classifications diagnostiques. Il nous paraît intéressant dans notre première partie, de revenir sur les différentes conceptions et visions théoriques à la base des classifications. Cet éclairage nous permettra de saisir l'approche que les auteurs avaient face au tableau de dépression au fil du temps et nous donnera l'occasion de revenir sur des entités cliniques moins utilisées de nos jours et absentes des classifications actuelles. Nous

développerons également dans cette partie, les différents liens qu'il existe entre les différentes pathologies, à savoir la dépression unipolaire, les troubles bipolaires et la psychose.

Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à l'analyse psychopathologique de la dépression en fonction des théories les plus utilisées et les plus éclairantes pour notre sujet réunissant deux entités qui s'opposent parfois le délire et la dépression.

Dans la dernière partie, nous reviendrons sur certains éléments particuliers de nos cas cliniques (traits de personnalité, facteurs comorbides tels que l'alcool...) qui viennent nuancer le tableau clinique et qui constituent des outils de compréhension supplémentaires des particularités cliniques observées.

Deuxième partie

I- Historique de la dépression

Le terme de dépression n'apparaît que tardivement dans l'histoire, avec Kraepelin. Il vient alors remplacer celui de mélancolie, jugé trop imprécis par rapport à l'ensemble des situations cliniques et historiques auxquelles il se rapporte. Le terme de mélancolie, renvoyant à la bile noire de la théorie des humeurs, était déjà utilisé par Hippocrate (Vème siècle avant JC) qui précisait : « Quand la crainte et la tristesse persistent longtemps, c'est un état mélancolique ». La mélancolie était aussi décrite par une humeur morose avec un caractère délirant envahissant le psychisme. Alors que les concepts de mélancolie et de délire étaient étroitement liés, il n'en est pas de même pour ceux de dépression et de délire. Au fil de l'histoire, le concept de dépression a évolué en fonction de la nosographie, des différentes théories psychopathologiques... Dans un premier temps, une analyse de certaines classifications anciennes et actuelles, nous paraît nécessaire pour une meilleure compréhension des deux cas cliniques de syndrome dépressif majeur unipolaire prenant l'allure d'un épisode délirant aigu. Nous développerons alors certaines formes cliniques décrites qui nous semblent parlantes à l'énoncé de nos cas cliniques et nous nous intéresserons, aux liens établis entre dépression, psychose et troubles bipolaires au fil des classifications.

Avant de développer ces différents points, nous revenons ici sur la notion même de classification en psychiatrie. Tout système de classification a pour but d'ordonner un certain nombre d'éléments en les rangeant dans un système divisé en classes. Les éléments d'une même classe ont ainsi des caractéristiques communes qui les distinguent des éléments d'une autre classe. La notion de classe correspond en psychiatrie au diagnostic. Il existe différents modèles de classification qui se différencient les uns des autres en fonction de plusieurs critères qui sont entre autres : le but de la classification, la base de la classification, la logique de classification... (Jucquois, 2000).

Nous nous attarderons surtout sur les modèles de classifications catégorielle hiérarchique, catégorielle syndromique et dimensionnelle.

1- Approche catégorielle hiérarchique

L'approche catégorielle hiérarchique représente la conception des troubles mentaux à la base des classifications du XXème siècle. La troisième édition du *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, datant de 1980 reposait encore essentiellement sur cette conception (APA, 1980).

L'approche catégorielle « définit une catégorie ou une classe par un nombre réduit de caractéristiques dont chacune est nécessaire et l'ensemble suffisant, et tout objet possédant ces caractéristiques est un membre de la catégorie ». La catégorie renvoie alors à toute division dans une classification (Jucquois, *ibid.*).

Dans l'approche catégorielle hiérarchique, il existe une relation hiérarchique entre les catégories. Elle repose sur le principe suivant : « Lorsqu'il existe une hiérarchie, certaines règles (comme celle des critères d'exclusion) empêchent de porter le diagnostic d'un trouble donné A si le patient présente simultanément (ou antérieurement) un autre trouble B supérieur dans la hiérarchie, c'est-à-dire à la fois plus sévère et susceptible de causer un plus grand nombre de symptômes,) comprenant ceux du trouble A. Cette acception du terme hiérarchie suppose un minimum de connaissances ou de théorie sur l'étiologie ».

Jaspers précise que cette approche implique une subordination des maladies les unes aux autres avec au niveau le plus profond les psychoses organiques, au dessus les psychoses schizophréniques puis la psychose maniaco-dépressive, les névroses... Dans l'hypothèse de l'apparition simultanée ou successive de plusieurs symptômes de niveaux différents, le diagnostic était déterminé par le niveau le plus profond (Jaspers, 1913).

Dans cette idée de hiérarchie des symptômes, **Schneider** parle de pathognomonie des symptômes de 1er rang (Schneider, 1962).

Foulds et Bedford, en 1975, avant le *DSM III*, proposent une classification hiérarchique, basée sur quatre classes de symptômes:

- 1- états dysthymiques: anxiété, dépression et élation
- 2- symptômes névrotiques: troubles phobiques, compulsifs, dissociatifs
- 3- productions délirantes: délires de grandeur ou de persécution
- 4- délire de morcellement (*desintegration delusions*): au premier plan de la

schizophrénie

Ils précisent que les patients présentant des symptômes des classes hiérarchiques supérieures peuvent avoir des symptômes des classes inférieures mais que l'inverse n'est pas vrai (Foulds, 1975).

C'est avec cette vision hiérarchique des troubles qu'est apparu le concept de dépression. Nous allons essayer de retracer les différentes étapes de la construction de ce concept et notamment en soulignant les liens étroits entre ce que l'on nommait la psychose d'un côté et la dépression de l'autre.

1.1- Historique de la mélancolie à la dépression

a- De la mélancolie à la psychose maniaco-dépressive

Jusqu'à **Pinel**, le terme « **mélancolie** » regroupe tous les états psychiatriques chroniques, non déficitaires et dépourvus d'excitation. C'est la « **folie calme** ».

Pour lui, les troubles mentaux sont causés par une atteinte physiologique provoquée par les émotions. En 1801, il catégorise l'aliénation mentale en quatre groupes :

- la mélancolie qui correspond à un délire partiel
- la manie qu'il décrit comme un délire généralisé
- la démence qui est un affaiblissement intellectuel généralisé
- l'idiotisme qui correspond à une abolition totale des fonctions de l'entendement.

(Pinel, 1801)

Dans sa description de la mélancolie, l'existence du délire est constante et il s'agit « d'un délire exclusif avec conservation de toutes les facultés de l'entendement ». La mélancolie peut prendre deux formes cliniques distinctes : l'une dans laquelle, le malade présente plutôt un délire de grandeur avec idées mégalomaniaques, l'autre pour laquelle le malade est abattu, désespéré. Il conçoit la mélancolie comme une folie partielle.

Esquirol, en 1820, préfère le terme de **lypémanie** à celui de mélancolie. Elle se caractérise ici par « un délire partiel et une passion triste ou oppressive ». Il classe alors cette entité dans les monomanies, aux côtés des monomanies gaies et exaltées. L'adjectif « dépressif » est associé à la passion et non pas à l'humeur (Esquirol, 1820).

L'opposition entre délire partiel et délire total s'effacera avec l'apparition de la catégorie des **troubles de l'humeur**, développée par **Guislain** (1833) puis **Griesinger** (1865).

Alors que **Falret** et **Baillarger** décrivent l'alternance des deux tableaux, mélancolie et manie, avec la **folie circulaire** (Falret, 1953) pour le premier et la **folie à double forme** (Baillarger, 1854) pour le second, c'est **Kraepelin** qui au début du XXème siècle (1899) rattache ces deux éléments au sein d'une même pathologie, la **folie maniaco-dépressive**.

Cette entité nosographique large peut prendre de nombreuses formes cliniques dont la mélancolie simple, la mélancolie agitée ou encore la mélancolie anxieuse.

b- Les différentes formes de mélancolie décrites

b-1 La forme simple

C'est **Séglas**, en 1895, qui décrit la « mélancolie simple ». Les signes principaux sont le ralentissement psychomoteur et l'insomnie. Pour lui, le délire mélancolique est secondaire à l'humeur dépressive (Séglas, 1895).

Pour la forme clinique classique, la phase de début se développe généralement en quelques jours ou sur quelques semaines. Elle semble parfois s'installer de manière insidieuse. Il existe une vraie rupture avec le fonctionnement antérieur. La symptomatologie se caractérise par une dégradation progressive du sommeil, de l'intérêt au travail, aux loisirs, à la vie familiale et sociale. Le repos est non réparateur. S'associent l'inquiétude, l'irritabilité, l'impression pénible de difficulté à vivre.

La phase d'état de l'accès mélancolique se caractérise par une présentation figée, une altération de l'humeur, des processus cognitifs, perceptuels et de l'activité motrice. Des symptômes, témoins de dérèglements somatiques et biologiques s'y ajoutent.

Kraepelin précise : « L'humeur mélancolique est parfois dominée par un profond découragement intérieur et un sombre désespoir, parfois par une anxiété diffuse et de l'agitation ».

Ey vient nuancer cette notion en exprimant qu'il n'existe pas de descriptions univoques de la mélancolie, les sentiments dépressifs s'exprimant avec des tonalités et des qualités diverses.

D'autres formes que la forme simple ont été décrites : la forme délirante (avec ou sans hallucinations), la forme stuporeuse, la forme anxieuse ou agitée, la forme masquée ou souriante, ainsi que la forme d'involution.

Parmi celles-ci, les deux formes qui nous intéressent sont la forme délirante, celle anxieuse, encore dénommée la forme agitée et la forme d'involution.

b-2 La forme délirante

La forme délirante se caractérise par les éléments cliniques de la forme simple, auxquels s'ajoutent des thèmes délirants et même hallucinatoires. Le terme de mélancolie délirante est réservé aux formes où le délire est prééminent, occultant tristesse et inhibition. Les thèmes délirants sont congruents avec l'état dépressif. On observe ainsi des thèmes de ruine, de culpabilité, des délires d'influence et de possession diabolique. Des délires de persécution peuvent également être observés. Les préoccupations peuvent alors être formulées avec une conviction qui évoque le délire paranoïaque. Parfois, les idées d'influence évoquent une bouffée délirante. Enfin, sont également décrits des troubles perceptuels comme des illusions, des interprétations erronées, voire des hallucinations.

b-3 La forme agitée

Dans la forme agitée, l'angoisse prédomine sur la douleur morale. L'anxiété prépondérante et les troubles fonctionnels multiples qui en découlent peuvent même occulter le syndrome dépressif qui leur a donné naissance.

Ey nous apporte une description particulière de cette forme : « Ce malade [est] agité, hurlant, en proie à un insatiable besoin de tourments et à la terreur d'être martyrisé. (...) Et à l'inhibition psychique fait place également une agitation intérieure, la perplexité anxieuse qui se dépense en velléités inopérantes, en activités fébriles, embrouillées, perpétuelles variations improvisées sur le thème fondamental de la peur, du désir de fuir. (...) Le mélancolique anxieux, ayant projeté hors de lui-même le malheur, en attend toujours sans trêve, ni merci, l'inquiétante et inexorable menace. (...) Ces quelques caractères essentiels de la conscience mélancolique anxieuse se retrouvent dans tous les détails de la conduite désordonnée paradoxale de ce type de mélancoliques ».

Ainsi dans cette forme peuvent être présents les symptômes suivants : une agitation, des lamentations, des plaintes monotones, des débordements émotionnels, des sensations d'oppression, de suffocation (Ey, 1954).

b-4 La forme d'involution

Elle survient après l'âge de 50 ans, plus principalement chez la femme et sur une personnalité pré morbide de type obsessionnelle ou sensitive de Kretschmer. Les signes cliniques décrits dans cette forme sont une anxiété, des troubles cognitifs, une thématique délirante principalement hypochondriaque.

Au fil des années, Kraepelin abandonne le concept de mélancolie, qui regroupait des tableaux cliniques très différents (mélancolie simple, stuporeuse, agitée...) pour lui préférer celui de dépression qu'il oppose à la manie.

c- Apparition du concept de dépression

c-1 Kraepelin

Jusqu'au milieu du XIXème siècle, les termes de mélancolie et de dépression ne sont pas employés de manière synonyme. Le terme de dépression renvoie alors à certains symptômes alors que celui de mélancolie fait référence à une maladie spécifique. Cette distinction n'aura plus lieu d'être au moment où la mélancolie s'intégrera dans une entité plus complexe qu'est la psychose maniaco-dépressive. Progressivement, le terme de dépression remplacera celui de mélancolie. La dépression acquerra un statut nosographique alors que la mélancolie viendra qualifier une symptomatologie dépressive sévère.

La conception de Kraepelin oppose alors cinq variétés principales de dépressions:

- la dépression endogène (dépression de la psychose maniaco-dépressive), appelée aussi dépression psychotique ou mélancolique
- la dépression psychogène, encore appelée, dépression névrotique, dans laquelle la personnalité joue un rôle primordial

- la dépression d'involution
- la dépression symptomatique d'une autre affection. Elle révèle alors une maladie organique comme une pathologie démentielle
- la personnalité pathologique dépressive.

(Kraepelin, 1913)

Quatre critères principaux permettaient de différencier les deux formes principales de dépression, à savoir, la dépression endogène et la dépression psychogène :

- la survenue d'une dépression psychogène était déclenchée par un événement causal précipitant
- le ralentissement psycho moteur et les signes somatiques étaient absents du tableau de dépression psychogène
- la symptomatologie d'une dépression psychogène est modifiée par le milieu environnant
- les antécédents familiaux se retrouvent plus fréquemment chez les patients présentant une dépression endogène.

Par ailleurs, Ballet différencie la neurasthénie de la mélancolie par la conscience, qu'a le patient, du caractère morbide de son trouble et de la possibilité de le convaincre, momentanément du caractère infondé de ses appréhensions (Ballet, 1897). Cette conscience des troubles permettait alors de différencier la dépression mélancolique « psychotique » de la dépression non mélancolique.

Certaines dépressions endogènes, par la perte du sens du réel et par la survenue d'idées délirantes qu'elles entraînent, rentrent dans le cadre des psychoses. Ainsi la plupart des psychiatres considéraient la « mélancolie » comme un état psychotique, entendu comme une forme de trouble au cours duquel prédominent la perte de contact avec la réalité et l'excès. La psychose renvoie ici à la sévérité de l'accès qui plaçait le malade en dehors de la réalité.

Même si la dépression devient une entité à côté de la folie et de la psychose, les liens entre dépression et psychose vont perdurer car la dépression endogène encore qualifiée de mélancolique renvoie à la folie maniaco-dépressive. La dichotomie, déjà décrite par Kraepelin, entre dépression endogène et psychogène va également persister pendant de nombreuses années.

c-2 Vision dichotomique de la dépression

Les successeurs de Kraepelin, définiront diverses formes de dépressions. En 1928, Lange, sépare le domaine des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». En 1929, Gillespie distingue les dépressions névrotiques d'une part et les dépressions endogènes d'autre part.

D'autres termes viendront enrichir cette vision dichotomique comme la dépression psychotique versus non mélancolique.

A partir des années 1930, alors que le tableau dépressif est décrit par différents symptômes que sont une tristesse de l'humeur, un ralentissement et des signes somatiques, cette catégorie diagnostique se révèle très hétérogène. Ce champ clinique se structure alors en trois catégories : la dépression endogène, la dépression névrotique et la dépression réactionnelle.

La **dépression endogène**, encore appelée dépression mélancolique fait directement référence à la folie maniaco-dépressive de Kraepelin, sans être forcément associée à un état maniaque. Ce qualificatif d'endogène renvoie aux antécédents familiaux et donc au contexte héréditaire de la pathologie. Elle est dominée par les symptômes somatiques ou instinctuels. Elle évolue de façon plus autonome face aux événements de vie.

La **dépression névrotique** est psychogène, elle est la conséquence d'une situation conflictuelle. Elle est précipitée par certains événements. Elle survient lors de réactivations de traumatismes psychiques passés, réactualisant des conflits névrotiques anciens selon le concept de névrose de Freud. Le champ des névroses reste très vaste et celui des dépressions névrotiques s'avère donc très général. Ce concept de dépression névrotique renvoie à des modalités particulières de fonctionnement psychique et à une organisation particulière de la personnalité. Il est davantage rattaché à une psychopathologie particulière qu'à un tableau clinique précis. La symptomatologie associe une anxiété généralement importante, une avidité affective et une recherche de réconfort. Le ralentissement psychomoteur ainsi que la culpabilité sont absents alors que l'hostilité et l'irritabilité sont fréquentes. Le sujet est selon Ey, « demandeur d'aide et de réconfort et fait preuve d'une certaine accessibilité à la

réassurance de l'entourage » (Ey, op. cit.).

Certaines caractéristiques cliniques étaient accordées à la dépression névrotique :

- un moindre retentissement sur le plan social
- l'absence d'hallucination, de délire ou de confusion
- l'absence de trait endogène (réveil précoce, perte de poids, ralentissement, culpabilité)
- la présence de certains traits comme la variation avec l'ambiance, l'irritabilité, l'apitoiement sur soi
- son rapport avec une organisation de personnalité ayant pour caractéristiques, des troubles du narcissisme et de l'identité (Pedinielli, 2008).

Ces éléments cliniques sont repris et développés par Roth et Kerr, en 1993, qui détaillent les signes cliniques de la dépression névrotique (cf Annexe 1) (Roth, 1993).

La troisième catégorie est la **dépression réactionnelle**. Cette approche, développée entre autre par Jaspers et Meyer, établit un lien direct entre la dépression et un événement causal précédant cet état pathologique. Cet intérêt pour les chocs émotionnels intervient dans le contexte de la première guerre mondiale et de la publication d'études sur les psychonévroses de guerre.

Avec le développement de travaux consacrés aux rapports entre événements de vie et dépression, la dépression réactionnelle se voit être assimilée à la dépression névrotique. Le terme de **dépression névrotico-réactionnelle** illustre cet impact des événements de vie sur la survenue d'un épisode dépressif. La dépression névrotique renvoie davantage à la notion d'événements de vie stressants précoces, c'est à dire survenus dans l'enfance, tandis que la dépression réactionnelle témoigne plus volontiers d'événements de vie présents de manière récente par rapport à la dépression.

En 1985, Winokur développe ce concept et énumère les caractéristiques de la dépression névrotico-réactionnelle (cf Annexe 2) (Winokur, 1985) :

- elle remplit les critères de Feighner pour la « dépression primaire unipolaire »
- le patient présente une vie désordonnée
- le patient attribue sa maladie à des événements de vie
- on retrouve la présence d'au moins trois symptômes parmi : une insomnie, un comportement de revendication, une irritabilité, des plaintes somatiques...
- il existe des difficultés de caractère et de personnalité.

Selon cette dichotomie plaçant d'un côté la dépression endogène et de l'autre la dépression névrotico-réactionnelle, de nombreux auteurs ont cherché à décrire les spécificités de la dépression endogène, pour une meilleure différenciation clinique.

Jaspers souligne dans les dépressions endogènes, le caractère d'incompréhensibilité des troubles au regard de l'expérience traumatisante manifeste. Ceci est précisé par les phénoménologues qui appréhendent cette incompréhensibilité par une altération du temps ou du corps vécu.

Schneider, en 1962, parle de « **dépression vitale** » pour évoquer les dépressions endogènes, en faisant référence à la tonalité vitale de l'humeur dépressive, associée à un pessimisme absolu (Schneider, op. cit.).

Peter Berner, en 1977 parle de « **syndrome axial endogénomorphe** », pour évoquer les différents symptômes en faveur d'une endogénicité, à savoir une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque des activités, l'absence de réactivité émotionnelle, le ralentissement ou l'agitation psychomotrice, la perte de l'appétit et une perte de poids, une diminution de la libido, la présence de symptômes suggérant une dysfonction des rythmes biologiques comme un réveil prématuré ou une hypersomnie, ainsi qu'une symptomatologie plus marquée le matin.

Cette vision dichotomique de la dépression s'oppose à une vision uniciste, développée par plusieurs auteurs et sous tendue par des conceptions différentes.

c-3 Approche uniciste de la dépression

La dichotomie entre dépression endogène d'une part et névrotico-réactionnelle d'autre part, a été remise en question par certains auteurs comme **Kendell**, de l'école britannique, qui envisage davantage un continuum. Les tableaux cliniques se différencieraient plus par leur degré de sévérité que par leur singularité. Les différents tableaux dépressifs se situeraient donc le long d'un continuum entre un pôle névrotique et un pôle psychotique (Kendell, 1976). **Akiskal** est également revenu sur cette dichotomie. Lors d'une de ses études, il a mis en évidence le passage fréquent pour un individu, d'une forme de dépression à une autre. Ainsi, certains marqueurs d'endogénicité, seraient davantage des éléments descriptifs d'un état plutôt que d'une pathologie.

Ey qui définit la mélancolie comme « un état dépressif, généralement paroxystique caractérisé par le caractère douloureux des contenus de conscience, l'effondrement de la volonté, l'inhibition intellectuelle, l'idéation pessimiste et l'anxiété ». tente de surmonter cette vision dichotomique avec son **approche organodynamique**. Sa vision plus unitaire des troubles dépressifs, explique les différences cliniques en terme de troubles de degrés différents mais de même nature : « Accès mélancolique et épisode dépressif relèvent en dernière analyse d'un même processus fondamental, une déstructuration de la conscience » (Ey, op. cit.).

Il sépare ainsi les déstructurations de la conscience, des déstructurations de la personnalité. Les déstructurations de la conscience concernent les psychoses aiguës, parmi lesquelles il classe : la manie, la mélancolie, les bouffées délirantes, les états oniroïdes et les états confuso-oniriques. Les déstructurations de la personnalité concernent les déstructurations diachroniques de la conscience du soi. Le système de personnalité peut se désorganiser à divers degrés. Il différencie ainsi : le Moi démentiel, le Moi psychotique, le Moi névrotique et le Moi caractéropathique.

Le concept de dépression a ainsi évolué au fil des années, s'éloignant progressivement de la psychose maniaco-dépressive. En parallèle, se sont développées des formes cliniques de dépression ayant pour caractéristiques d'associer des éléments dépressifs à des éléments maniaques ou schizophréniques.

d- A côté de la dépression, les états mixtes

Au sein de la psychose maniaco-dépressive, Kraepelin décrit les **états mixtes**. Il en distingue six variétés ayant pour traits communs, la combinaison contradictoire de symptômes affectifs et psychomoteurs maniaco-dépressifs. Ces six formes sont systématisées d'après les perturbations non congruentes de l'humeur, de l'idéation et de la volonté. Ces six variétés étaient : la **dépression avec fuite des idées**, la **mélancolie agitée**, la **stupeur avec éléments maniaques**, la **manie improductive** décrite par la pauvreté du discours, la **manie dépressive** et la **manie akinétique**. Ces six formes sont placées dans un continuum avec la manie proprement dite et la dépression classique, composant un total de huit tableaux d'états. Cet ensemble de formes permet d'intégrer dans la folie maniaco-dépressive, la plupart des folies

intermittentes, y compris celles s'associant à des symptômes confusionnels ou délirants.

e- Démence précoce et dépression

La conception kraepelinienne des troubles mentaux séparait deux types de psychose : la démence précoce et la folie maniaque-dépressive. La dépression était alors dans le champ de la psychose.

En 1913, plusieurs formes de troubles de l'humeur avaient été différenciées des manifestations de la folie maniaco-dépressive pour être rattachées à la démence précoce. Ces formes prenaient alors l'appellation de **démence dépressive simple**, **démence dépressive délirante**, **démence agitée circulaire**. Elles constituent alors les premières descriptions des tableaux que l'on dénommera plus tard trouble schizo-affectif ou schizophrénie dysthymique.

Kraepelin, dans un article de 1920, rapporte ces « chevauchements » qui peuvent exister entre les deux psychoses que sont la démence précoce et la folie maniaco-dépressive. Il y expose que « nous pouvons, tous les jours faire l'expérience de manifestations maniaco-dépressives survenant transitoirement dans les pathologies schizophréniques franches, souvent difficiles à différencier de celles des pathologies cycliques ». Il conclut par la nécessité de « nous accoutumer au fait que nos listes de symptômes ne nous permettent pas de distinguer de manière fiable la folie maniaco-dépressive de la schizophrénie dans toutes les circonstances ».

A côté des descriptions cliniques se sont développés des systèmes de classification. Les premiers étaient basés sur une vision hiérarchique des troubles mentaux.

1-2 Systèmes de classification

Les classifications des quarante dernières années reposent sur des critères spécifiques pour définir certaines catégories pathologiques. L'appellation « critères diagnostiques » date des années 1970, de l'époque des chercheurs de la Washington University de Saint Louis et répond à certains principes. Ainsi, ils doivent être athéoriques par rapport à l'étiologie ou la psychopathologie, sauf si l'étiologie est connue. L'approche préconisée pour le regroupement des troubles est une approche descriptive, selon des signes et des symptômes, la sévérité et la durée des signes, les antécédents...

Ces classifications critériologiques ont donné naissance à des instruments standardisés de diagnostic.

Nous allons revenir sur les critères américains *RDC* (*Research Diagnostic Criteria*), qui sont à l'origine des critères du *DSM III*, puis sur les critères empiriques français utilisés pour la description de la dépression.

a- Spitzer et les critères RDC

Spitzer en 1978 distinguait trois types de troubles dépressifs occupant le champ de la névrose dépressive : le trouble dépressif unipolaire, le trouble dépressif mineur, le trouble dépressif chronique et intermittent, correspondant globalement à la description de la personnalité dépressive et rassemblant pour la plupart les patients ayant le diagnostic de dépression névrotique.

Le **système des *RDC*** (*Research Diagnostic Criteria*) a été élaboré par Spitzer, Endicott, et Robins en 1985 et a servi à l'élaboration du *DSM III-R*. Il a été développé dans le cadre d'un projet de recherche sur la psychobiologie des dépressions. Les critères sont volontairement restrictifs dans la mesure où leur utilisation permet de sélectionner des groupes de sujets dont les symptômes et d'autres caractéristiques importantes se ressemblent sur des points précis. Il distingue d'un côté les troubles de l'humeur et de l'autre les troubles schizophréniques.

Dans un premier temps, selon la définition des *RDC*, le système exclut du cadre des troubles affectifs tout syndrome dépressif répondant également aux critères d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif.

Selon le système *RDC*, le diagnostic de trouble dépressif majeur est exclu par la présence de l'un ou l'autre des 6 symptômes, suggérant une schizophrénie, parmi lesquels figurent :

- des idées délirantes d'être contrôlé (ou influencé) ou d'émission de la pensée, de pensées imposées ou de vol de la pensée
- des hallucinations de n'importe quel type sans tonalité affective durant toute la journée, pendant plusieurs jours ou de façon intermittente pendant une semaine
- des idées délirantes ou des hallucinations pendant plus d'un mois, sans symptôme dépressif prononcé ; les idées délirantes dépressives typiques comme celles de culpabilité, de ruine, de négation ou d'autodépréciation, ou des hallucinations au contenu similaire ne sont pas incluses

– la préoccupation du sujet par une idée délirante ou une hallucination, à l'exclusion d'autres symptômes ou soucis (en dehors des idées délirantes culpabilité, de ruine, de négation ou d'autodépréciation, ou des hallucinations au contenu similaire).

Dans un second temps, les syndromes dépressifs sont classés, toujours selon un mode hiérarchique en diverses catégories : trouble dépressif majeur, personnalité cyclique, trouble dépressif intermittent...

Il détaille 11 sous types de troubles dépressifs majeurs : primaire, secondaire, récidivant, psychotique, invalidant, endogène, agité, ralenti, situationnel, simple et fonction de l'humeur prédominante de l'épisode (déprimé, anxieux, hostile...).

Le **sous type psychotique de dépression majeure** se caractérise par un sujet présentant un trouble dépressif majeur associé soit à des idées délirantes, soit à des hallucinations.

Finalement, ils sont classés en bipolaire avec manie (type I), ou hypomanie (type II) ou trouble dépressif majeur (équivalent à unipolaire).

b- DSM III

Dans le *DSM III*, c'est à dire dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie, 60% des troubles étaient assortis de critère d'exclusion. L'approche reste celle kraepelinienne car ces critères d'exclusion empêchaient de porter le diagnostic d'un trouble si un autre trouble plus sévère dans la hiérarchie y était porté de manière concomitante. A l'exception de la catégorie « troubles de l'adaptation avec humeur dépressive », toutes les dépressions sont regroupées dans une seule classe, les « **troubles affectifs** ».

Cette classification repose sur deux critères, le premier est un critère de sévérité, le deuxième, un critère de polarité. Ce dernier divise les troubles affectifs majeurs en **trouble unipolaire** et **bipolaire**. Les troubles de l'humeur unipolaires ou dépressions majeures regroupent les troubles dépressifs au sens large, et réunissent dans une même catégorie les dépressions « névrotiques » ou « psychotiques ».

La mélancolie vient qualifier une dépression majeure et renvoie à son caractère endogène. Le syndrome dépressif devient alors à « **caractéristiques mélancoliques** ».

Remarquons que dans le *DSM III-R*, la plupart des hiérarchies diagnostiques du *DSM III* ont

été éliminées.

c- Critères empiriques français (cf Annexe 3)

Les critères empiriques français, établis à partir des résultats d'une enquête nationale, sont présentés sous la forme de deux listes de critères. La première regroupe les critères d'inclusion et d'exclusion permettant d'établir le diagnostic de « **syndrome dépressif non spécifié** ». La deuxième regroupe un ensemble de critères présentés sous la forme d'échelle et permettant de différencier une **dépression psychotique**, d'un **état dépressif non psychotique**. Selon ces critères, le tableau de dépression psychotique correspond à la dépression endogène ou mélancolique de Kraepelin.

Au fil des années et des nouvelles versions des systèmes de classification, la notion de mélancolie subit un changement de perspective radical, d'une entité pathologique autonome, à celui d'une dimension, éventuellement associée à un épisode dépressif.

Par ailleurs, l'adjectif psychotique, venant qualifié un épisode dépressif, renvoie pour certains, à la présence de symptômes d'allure psychotique comme des idées délirantes ou des hallucinations et pour d'autres, il est synonyme de mélancolique et correspond à la présence de symptômes à caractère endogène.

L'utilisation de critères hiérarchiques ne permet pas de tenir compte de la comorbidité des troubles. Ceci constitue une limite importante, car, comme nous avons pu l'illustrer dans nos deux vignettes cliniques, il est parfois difficile de prioriser certains signes par rapport à d'autres.

L'approche catégorielle syndromique va se baser sur un ensemble de critères diagnostiques, sans leur attribuer de valeur hiérarchique.

2- Approche catégorielle syndromique

Les classifications récentes se veulent toujours athéoriques par rapport à l'étiologie et à la physiopathologie. L'objectif répond à une volonté d'uniformisation et d'utilisation d'un langage commun. L'approche catégorielle syndromique est un mode classificatoire de type

critériologique. Les classifications se limitent à la description des signes et des symptômes. La dépression est alors décrite par un ensemble de signes réunis au sein d'un syndrome, qualifié de dépressif. La classification des autres troubles suit ces mêmes principes. A côté des descriptions des systèmes de classification, certains auteurs rapportent et développent certaines formes cliniques de syndrome dépressif, qui nous semblent significatives par rapport à nos deux cas cliniques. Nous allons revenir sur certaines de ces formes cliniques avant de nous intéresser au syndrome dépressif et à ses liens avec les autres troubles psychiatriques, dans le *DSM IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) et dans la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies).

2-1 La dépression et les autres entités pathologiques

a- La dépression et ses formes cliniques

La dépression est définie par un syndrome dépressif, réunissant un ensemble de symptômes qui correspondent à un noyau pathologique de la forme clinique la plus courante. A côté de ce tableau clinique classique sont décrites d'autres formes cliniques en fonction de la présence, de l'absence ou de l'importance de certains signes cliniques.

a-1 La triade dépressive

A côté de la triade classique du syndrome dépressif majeur associant tristesse pathologique de l'humeur, ralentissement psychomoteur et symptômes somatiques, décrivant ainsi la forme clinique classique, de nombreuses formes cliniques ont été décrites, certaines ayant pour particularités d'être associées à un symptôme dépressif peu fréquent (comme l'agitation), d'autres à des symptômes plus souvent rencontrés dans d'autres pathologies psychiatriques ou neurologiques (comme le délire ou la confusion).

Cette triade classique s'accompagne d'un certain nombre de symptômes peignant ainsi un tableau dépressif nuancé et propre à chaque individu. Alors que le patient déprimé est le plus souvent timoré, il peut parfois devenir irritable voire caractériel. L'humeur dépressive, la tristesse, le désintérêt, la perte de plaisir, peuvent ainsi être au second plan, masqués par une dysphorie avec une humeur irritable, irascible, qui peut être péjorée par des explosions de

colère, d'agressivité sur un fond de lassitude et d'émoussement affectif. L'humeur dépressive, qui entraîne un repli sur soi du déprimé et une abrasion émotionnelle, peut même aboutir à une anesthésie affective.

L'anxiété vient parfois se surajouter aux symptômes purement dépressifs. Le patient se présente alors plus volontiers sous des traits agités, témoignant d'un état de tension psychologique où le sentiment d'un danger imminent prédomine.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur certaines formes cliniques de dépression puis nous nous intéresserons à certains auteurs qui ont décrit des états pathologiques intermédiaires entre les deux entités initialement proposées par Kraepelin, ou encore entre les deux versants psychotiques et névrotiques.

Overall, en 1974, distingue quatre sous types syndromiques distincts de dépression : la **dépression hostile**, la **dépression agitée**, la **dépression anxieuse** et la dépression ralentie. Ces quatre tableaux sont décrits à partir des critères diagnostiques d'Overall, basés sur la banque de données utilisant l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique (*BPRS* pour *Brief Psychiatric Rating Scale*) (Overall, 1974).

a-2 La forme hostile

D'après l'analyse factorielle d'**Overall**, les patients présentant une dépression hostile se caractérisaient par des hauts niveaux d'hostilité envers les autres, de l'agitation, de la suspicion, de l'anxiété, des préoccupations somatiques, de la tension et de la culpabilité.

La dépression hostile associe donc une anxiété et une humeur dépressive. De plus, le patient est irritable, se plaint, fait des hétéro accusations, ou se fâche ; ces différentes manifestations sont présentes de manière importante. La méfiance peut accompagner l'hostilité, suggérant éventuellement un syndrome légèrement persécutif, mais le patient est avant tout anxieux et déprimé. Les sentiments de culpabilité sont souvent présents et sont fréquemment exprimés comme étant des réactions subjectives à un comportement agressif et hostile.

Cette forme particulière a intéressé de nombreux auteurs. Sa description semble présenter des points communs avec nos deux vignettes cliniques. Nous allons ainsi développer ce concept. Nous tenterons d'en donner une définition. Nous verrons s'il s'agit d'une composante de tout épisode dépressif, ou s'il s'agit d'une entité clinique autonome,

retrouvée chez un type de patients en particulier. Puis nous nous intéresserons au lien décrit dans la littérature entre hostilité et troubles bipolaires.

Historique et définition du concept d'hostilité

Utilisé mais non précisé en terme de sens, l'historique du concept d'hostilité débute par la définition en 1985 de « l'**humeur irritable** » par **Snaith**. Il s'agit alors « d'un état caractérisé par la diminution du contrôle de soi et qui habituellement se traduit par une irritabilité verbale ou agie » (Snaith, 1985).

En 1991, **Féline** précise la notion d'**hostilité** comme un « abaissement du seuil de tolérance à des stimuli perçus systématiquement sur un mode négatif et suscitant mouvements d'humeur ou comportements agressifs. L'attitude hostile peut être latente (monologues intérieurs, masque passif du refus de l'échange) ou patente et exprimée. L'hostilité peut être dirigée vers le facteur irritant, ou déplacée, retournée vers le sujet » (Féline, 1991).

Le concept d'hostilité est, par la suite, différencié de celui de colère, d'irritabilité, d'agressivité, d'agitation et de dysphorie. Il est défini, en 2005, par **Painuly** comme une « attitude auto rapportée d'antipathie, de ressentiment ou de suspicion envers le monde ou les objets le composant ».

Hostilité comme composante dimensionnelle de tout épisode dépressif

Dans certaines dépressions, l'irritabilité, l'opposition, l'agressivité, sont prévalentes dans la relation à autrui. En 1974, **Schless** et al. ont étudié l'orientation de l'hostilité chez 37 patients déprimés. A partir d'une analyse factorielle, ils identifient 4 groupes : le groupe 1 caractérisé par une anxiété, une culpabilité, l'introjection de l'hostilité avec un ressentiment ; le groupe 2 marqué par une hostilité verbale et du négativisme ; le groupe 3 dans lequel prédominent l'anxiété, la méfiance, le ressentiment et le contrôle des sentiments hostiles ; le dernier groupe caractérisé par des assauts physiques et des écarts de langage. L'hostilité se répartirait de manière équivalente entre auto et extra-punitivité et serait alors une défense contre la dépression (Schless, 1974).

Cette hostilité se retrouverait de manière plus évidente cliniquement chez certains types de patient.

Ainsi, l'irritabilité peut remplacer chez l'**enfant** et l'**adolescent** l'humeur dépressive, ce qui légitime le caractère authentiquement dépressif de l'irritabilité.

Une hostilité est retrouvée dans certaines dépressions chez le **sujet âgé**. Il peut s'agir une hostilité exprimée par des oscillations entre une irritabilité verbalisée et agie, et un comportement de retrait, de refus de coopérer, voire de régression mutique ou d'agitation. Ceci peut être entretenu par des idées délirantes de persécution.

Enfin, lors d'états dépressifs, c'est le **contexte culturel** particulier et la représentation de la maladie elle-même qui peut être à l'origine du comportement hostile, et parfois délirant, en particulier lorsque la maladie est encore explicitée par des phénomènes d'envoûtement, d'action d'esprits maléfiques qui induisent des phénomènes interprétatifs où l'hostilité peut être au premier plan et égarer le diagnostic.

Dépression hostile comme entité particulière

La dépression hostile au sens restreint est caractérisée par un comportement d'hostilité lié à l'humeur dépressive. L'hostilité est alors un **trouble catégoriel** en rupture avec la personnalité habituelle du sujet qui apparaît et disparaît avec la pathologie dépressive.

Différentes échelles comme la *BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory)* ont ainsi été élaborées pour évaluer les différents aspects de l'hostilité. La version originale comprend 75 questions (Buss, Durkey, 1957).

Ce premier cas de figure, qui correspond à l'expression de l'hostilité en lien avec la pathologie dépressive, est à différencier de la situation au cours de laquelle l'hostilité apparaît en continuité avec un trouble de la personnalité du patient, dominé par l'impulsivité, l'agressivité et le passage à l'acte. La dépression aiguë aurait alors les traits de caractère pré morbides. Le patient guéri de sa dépression retrouverait alors les aménagements antérieurs de la personnalité avec ses traits habituels. L'hostilité est alors un **symptôme dimensionnel** de la dépression et ne rentre pas dans le cadre d'une dépression hostile au sens strict.

Liens entre hostilité et troubles bipolaires

Lié à la dimension hostile de la dépression, **Fava** identifie un sous type dépressif particulier qu'il appelle : « **dépression avec attaques de colère** ». Les attaques de colère sont définies par la présence de quatre critères que sont :

- une irritabilité évoluant depuis 6 mois
- une hyperactivité face aux contrariétés mineures
- au moins une attaque de colère survenue le mois précédent
- l'association, au cours d'une attaque de colère, d'au moins quatre critères parmi : une tachycardie, un flush, un serrement de la poitrine, des paresthésies, des vertiges, une respiration coupée, une transpiration excessive, des tremblements, une peur intense ou une anxiété, un sentiment de perte de contrôle, une impression d'attaquer les autres, une attaque physique ou verbale d'autrui, un jet ou une destruction d'objets (Fava, 1982).

En reprenant cette notion, **Akiskal** et **Benazzi** ont montré que les patients portant le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec des attaques de colère présentaient plusieurs autres symptômes d'hypomanie : une distractibilité, des activités à risque, une agitation psychomotrice, une tachypsychie. Ainsi, cet élément « attaques de colère » serait retrouvé de manière plus fréquente chez les sujets bipolaires que chez les sujets unipolaires (Akiskal, Benazzi, 2005).

Ce concept de dépression hostile n'est plus retrouvé dans les dernières classifications internationales que sont le *DSM IV* et la CIM 10. Or, certains éléments de nos deux cas cliniques présentent des similitudes avec la description de la dépression hostile, notamment l'expression clinique particulière avec des éléments de persécution.

De plus, dans la situation de Mme R., on retrouve également des éléments d'hypomanie avec la logorrhée, la sub-excitation et la tachypsychie.

a-3 La forme agitée

La symptomatologie clinique est dominée par une excitation et une hyperactivité motrice. Aucun élément de persécution n'a été décrit dans cette forme. L'adjectif « agité » ne fait référence qu'au registre moteur.

a-4 La forme anxieuse

L'anxiété est au premier plan et peut prendre la forme d'attaques de panique ou d'autres manifestations anxieuses. Cette symptomatologie peut rendre le diagnostic difficile en masquant la symptomatologie dépressive.

La dépression peut ainsi s'exprimer par certaines formes cliniques. Les éléments dépressifs sont parfois au second plan voire masqués par d'autres symptômes. Face à ces tableaux cliniques se pose également la question des liens entre les différentes entités pathologiques que sont la dépression, les troubles bipolaires et la schizophrénie.

b- Les autres entités pathologiques

b-1 Les tableaux mixtes

Akiskal et Benazzi apportent la notion de « **tableaux mixtes** », qui ajoute à l'état mixte de Kraepelin, des fluctuations rapides de l'humeur, de la réactivité émotionnelle et de l'élan vital. Cette oscillation peut même aboutir à une atmosphère délirante. Ce dernier tableau, qui associe des éléments thymiques et délirants, rejoint alors celui décrit par la psychiatrie française sous le terme de bouffée délirante aiguë ou celui décrit par Kasanin quand il évoque les psychoses schizo-affectives.

Selon cette conception, l'instabilité thymique, témoin d'une hyperesthésie nerveuse, pourrait être responsable de divers tableaux tels que les dépressions psychotiques, anxieuses, hostiles, agitées, toutes correspondant alors à des états mixtes pour lesquels il existe une prédominance de la composante dépressive (Akiskal, 1983).

b-2 Le trouble schizo-affectif

En 1911, **Bleuler** crée le terme de schizophrénie, signifiant étymologiquement « esprit scindé ». Il distingue les symptômes primaires, les éléments dissociatifs, qu'il rattache à « une faiblesse d'association », des symptômes secondaires comme la discordance, qu'il considère

comme des éléments en réaction aux symptômes principaux. Il considère la schizophrénie davantage comme un groupe de patients plutôt qu'une entité nosographique proprement dite. Par ailleurs, cette « faiblesse d'association » serait à la base d'autres symptômes fondamentaux comme l'autisme ou les troubles affectifs. Dans cet esprit d'un continuum entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, il propose, en 1929, deux axes psychopathologiques. Le premier est le suivant : schizothymie/ personnalité schizoïde/ schizophrénie ; le second est : cyclothymie/ personnalité cycloïde/ psychose maniaco-dépressive.

En 1933, **Kasanin** identifie un sous groupe distinct de patients schizophrènes. Il apporte la description suivante :

- le début de la maladie se situerait entre 20 et 30 ans, chez des patients sans antécédent physique, sans trouble de personnalité, ayant un bon niveau d'adaptation sociale
- les troubles surviendraient après un stress environnemental
- le début serait brutal, dans un contexte de désarroi émotionnel, avec une distorsion de la réalité, de fausses impressions sensorielles, un mélange de symptômes schizophréniques et affectifs
- la durée de la maladie est de quelques mois ; l'évolution se fait vers la guérison même s'il existe une répétition des accès.

Il qualifie ces patients de **schizo-affectifs**. Il crée ainsi un rapport nosologique entre la schizophrénie et les troubles maniaco-dépressifs.

La co-occurrence, fréquemment observée et l'évolution phasique de symptômes schizophréniques et affectifs ont réinterrogé la règle hiérarchique. Le concept de psychoses schizo-affectives témoigne de la co-occurrence des deux troubles sans accorder une suprématie à l'une ou l'autre des deux entités pathologiques (Kasanin, 1933).

Dans les années 1980, le trouble schizo-affectif est perçu de quatre manières différentes. Il est soit un intermédiaire sur l'axe d'une psychose unique, évoquant le continuum entre schizophrénie et troubles affectifs, soit une chevauchement entre la schizophrénie et les troubles bipolaires, soit une entité autonome, distincte de ces deux troubles, soit une pathologie dépendant de la schizophrénie et des troubles bipolaires.

b-3 La bouffée délirante aiguë

En 1986, la bouffée délirante aiguë (BDA) est caractérisée par les critères empiriques français suivants :

A- Des idées délirantes :

- de survenue brutale (datant de moins de 48 heures)
- avec des thèmes et mécanismes délirants multiples (délire polymorphe)
- une absence d'organisation sur un thème prévalent ou une série de thèmes apparentés.

B- Un bouleversement psychique sans désorientation temporo-spatiale, caractérisé par au moins trois des critères suivants :

- un changement soudain d'une réaction émotionnelle à une autre (comme le passage d'une angoisse à la colère)
- un changement soudain d'une humeur dysphorique à une autre (comme le passage d'une euphorie à la dépression)
- un changement soudain d'un comportement psychomoteur à un autre (comme le passage d'une agitation à la prostration)
- une dépersonnalisation : altération de la perception ou de la conscience de soi et/ou une déréalisation : altération de la perception et de la conscience du monde extérieur
- des hallucinations ou des perceptions inhabituelles de n'importe quel type.

C- Une disparition des manifestations pathologiques citées sous A et B et un retour complet à l'état pré morbide en moins de deux mois.

D- Une absence, dans les antécédents, de tout trouble psychotique (affectif ou non affectif), autre qu'une ou plusieurs bouffées délirantes éventuelles.

E- L'élimination d'une étiologie organique, alcoolique ou liée à un abus de drogues.

F- L'existence ou non d'un facteur de stress.

G- L'élimination d'une psychose maniaque ou dépressive.

Selon cette définition, le diagnostic de dépression doit être écarté pour porter celui de bouffée délirante aiguë. Par ailleurs, n'apparaît pas non plus l'existence d'éléments thymiques pathologiques au cours d'une BDA.

b-4 Les troubles limites

Selon la théorie psycho-dynamique, les troubles limites renvoient à une structuration particulière de l'individu, de type limite. Ces troubles constituent un pont entre les réactions névrotiques et psychotiques.

Dans la symptomatologie des troubles limites, les **éléments délirants** (hypochondriaques ou persécutifs) s'associent souvent à des **symptômes dépressifs**. Le sentiment de vide intérieur remplace les sentiments de tristesse et l'autodépréciation.

Bergeret distingue quatre types différents de **dépression limite**. Ces dépressions surviennent chez des personnes présentant une structuration de type limite. Nous reviendrons sur cette notion de structure limite par la suite. Ces quatre types sont : la forme à allure psychotique, la forme à allure névrotique, celle à allure perverse et celle de la sénescence (Bergeret, 1974).

Concernant nos deux cas cliniques, aucune investigation n'a été réalisée afin de préciser la structure névrotique, psychotique ou limite des patientes. Il nous est donc difficile d'avancer l'hypothèse d'une dépression limite.

2-2 Les systèmes de classification : le *DSM IV* et la CIM 10

Le **DSM IV** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est une classification américaine qui a été construite pour répondre aux exigences de la clinique et à celles de la recherche. Il a pour objectif principal d'augmenter la fidélité interjuges et la validité des critères diagnostiques. Ce sont des instruments à visée diagnostique, qui fournissent des critères opérationnels permettant la classification des patients. La révision des critères d'une version à l'autre est basée sur des résultats empiriques et une réactualisation de l'analyse des résultats. Ce système quasi exclusivement descriptif se veut athéorique. Il reflète cependant un modèle médical catégoriel (énumération des symptômes pour établir un diagnostic). Les catégories diagnostiques sont définies par des syndromes cliniques (observation ou description du trouble par le sujet). Ainsi, le *DSM IV* et *IV-TR* reposent sur

plusieurs principes fondamentaux : une approche descriptive, le recours à un système de classification multi-axial et l'utilisation de critères diagnostiques.

La classification des troubles mentaux reposent ainsi sur 5 axes :

- l'axe I rapporte les symptômes des différents troubles mentaux
- l'axe II correspond aux troubles de la personnalité et aux troubles du développement
- l'axe III regroupe les maladies somatiques se manifestant en parallèle du trouble mental
- l'axe IV énumère les différents stress psycho-sociaux qui peuvent être concomitants du trouble mental
- l'axe V apprécie le niveau d'adaptation psycho-sociale.

La **CIM 10** (Classification Internationale des Maladies) est une classification internationale commandée par l'OMS, à partir d'études multicentriques, épidémiologiques sur plusieurs pays, afin que le facteur culturel soit moins important. Elle répond au même modèle médical catégoriel basé sur l'établissement d'un diagnostic à partir de critères cliniques.

Nous allons revenir sur les différentes entités pathologiques répertoriées dans ces deux systèmes de classification et sur les tableaux cliniques correspondants.

a- Syndrome dépressif majeur

a-1 Critères d'un syndrome dépressif majeur

Le *DSM IV* comme la CIM 10 regroupent toutes les formes de la dépression, de la manie, ou de la cyclothymie sous le vocable de « **trouble de l'humeur** ».

La CIM 10 propose également la dénomination de « **troubles affectifs** » du psychiatre anglais Henry Maudsley.

La classification des dépressions est basée sur des critères d'ordre différent : critères d'intensité, de polarité (la polarité positive ou négative) et de durée (caractère récurrent ou persistant des troubles).

Les notions de dépressions endogène et psychogène, qui se réfèrent à des causes, ne sont plus utilisées.

Le *DSM IV-TR*, comme la CIM 10 détaillent dans un premier temps, les différents critères qualitatifs et l'algorithme définissant un épisode dépressif majeur, c'est à dire caractérisé. Dans un second temps, trois degrés de sévérité (léger, moyen et sévère) viennent pondérer ce diagnostic. Finalement, quelques caractéristiques particulières peuvent être ajoutées pour compléter et spécifier certains tableaux.

Selon le *DSM IV-TR*, pour porter le diagnostic d'épisode dépressif, un critère est obligatoire parmi les deux suivants :

- l'humeur dépressive
- la perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités.

Ces altérations doivent persister depuis deux semaines minimum.

Au moins quatre symptômes parmi les sept ci-dessous doivent par ailleurs être retrouvés :

- un changement de l'appétit ou du poids
- un changement du sommeil
- un changement de l'activité psychomotrice
- une réduction de l'énergie
- des idées de dévalorisation ou de culpabilité
- des difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions
- des idées de mort récurrentes, des idées suicidaires.

Cette symptomatologie entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

Ainsi dans les critères du *DSM IV-TR*, le terme « changement », concernant le sommeil, l'appétit et l'activité psychomotrice englobe à la fois des modifications en terme qualitatif et quantitatif. Sur le dernier point, les variations peuvent aussi se faire par une diminution comme par une majoration. Si le ralentissement est classiquement décrit pour un épisode dépressif majeur, il pourrait aussi s'agir, selon ces critères, d'un état d'agitation (à condition que cela représente une rupture avec l'état antérieur).

La CIM 10 définit un épisode dépressif majeur par la présence de deux des trois critères suivants :

- une humeur dépressive à un degré anormal pour le sujet
- une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables
- une réduction de l'énergie ou une augmentation de la fatigabilité.

S'ajoutent au moins deux autres critères parmi :

- une perte de confiance ou de l'estime de soi
- des sentiments injustifiés de culpabilité ou une culpabilité excessive
- des pensées récurrentes de mort ou des idées suicidaires récurrentes
- une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
- une modification de l'activité psychomotrice
- une perturbation du sommeil
- une modification de l'appétit.

Concernant le degré de sévérité, le *DSM IV-TR* comme la CIM 10 apportent un élément de précision supplémentaire pour les épisodes dépressifs majeurs sévères, à savoir la présence ou non de **symptômes psychotiques**. Nous développerons plus loin ces caractéristiques.

Par ailleurs, pour augmenter la spécificité du diagnostic et obtenir une homogénéité des sous groupes, le *DSM IV-TR* rajoute certaines particularités aux épisodes dépressifs majeurs qui deviennent avec caractéristiques catatoniques, **mélancoliques** ou **atypiques**. Nous développerons ces deux derniers sous types.

Notons que dans le *DSM IV-TR*, la mélancolie comme entité décrite précédemment, n'est pas retrouvée en tant que telle mais peut correspondre à deux sous types d'épisode dépressif majeur : l'épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques ou l'épisode dépressif majeur avec éléments psychotiques.

a-2 Syndrome dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques

L'un des deux critères obligatoires du **DSM IV** présent ici est la perte d'intérêt ou de plaisir. Par ailleurs, au moins trois critères supplémentaires doivent être retrouvés parmi :

- la qualité particulière de l'humeur dépressive (différente de l'humeur éprouvée après la perte d'un être cher)
- l'aggravation matinale de la symptomatologie

- le réveil matinal précoce
- le ralentissement psychomoteur ou l'agitation
- l'anorexie ou la prise de poids marquée
- la culpabilité excessive.

Cette description peut être rattachée à la seule spécification faite par la **CIM 10** et appelée « **syndrome somatique** ». Il est alors mis en évidence par la présence d'au moins quatre des critères suivants :

- une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- une dépression plus marquée le matin
- un ralentissement ou une agitation psychomotrice marquée
- une perte marquée d'appétit
- une perte de poids
- une diminution marquée de la libido.

a-3 Syndrome dépressif majeur sévère avec caractéristiques psychotiques

Le *DSM IV-TR* comme la *CIM 10* précisent qu'un syndrome dépressif caractérisé d'intensité sévère, peut s'accompagner ou non de symptômes psychotiques. Cette précision renvoie à la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations. Le délire est le plus souvent congruent à l'humeur. La thématique est alors la culpabilité, la punition méritée, le nihilisme, la ruine. Les hallucinations, le plus souvent auditives et peu élaborées sont alors en rapport avec ces thèmes.

Le délire est plus rarement non congruent à l'humeur, il peut alors s'agir d'**idées délirantes de persécution**, ou encore de pensées imposées, de diffusion de la pensée ou d'idées délirantes d'influence.

Ceci est à différencier du sens que confère la psychanalyse à la notion de dépression psychotique. En effet, d'un point de vue théorique, la dépression psychotique fait référence à une notion structurale, de régression importante du Moi.

Le diagnostic qui avait été retenu pour nos deux patientes était celui de syndrome dépressif majeur avec des éléments psychotiques. Pour autant, le degré d'intensité n'était pas sévère.

a-4 La notion d'atypie, venant préciser un syndrome dépressif

La terminologie « dépression atypique » est utilisée en **France** pour qualifier des états dépressifs suspectés d'évoluer vers une schizophrénie et en constituant un mode d'entrée. Il est important de souligner que cette dénomination n'a pas de sens en terme d'évolution des troubles : un état dépressif sévère peut s'accompagner de **signes dissociatifs** ou de **symptômes d'allure déficitaire** sans qu'ils aient une valeur pronostique. Cette forme repose le problème de la frontière diagnostique entre schizophrénie et dépression. Il s'agit ici de la coexistence de thèmes dépressifs et de manifestations de nature différente : angoisse profonde, retrait affectif, bizarreries, ambivalence, éléments de dépersonnalisation.

La dénomination atypique est différente chez les **auteurs nord-américains**. Cette description des années 1970 a été développée par Liebowitz, Quitkin et Stewart. Elle qualifie des dépressions dites atypiques par leur **sémiologie paradoxale**, faite essentiellement d'une prise de poids, d'un appétit accru, d'une libido exacerbée et d'une hypersomnie. Les autres signes sont une réactivité à l'ambiance conservée, des symptômes neuro-végétatifs inversés, une « paralysie de plomb », des traits de sensibilité. Ces signes évoluent dans la journée vers une aggravation vespérale. La présence d'éléments psychotiques ou mélancoliques est ici exclue.

Dans le **DSM IV-TR**, le terme atypique est remplacé par une catégorie provisoire, le « **trouble non spécifié** » utilisé lorsque les manifestations répondent ni aux critères d'un épisode dépressif majeur ni à ceux d'un trouble dysthymique.

b- Etat mixte

Selon le **DSM IV**, l'état mixte se décrit par la présence de trois critères. Le critère A correspond à l'association des critères d'un épisode maniaque associé à ceux d'un épisode dépressif majeur, présents presque tous les jours et sur une période d'au moins une semaine. Le critère B prévoit la présence d'un des items parmi entre autres: la perturbation de l'humeur, suffisamment sévère pour causer une inadaptation marquée dans les attitudes sociales ou

relationnelles, ou la présence de **caractéristiques psychotiques**. Le critère C exclut les effets physiologiques directs d'une substance.

c- Dysthymie

Dans le **DSM IV**, la dysthymie inclut :

- une symptomatologie dépressive persistante, ou intermittente d'au moins deux ans
- une intensité sub-syndromique (inférieure à celle d'un épisode dépressif majeur)
- l'absence de virage maniaque ou hypomaniaque.

Dans la **CIM 10**, il est précisé que le diagnostic de dysthymie comprend les diagnostics d'usage de « dépression anxieuse persistante », de « névrose dépressive » ou de « dépression névrotique ».

d- Trouble schizo-affectif de type dépressif

Le **DSM IV-TR** définit les troubles schizo-affectifs par l'association des **symptômes du critère A de la schizophrénie et des signes dépressifs, maniaques ou mixtes**.

Le trouble schizo-affectif de type dépressif associe donc des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs. La coexistence de symptômes schizophréniques avec un syndrome dépressif majeur est précédée d'une période d'au moins deux semaines comportant des hallucinations et/ou un délire, en l'absence de symptômes thymiques. Sont ainsi retrouvés comme symptômes du critère A de la schizophrénie, des idées délirantes, des hallucinations, un discours déstructuré, un comportement déstructuré ou catatonique, des symptômes négatifs. L'intervalle libre entre deux épisodes se caractérise par des signes résiduels thymiques, une instabilité, des troubles du sommeil, une anorexie, une diminution de l'activité intellectuelle.

Ces systèmes de classification établissent un certain nombre de catégories diagnostiques, certaines se positionnant à la frontière d'autres catégories en réunissant les critères de plusieurs d'entre elles. D'autres approches, notamment l'approche dimensionnelle apportent une autre vision de la dépression.

3- Approche dimensionnelle

Le modèle dimensionnel propose un certain nombre de dimensions sur lesquelles on peut situer un individu. Son avantage, par rapport au modèle catégoriel est de reposer sur des mensurations différenciées et de retenir plus d'informations.

3-1 Continuum de la dépression

Pichot, en 1969, dans *Les dimensions de la dépression* propose plusieurs strates de la dépression. Cette approche s'inscrit dans le contexte de découverte des premiers antidépresseurs et de la recherche en neurosciences portée sur les troubles de l'humeur. Cette réflexion se base sur des données statistiques et ne se veut ni psychopathologique, ni catégorielle.

Le modèle dimensionnel place les dépressions sur un continuum allant de la dépression non délirante (l'équivalent de la mélancolie simple de Kraepelin) à la dépression délirante grave ou mélancolie délirante. Dans une perspective dimensionnelle, la présence d'éléments délirants au cours d'un épisode dépressif est donc un critère de gravité.

Le développement de la pharmacopée s'inspire de cette approche dimensionnelle et de ses échelles d'évaluation. En effet, les molécules, à visée antidépressive ou antipsychotique, ont certains profils d'action, traitant certaines dimensions pathologiques particulières du trouble. Ainsi certains antidépresseurs ciblent plus le ralentissement psychomoteur, d'autres plus les troubles du sommeil.

3-2 Echelles d'évaluation

Ces échelles d'évaluation sont à différencier des instruments à visée diagnostique décrits précédemment. Ces échelles évaluent davantage certaines dimensions de la dépression. Elles ont parfois pour objectif de fournir une quantification de l'intensité de la symptomatologie. Elles se sont développées alors que la méthodologie requise pour la

démonstration de l'activité antidépressive des médicaments s'est complexifiée.

De nombreuses échelles sont utilisées dans la dépression. Pour la majorité d'entre elles, la notion d'éléments de persécution est absente dans la description clinique.

a- Echelles d'auto-évaluation

Ces instruments d'auto-évaluation reflètent directement le vécu subjectif du patient. Ceci présente bien sûr comme limite d'être modifié par certains mécanismes psychologiques du patient, tels que le déni ou à l'inverse, l'exagération des symptômes.

L'**inventaire de dépression de Beck (BDI** pour *Beck Depression Inventory* : cf Annexe n°4) s'intéresse principalement aux cognitions dépressives. La note totale est un reflet de l'intensité générale des cognitions dépressives. Cet outil comprend 13 questions auxquelles le patient choisit parmi 4 affirmations, celle qui lui correspond le mieux. Chaque item est ensuite coté de 0 à 3. Un score entre 8 et 15 reflète une symptomatologie dépressive d'intensité modérée, un score supérieur à 16, une intensité sévère. Cet outil peut être utilisé comme élément de dépistage.

Parmi les cognitions négatives relatives à la relation à l'autre, on ne retrouve pas d'éléments de persécution, cet item étant : « J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement » (Beck, 1961).

L'**HAD** (*Hospital Anxiety and Depression Scale* : cf Annexe n°5) a été conçu pour dépister un trouble de l'humeur chez des patients présentant des affections médicales. Ainsi, elle ne contient pas d'items d'évaluation en relation avec des symptômes physiques. Elle associe deux sous échelles de 7 items évaluant, pour l'une l'aspect dépressif, pour l'autre, l'aspect anxieux. Aucun item n'est en lien avec un éventuel sentiment de persécution vécu par le patient (Zigmond, 1983).

Le **questionnaire abrégé de dépression de Pichot (QD2A** : cf Annexe n°6) comprend 13 affirmations auxquelles le patient répond par oui ou non. Un score supérieur ou égal à 7 signe une symptomatologie dépressive cliniquement significative. L'échelle explore différents aspects de la dépression, à savoir, entre autres, l'anhédonie, l'autodépréciation, la tristesse, les troubles mnésiques (Pichot, 1984).

b- Echelles d'hétéro-évaluation

L'échelle de Dépression de Max Hamilton (HDRS pour *Hamilton Depression Rating Scale* : cf Annexe n°7), publiée en 1960, évalue la symptomatologie la plus couramment rencontrée dans la dépression et son évolution. Elle a été conçue initialement pour évaluer l'activité thérapeutique des antidépresseurs. Il existe plusieurs versions de cette échelle. La version la plus courte comporte 6 items, la plus longue 29. L'échelle à 6 items évalue ce qui constitue pour certains, le noyau dépressif et qui serait homogène selon les différents épisodes dépressifs, à savoir : l'humeur dépressive, la culpabilité, le retentissement sur le travail et l'activité, le ralentissement, l'anxiété psychique et les symptômes somatiques.

L'échelle classique, quant à elle, comporte 17 items. Il s'agit d'une échelle multi-dimensionnelle. Un item concerne le sentiment de culpabilité et l'affirmation correspondant au degré d'intensité le plus important de cette dimension contient la notion de persécution : « Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes » (Bech, 1980).

L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS pour *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* : cf Annexe n°8) est une échelle multi-dimensionnelle qui évalue dix variables qui se modifient le plus sous antidépresseur : la tristesse apparente et celle exprimée, la tension interne, la réduction du sommeil, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, le pessimisme et les idées de suicide. L'item qui concerne la tension interne évoque l'irritabilité ou l'agitation interne que peut évoquer le patient, en lien parfois avec des éléments de persécution mais ceci n'est pas précisé dans l'échelle (Montgomery, 1979).

Ces échelles ne sont que des outils pour affiner certains éléments diagnostiques. Pour la majorité d'entre elles, la notion d'éléments de persécution, symptômes présents lors de certains tableaux de dépression, n'est pas retrouvée. Ceux-ci peuvent parfois être au premier plan et constituer la symptomatologie principale, comme cela était le cas dans les deux cas cliniques décrits antérieurement.

Cette approche dimensionnelle, utilisée entre autres pour l'évaluation des traitements antidépresseurs peut être assimilée à une vision organiciste de la dépression. Widlöcher envisage la dépression selon une approche intégrative.

4- Approche intégrative de Widlöcher

Widlöcher considère la dépression comme une véritable pathologie psychosomatique. Il cherche à dépasser l'opposition entre deux visions, l'une organiciste et l'autre psychologique pour une approche plus uniciste.

A partir de l'observation de la réponse aux traitements antidépresseurs dans différents tableaux cliniques, il reprend l'hypothèse de Freud d'une « inhibition générale ».

Il explique le mécanisme dépressif par une réponse « énergétique » face à des facteurs psychogènes. Dans toutes les dépressions, il existerait une intrication de mécanismes liés au vécu intentionnel et d'autres liés à une énergie psychique indifférenciée.

Plus précisément, des perturbations infra cliniques des systèmes neuronaux, « altérant des mécanismes élémentaires de l'association des actes » seraient responsables cliniquement d'un ralentissement psychomoteur qui affecte l'ensemble des activités du sujet. « La domination de l'appareil psychique par ses structures psychopathologiques », s'illustrant par les dires du patient, relèverait d'un autre plan d'observation. Le travail psychothérapeutique ne serait alors possible qu'après l'action du traitement antidépresseur corrigeant cet état du système nerveux central (Widlöcher, 1995).

Les conceptions psychopathologiques de la dépression, qu'elles soient psychodynamique, cognitiviste, phénoménologique ou ethno-psychiatrique éclairent certains tableaux cliniques de dépression et apportent des éléments de compréhension, absents des classifications catégorielles des troubles, qui sont par définition athéoriques.

II- Concepts psychopathologiques de la dépression

Les différentes conceptions théoriques des troubles psychiques répondent à différents rôles au cours de notre pratique quotidienne. Premièrement, elles permettent d'orienter notre investigation clinique. Elles nous renseignent ensuite sur l'évolution des troubles et nous guident dans notre relation clinique et thérapeutique. Finalement, elles enrichissent les échanges entre les différents intervenants dans la prise en charge d'un patient.

1- Théorie psychanalytique

Pour Freud, au moins jusqu'à la seconde topique et au second système des pulsions, la pathologie mentale de l'adulte peut s'expliquer par la façon dont cet adulte a pu régler, favorablement ou non, les conflits essentiels de la vie infantile, avec la triangulation œdipienne, les étapes prégénitales, la constitution de l'inconscient et du Surmoi. La dépression renvoie ainsi à la notion de structure et au développement affectif de l'enfant. Elle a été également reliée au deuil et au narcissisme.

1-1 Structure et dépression

Notion de structure :

La structure, renvoie après maturation achevée du Moi, aux modalités de fonctionnement du Moi, prenant en compte la relation d'objet, et les défenses organisées par le dernier face aux pulsions du Ça, et à la réalité. Chaque structure renvoie ainsi à une relation d'objet et à des mécanismes de défense particuliers.

A partir de la naissance, la structure psychique se dessine en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, et est façonnée par le mode de relation aux parents, par les frustrations, les traumatismes et les conflits rencontrés. Le psychisme individuel s'organise alors, se cristallise selon des lignes de force et de fragilité. Lors d'épreuves de vie importantes ou de conflits intenses, l'organisation psychique peut ainsi se trouver ébranlée par la rupture de ces lignes de fragilité. L'état de décompensation, névrotique ou psychotique, dépendra ainsi de l'organisation psychique préétablie.

La psychanalyse envisage la dépression comme un accident de la structure avec une origine infantile (renvoyant aux relations d'objet et à la constitution du Moi), des circonstances déclenchantes et un devenir singulier.

Il est important ici de différencier ce qui est de l'ordre des symptômes, d'allure névrotique ou psychotique, de ce qui relève de la structure, névrotique ou psychotique. Ainsi un patient présentant une structure névrotique, peut présenter des symptômes d'allure psychotique ou des défenses de mode psychotique (Bergeret, 2005).

Structure névrotique et psychotique

L'opposition entre registre névrotique et registre psychotique est plus qu'un principe classificatoire, il résulte d'une systématisation d'ordre métapsychologique.

Les névroses et les psychoses renvoient à un échec de la fonction du Moi dans sa relation aux deux autres instances, le Ça et le Surmoi.

Dans la **structure névrotique**, l'élément immuable demeure l'organisation du Moi autour du génital et de l'œdipe. Le conflit se situe entre le Moi et les pulsions ; l'angoisse est une angoisse de castration. Le mécanisme de défense principal est le refoulement des représentations pulsionnelles. La notion de réalité est conservée.

Selon **Bergeret**, « la **structure psychotique** correspond à une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie. Le Surmoi n'est pas parvenu à remplir son rôle organisateur ou conflictuel de base. La relation d'objet sous jacente est fusionnelle. L'angoisse profonde n'est centrée ni sur la castration génitale, ni sur la perte d'objet mais sur le morcellement, la destruction, la mort par éclatement ». « Le conflit sous jacent n'est causé ni par le Surmoi, ni par l'Idéal du Moi, mais par la réalité en face des besoins pulsionnels élémentaires, ce qui conduit à un déni de toutes les parties de cette réalité devenues trop gênantes. (...) Les mécanismes de défense psychotiques employés sont : la projection, le clivage du Moi, le déni de la réalité ».

Parmi les structures psychotiques, Bergeret différencie :

- la **structure schizophrénique**
- la **structure paranoïaque** : elle occuperait la position la moins régressive sur le plan de l'évolution libidinale. Elle correspondrait à une organisation psychotique du Moi, fixé à un stade prégénital correspondant plus particulièrement au premier sous stade anal.
- la **structure mélancolique** : elle correspondrait à un stade intermédiaire, sur le plan de l'évolution libidinale, entre la structure schizophrénique et la structure paranoïaque. Quant à l'élaboration du Moi, le Moi mélancolique, bien que fortement régressé, aurait atteint un niveau de maturation antérieur, supérieur à celui des organisations paranoïaques (Bergeret, *ibid.*).

Structure limite

A côté des névroses et des psychoses, **Bergeret** identifie une lignée structurale particulière : la **structure limite**. Il situe l'organisation limite « entre », d'un point de vue du développement psychique de l'enfant, la structure névrotique et la structure psychotique. Cette structuration trouve son origine dans un traumatisme affectif, survenant après le stade de morcellement mais avant la phase œdipienne, au deuxième temps du stade anal. Celle-ci intervient donc avant l'organisation névrotique du Moi et en dehors d'une organisation du Moi sur un mode psychotique.

La relation d'objet est de type « anaclitique », par « étayage ». L'objet existe en dehors de toute triangulation œdipienne : « il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct, et à la fois en s'appuyant contre lui ».

L'élément clinique central de cette entité est l'**angoisse dépressive de perte d'objet**. Différents mécanismes constituent des défenses contre cette angoisse dépressive : le dédoublement des imagos (clivage en bon et mauvais objet), le déni d'une réalité extérieure traumatique, l'identification projective. Le clivage permet de protéger l'image de soi tandis que l'identification projective rejette la part mauvaise en soi, ou dans l'objet, et maintient une idéalisation du soi, ou de l'objet, et une dévalorisation d'autrui (Bergeret, *ibid.*).

Structure et éléments dépressifs

Bergeret, selon les modalités d'organisation psychique, oppose :

- **la dépression névrotique** : d'un point de vue psycho-dynamique, la dépression est considérée comme un symptôme névrotique quand elle survient en tant que « symptôme compromis » entre une revendication pulsionnelle et des interdits surmoïques. La symptomatologie est l'expression du retour du refoulé. Ce mécanisme s'appuie sur une relation objectale de type génital.

- **la dépression psychotique** : elle survient lorsque le sujet, perdant ses illusions mégalomaniaques et narcissiques d'omniprésence et de toute puissance, a en quelque sorte, une relation réelle et objective avec le monde extérieur. Cette reconnaissance réelle de l'objet comme existant séparément serait à l'origine du vécu dépressif, le sujet se voyant réduit à ses propres dimensions et à son sentiment d'impuissance.

- **la dépression limite** : il s'agit d'une décompensation survenant chez une personnalité de structuration limite, à la suite d'un traumatisme désorganisateur dit tardif. Ce traumatisme affectif, vient réactiver les positions œdipiennes jamais atteintes par le sujet. La dépression est alors révélatrice de l'effondrement des défenses du sujet face à un traumatisme et correspond à une régression narcissique. Il survient également lors de l'effondrement d'un objet d'étayage. La dépression limite constitue l'une des quatre évolutions aiguës des états limites, à côté de l'évolution vers la névrose, l'évolution vers la psychose et l'évolution par régression psychosomatique.

1-2 Développement affectif et dépression

a- Abraham

Abraham identifie les éléments des différentes étapes du développement objectal qui constitueraient des facteurs prédisposant à la survenue ultérieure d'un épisode mélancolique. Il cite : une fixation privilégiée de la libido à la phase orale et une **blesse grave du narcissisme** infantile par déception amoureuse. Cette déception concerne la mère, se double d'une déception liée au père et survient quand la libido est restée au stade narcissique, avant la maîtrise des désirs œdipiens, avant le refoulement des désirs incestueux.

Le déclenchement des accès mélancoliques est la répétition de cette **déception primaire**, témoin des **carences affectives précoces**.

Selon Abraham, c'est le mécanisme décrit par Freud dans la paranoïa, le **mécanisme projectif**, qui intervient au cours de la mélancolie.

L'élément central à l'origine des épisodes dépressifs est représenté par des tendances sadiques, une « disposition haineuse » envers l'extérieur. Ce sadisme caractérise le stade anal du développement de la personnalité. Pour Abraham, le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer. Cette incapacité à aimer les autres et cette propension à les détester, s'accompagne d'un sentiment de culpabilité. Ces tendances sadiques sont retournées sur le sujet autour des thèmes d'auto dévalorisation et d'auto-accusation.

Cette agressivité et cette ambivalence dans la capacité d'aimer semblent constituer une disposition précédant l'engrenage dépressif. Cette « prédisposition » serait la résultante d'une

vulnérabilité précoce en lien avec les processus d'identification (Abraham, 1912).

b- Klein: les positions schizo-paranoïde et dépressive

Pour Mélanie Klein, le développement affectif de l'enfant se fait par le passage de positions successives : la **position schizo-paranoïde** et la **position dépressive**. Ces positions se caractérisent par leurs mécanismes de défense spécifiques. La position dépressive succède à la position schizo-paranoïde. Dans cette dernière, la projection de la propre agressivité du bébé sur les objets entraîne qu'il les ressent comme mauvais, dangereux voire persécuteurs. Les mécanismes de défense sont le clivage qu'exerce le Moi entre bon et mauvais objet, la projection et l'identification projective. Alors que les objets sont considérés comme objet partiel dans la position schizo-paranoïde, ils sont reconnus comme objet total c'est à dire à la fois mauvais et bon dans la position dépressive. L'angoisse que ses propres pulsions destructrices n'attaquent les bons objets intériorisés s'associe à la culpabilité. La position dépressive est dépassée quand le sujet a acquis la capacité de protéger les bons objets internes et de réparer ceux qui ont été détruits.

Ces deux positions sont des étapes du développement affectif normal de l'enfant. En revanche, si la position dépressive n'a pas pu être achevée, le sujet risque de présenter des états maniaco-dépressifs.

Par ailleurs, Mélanie Klein soutient l'existence d'un lien structural entre mélancolie et paranoïa : « l'état dépressif (de la mélancolie) est fondé sur l'état paranoïde dont il dérive d'un point de vue génétique ». Ainsi, les souffrances de la « position dépressive rejettent le sujet dans la position paranoïaque ». Dans ces deux cas de figure, l'introjection de l'objet a été réalisée. Dans la mélancolie, la haine des mauvais objets s'associe à une identification aux bons objets intériorisés. « Le Moi s'identifie aux souffrances des bons objets ». Dans la paranoïa, l'introjection d'un objet total a eu lieu, mais l'identification a été impossible. En effet, l'objet subissant encore les influences des objets partiels est marqué par le soupçon. S'identifier à cet objet, reviendrait alors à s'identifier au « mauvais objet ». Alors que dans la mélancolie existe le désir de restaurer l'objet, dans la paranoïa intervient un désir de destruction par crainte d'être détruit par lui.

De plus, elle établit un lien entre le deuil normal, le deuil pathologique et les états maniaco-dépressifs qui ont en commun une réactivation de la position dépressive infantile. Dans la mélancolie comme dans le deuil pathologique, l'insuffisance des bons objets internes

n'a pas permis de dépasser cette position dépressive. L'origine de la régression des mélancoliques se retrouve ainsi dans la position dépressive de Mélanie Klein (Klein, 1972).

Ce lien entre dépression et mécanismes projectifs qu'elle développe est éclairant dans la compréhension de nos deux cas cliniques qui associaient des éléments de dépression et des mécanismes persécutifs. La projection persécutoire serait une réaction plus archaïque que le sentiment de culpabilité.

c- Bowlby et la théorie de l'attachement

Bowlby, dans sa théorie sur l'attachement, a développé l'hypothèse d'une valeur fonctionnelle de l'hostilité comme réaction de l'enfant à une séparation avec sa mère, permettant de surmonter l'absence, puis en cas de retrouvailles précoces, de décourager une nouvelle tentative de séparation.

Il reprend également la thèse freudienne de la dualité fondamentale entre l'investissement libidinal objectal et l'investissement narcissique pour saisir ce qui, du déséquilibre entre les deux dimensions peut rendre compte de la pathologie en clinique. La névrose correspond alors à un investissement sur soi-même excessif au détriment de l'intérêt porté à l'environnement. La vulnérabilité à la dépression peut être liée à une tendance excessive à la dépendance de l'attachement à l'autre, ou inversement à une tendance à l'évitement des relations trop proches (Bowlby, 1973).

Dans cette perspective, **Blatt** distingue deux types de dépression : l'une « **anaclitique** » caractérisée par un rapport de dépendance et une crainte d'être abandonné, l'autre « **introjective** », où l'on observe des sentiments d'infériorité et de culpabilité.

d- Spitz et la dépression anaclitique

Spitz a développé le concept de **dépression anaclitique** (anaclitique qui signifie « s'appuie sur »), il réserve cette entité pour décrire la maladie de carence affective partielle chez le nourrisson, privé de la relation à sa mère pendant quelques mois. Dans le cas d'une dépression anaclitique, il faut que le nourrisson ait pu établir auparavant de bonnes relations avec sa mère. Ainsi, les carences n'ont pas été aussi précoces que pour les sujets qui développeront des troubles de la lignée psychotique. Il développe en revanche des symptômes

dépressifs consécutifs à une **angoisse de perte**. Sur ce terrain de **faiblesse narcissique**, la dépression pourra émailler l'histoire du sujet lors de l'effondrement de certains appuis narcissiques comme la perte d'un emploi, une séparation ou le départ d'un enfant.

Si les éléments dépressifs de la dépression anaclitique du nourrisson sont comparables à ceux observés chez l'adulte, Spitz les différencie d'un point de vue structural. En effet, la constitution du Surmoi, à ce stade du développement affectif, n'étant pas achevé, il ne peut pas intervenir comme persécuteur d'un Moi effondré (Spitz, 1978).

e- Mahler et la phase de séparation individuation

Mahler, identifie les fondements d'une réaction dépressive au cours de la **phase de séparation individuation**. Cette phase préœdipienne du développement psychique a lieu autour de l'âge de trente six mois de l'enfant. Au cours de cette phase se produit un sentiment grandissant d'individualité, qui entraîne une différenciation du Self (Soi) de l'enfant. Une réaction négative de la mère face à ce processus peut être la source d'une **angoisse d'abandon** et d'une **perte d'estime de soi**. Cette angoisse de perte d'objet constituerait une base fertile pour l'affect dépressif, qui viendrait en réponse à cette situation angoissante.

Pour évoquer ce lien entre la mère et son enfant, Mahler parle de relation d'**étayage anaclitique**, qui procure à l'enfant une continuité d'être et un sentiment de non destruction en l'absence de l'objet primaire d'attachement représenté par la mère (Mahler, 1980).

f- Winnicott, angoisse et position dépressives

Winnicott différencie la position dépressive considérée comme une étape normale du développement, des états dépressifs qui sont des phénomènes morbides.

Winnicott différencie par ailleurs l'**angoisse dépressive** de la **position dépressive**. Au cours du développement, avant l'âge de 6 mois, l'enfant ressent amour et haine pour l'objet maternel et ne perçoit pas les conséquences de son amour instinctuel. Vers 6 mois, il repère que c'est la même mère qui peut occuper les deux positions. Il faut alors que l'objet maternel soit suffisamment gratifiant et survive à l'agressivité de l'enfant pour que celui-ci différencie le fantasme de destruction, de la réalité extérieure de l'expérience interne. Cette étape du développement est un élément clé, qui vient changer intérieurement l'enfant et qui correspond à l'angoisse dépressive. Elle permet de séparer le bon du mauvais objet. La position

dépressive renvoie quant à elle à l'objet d'amour ; elle s'associe au sentiment de culpabilité et de réparation et constitue une étape normale du développement.

Il rattache les **états dépressifs** à une époque antérieure à la position dépressive.

Winnicott décrit l'environnement maternel comme essentiel dans le **processus d'intégration et de maturation** du sujet, qui conduit à une construction efficace du Self. Des conditions maternantes défavorables auront des conséquences sur le **processus d'identification** du sujet et seront responsables d'une rupture dans la **construction narcissique** du sujet. Cette rupture pourrait alors constituer une **prédisposition dépressive**. La dépression est alors perçue comme une faillite des défenses, qui entraîne la résurgence des mécanismes de défense archaïques (Winnicott, 1992).

g- Bergeret et l'aménagement limite

Pour **Bergeret**, un traumatisme affectif survenu après le stade de morcellement et qualifié de « **désorganisateur précoce** » est responsable d'un « **aménagement limite** ». Le Moi du sujet limite comporte un aspect « vacuaire ». Il existe une **incomplétude narcissique primaire** que le Moi cherche à combler par des investissements idéalisés de l'objet. L'objet est alors une preuve de l'existence du sujet, de par sa **relation anaclitique**. Un **traumatisme affectif dit tardif** peut venir remettre en cause les mécanismes de défense du sujet et entraîner une **angoisse dépressive** insupportable pour le sujet. Survient alors une évolution aiguë comme la dépression.

L'abandonnisme dépressif des états limites est considéré comme une défaillance de la fonction surmoïque (Bergeret, 2005).

1-3 Deuil et mélancolie

Dans deuil et mélancolie, Freud compare le processus de deuil à la dépression.

Concernant leurs manifestations, celles-ci ont en commun l'état douloureux, la suspension des intérêts, la diminution de la capacité d'aimer et de l'activité. Dans la mélancolie, s'ajoute un « **délire de petitesse** ».

Le mécanisme commun est celui de la **perte d'objet**. Dans le deuil, le Moi se désinvestit progressivement de l'objet, par un détachement successif des liens libidinaux qui l'unissaient à l'objet. Dans la mélancolie, la perte de l'objet serait soustraite à la conscience ; ce que

représente l'objet pour le sujet serait inconscient. Cette perte concerne le Moi identifié à l'objet perdu. L'investissement de l'objet est narcissique et ambivalent.

Plusieurs étapes interviennent au cours de la mélancolie.

Dans un premier temps, alors que l'objet est perdu, l'amour pour celui-ci ne l'est pas et un processus de régression narcissique est opéré : le sujet introjecte l'objet perdu par un mécanisme d'identification. L'identification à l'objet est une **identification narcissique**. La perte de l'objet extérieur est alors ressenti comme une « perte du moi ». Ceci représente la valeur narcissique du deuil, le sentiment pour l'individu d'avoir perdu quelque chose qui lui était propre.

Dans un second temps, sous l'influence du conflit ambivalentiel, le sujet éprouve de l'hostilité envers l'objet. Cette **relation ambivalente** pour l'objet perdu associe en effet amour et haine.

Finalement, le sujet s'étant identifié à l'objet, c'est contre lui-même que se retourne l'agressivité. Le sujet ressent alors une certaine culpabilité face à cette hostilité. Cette jouissance sadique permet de retourner au stade de sadisme. C'est la composante destructrice (du sadisme), déposée dans le Surmoi qui déploierait contre le Moi une dureté et une sévérité extraordinaire. L'objet contre lequel la colère du Surmoi est dirigée se trouve inclus dans le Moi par identification. « La torture que s'inflige le mélancolique et qui indubitablement lui procure de la jouissance, représente la satisfaction de tendances sadiques et haineuses qui visant un objet, ont subi de cette façon un retournement sur la personne propre ».

L'ensemble de ce processus est responsable d'un **appauvrissement du Moi**. Il se sent abandonné et se laisse mourir : « s'abandonne parce qu'il se sent haï et persécuté par le Surmoi au lieu d'être aimé ».

Le sujet mélancolique peut ainsi exprimer une faible estime de soi, qui est l'expression de cette **défaillance narcissique** (Freud, 1917).

1-4 Dépression et narcissisme

Freud déjà associait dépression et trouble narcissique. Le narcissisme signifie ici amour de soi. Un déficit de narcissisme, au sens d'**appauvrissement du Moi** s'accompagnait alors d'un sentiment de culpabilité (Freud, 1914).

Ce lien entre dépression et narcissisme a évolué avec certains auteurs.

Pasche, en 1963 utilise la dénomination de « **dépression d'infériorité** » pour décrire certains tableaux de **dépression sans culpabilité**. L'explication psychopathologique qu'il apporte est la suivante : chez le mélancolique, c'est le Surmoi destructeur qui est en cause ; chez le déprimé, c'est l'Idéal du Moi, « mégalomane » qui intervient (Pasche, 1963).

Plusieurs auteurs, **Grunberger**, **Kohut**, **Kernberg** et **Bergeret** ont contribué à développer le concept de narcissisme comme **estime de soi** et de **dépression narcissique** comme défaillance de l'estime de soi.

L'**estime de soi saine** se caractérise par son intensité et sa solidité. Dans ce cas de figure, l'intensité varie peu. Quant à la solidité, qui fait référence à l'impact que peuvent avoir les facteurs extérieurs, positifs comme négatifs, elle est peu affectée. L'**estime de soi pathologique** se caractérise soit par une intensité insuffisante ou excessive, soit par une solidité défaillante. En cas de solidité défaillante, les sujets sont dépendants à des objets que Kohut appelle les « **soi-objets** ». Ceux-ci peuvent être la drogue, l'alcool, les psychotropes. Les moments de carence narcissique, lors par exemple de l'absence de « soi-objets » peuvent aboutir à un tableau dépressif. Ceux-ci s'accompagnent d'un sentiment de honte et de vide, plutôt que d'un sentiment de culpabilité ou de tristesse (Kohut, 1974).

Bergeret situe aussi la dépression dans les pathologies du narcissisme. Pour lui, la dépression est un **trouble du développement du narcissisme**. Il renvoie ainsi aux carences précoces, relationnelles et affectives, engendrant des carences narcissiques et un vécu dépressif (Bergeret, 1976).

1-5 Sens du délire

Le délire peut s'exprimer au cours de la dépression, comme nous l'avons vu avec nos deux cas cliniques. Il a alors un sens d'un point de vue psycho-dynamique.

Le délire peut être envisagé de différentes manières . Nous évoquerons deux d'entre elles. La première est de voir le délire comme une **tentative de guérison**, l'autre comme un **mécanisme projectif**.

Freud disait en 1911 que « ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une **tentative de guérison, une reconstruction** ». La finalité du délire serait donc de renouer les rapports du sujet à la réalité et d'atténuer l'angoisse.

Le délire peut également être interprété comme un **processus d'expulsion** de ce dont le sujet

ne veut pas, qu'il exclut de manière radicale et qu'il retrouve dans le monde extérieur. Il s'agit alors d'un **mécanisme projectif**.

2- Théorie cognitiviste

2.1 Dépression et troubles cognitifs

Différents **troubles cognitifs** sont décrits au cours d'un épisode dépressif majeur, parmi eux, des troubles attentionnels et des troubles de la mémoire à court terme. La mémoire à court terme, c'est-à-dire la mémoire de travail, est perturbée par une **distorsion des capacités attentionnelles**, dirigée préférentiellement sur des éléments négatifs qui sont amplifiés au détriment des éléments positifs. La mémoire biographique se focalise sur les épisodes douloureux, dramatisés, au détriment d'épisodes heureux qui ne sont pas spontanément remémorés, voire récusés.

La **pensée dépressive** est une pensée contrainte, perturbée, marquée par le pessimisme de soi et du monde, témoignant à des degrés variables des interprétations erronées, péjoratives de la réalité.

L'**anxiété** associée accroît les troubles cognitifs.(Peretti, 2004) La rumination anxieuse est liée à un **déficit d'inhibition cognitive**. Ce processus du traitement de l'information a pour but de réprimer certains stimuli indésirables afin de restreindre l'accès à une information pertinente. Les mots, les stimuli à connotation négative ont un effet d'intrusion supérieur chez les patients déprimés par rapport aux patients sains. Le traitement de l'information est rendu plus difficile par cette augmentation de l'inférence du matériel négatif inutile (Joormann, 2007).

Des **troubles des fonctions exécutives** sont également observés. Ceux-ci ont pour conséquence des difficultés pour les patients déprimés à modifier leurs stratégies de fonctionnement en fonction de l'environnement, afin de résoudre des problèmes et d'initier de nouvelles réponses.

D'autre part, **Porter** a rapporté à la suite d'une étude de 2007, une diminution de la **motivation** et surtout des biais attentionnels conduisant à une **altération du vécu émotionnel** : une altération de l'interprétation des émotions faciales et un biais négatif d'interprétation ont été mis en évidence (Porter, 2007).

2.2 Dépression et distorsions cognitives

Beck postule pour l'existence, chez le sujet déprimé, d'erreurs systématiques dans le traitement de l'information ayant pour conséquences une attention sélective aux aspects négatifs de l'expérience, une interprétation négative du monde et un impact moindre des événements et expériences passés positifs. Il a développé ces distorsions cognitives dans l'interprétation de l'expérience vécue, chez le patient déprimé, qui seraient :

- l'**inférence arbitraire**, au cours de laquelle le sujet tire des conclusions sans preuve.
 - l'**abstraction sélective** représentant l'attention du sujet, centrée sur un détail et méconnaissant le contexte dans sa globalité. Les détails ainsi retenus correspondent à une vision négative renvoyant à l'échec, au rejet, à l'impuissance.
 - la **surgénéralisation** : à partir d'un seul incident, le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée.
 - le **raisonnement dichotomique** détermine le fonctionnement idéique du sujet, sans nuance, selon une loi du « tout ou rien ».
 - la **magnification** et la **minimisation** consistent à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses.
 - l'**attribution interne** encore appelée la **personnalisation** correspond à l'attribution par le sujet de l'ensemble des responsabilités dans les événements.
- Selon la théorie cognitiviste, la dépression entraîne donc des distorsions cognitives responsables d'une perception négative et erronée de la réalité (Beck, 1979).

2.3 Beck et le modèle de la dépression

Selon Beck, la survenue d'un épisode dépressif suivrait différentes étapes :

- une **vulnérabilité dépressive** correspondant à des **schémas cognitifs négatifs**, secondaires à des événements de vie négatifs et responsables d'attitudes dysfonctionnelles
- une **réactivité cognitive** correspondant à des **symptômes dépressifs a minima**. Ceux-ci seraient secondaires à l'activation du schéma cognitif négatif lors de la survenue d'événements de vie. Des biais attentionnels et des interprétations négatives seraient alors en jeu.

- une **vulnérabilité cognitive** responsable de la **survenue d'un épisode dépressif**. Suite à la répétition d'événements négatifs, les schémas négatifs se généraliseraient aux schémas affectifs, comportementaux et motivationnels (Beck, *ibid.*).

2.4 Dépression et structure cognitive négative

En 2001, **Gladstone et Parker** ont publié un modèle tentant d'expliquer le rôle de certains **événements de vie stressants** dans la survenue, pour un individu, d'un épisode dépressif. Il développe ainsi l'hypothèse d'un verrou et d'une clef, ces deux éléments constituant pour l'un, une **vulnérabilité cognitive dépressive** et pour l'autre, un **facteur déclenchant**. Le verrou de vulnérabilité correspond à une structure cognitive négative, prenant son origine suite à des événements de vie négatifs précoces. Il pourrait être déverrouillé lors d'événements de vie spécifiques de la vie personnelle du sujet. Ceci entraînerait alors l'expression de **schémas cognitifs négatifs** par une assimilation dysfonctionnelle des données environnementales et personnelles. Des pensées automatiques négatives et une détresse subjective seraient alors observées (Gladstone, 2001).

3- Phénoménologie

3.1 Dépression et vécu dépressif

Strauss (1928) puis **Minkowski** (1930) nous ont apporté une approche phénoménologique de la mélancolie. Le trouble fondamental ne serait pas d'ordre affectif mais serait une altération temporelle, à savoir la « **stagnation du temps vécu** ». Selon eux, les patients déprimés ont une perception différente de la temporalité : le passé envahit tout l'espace temporel, barrant toute orientation vers un avenir possible, inhibant tout désir d'action. Le temps semble alors rivé au passé. Dans la dépression, « le patient a l'impression de marcher négativement par rapport au temps ».

Minkowski décrit par ailleurs les autres éléments cliniques rapportés par les patients déprimés :

- une **déficiencia de la notion du Moi**. Le sujet exprime alors « la sensation de

personnalité absente », l'impression « de promener son ombre ».

- la **projection dans les autres de la déficience du Moi**. Le sujet « s'étonne et admire que les autres soient en état de faire quelque chose ».
- une emprise des événements, des paroles et des personnes
- la sensation d'éloignement des autres et l'impossibilité pour les patients de leur faire confiance ainsi que de les atteindre par le langage
- des **troubles de l'activité** se caractérisant par une ambivalence constante entre une activité et son contraire, un négativisme et une absence d'enchaînement, de ligne directrice dans les actions. Il cite : « Quand je me lance dans un acte, je n'ai pas la sensation de limites, ni la sensation de continuité ».
- la **désagrégation de la notion du temps**
- les **rappports aux autres** sont également altérés car leurs paroles, leurs actes et leurs gestes semblent « toucher directement » le malade, comme s'ils agissaient par contact. Comme si le déprimé était « le reflet des autres » ou « à la merci des autres » (Minkowski, 1930).

3.2 Modèle « perceptif » de la dépression

Tatossian a développé le **modèle** dit « **perceptif** » de la clinique. L'intérêt est alors porté sur le sens des symptômes, le moment de leur apparition, et la compréhension de l'histoire de l'individu. Il s'est ainsi intéressé au sens de la dépression, à savoir ce que la dépression nous apprend sur l'homme en général. La dépression est alors vue comme un moment de l'existence humaine où la créativité est à la fois sollicitée et mise en échec.

Pour Tatossian, la dépression, qui n'est pas en lien avec les sentiments mais avec l'humeur, au sens d'accord avec le monde, de résonnance avec l'ambiance, est une « **impuissance globale du vivre** ». Cette incapacité à vivre le quotidien correspond à une perte de consistance de la personne. Lors d'événements traumatiques, l'individu s'appuie sur une confiance profonde et fondamentale de sa personne, acquise depuis la plus petite enfance pour effectuer un changement lui permettant un nouveau mode d'organisation. Le patient déprimé, du fait d'un manque de cette confiance, est incapable de mettre en œuvre ce changement pour surmonter cette épreuve et adopte une position de retrait. Cette attitude a alors une **valeur protectrice** et vise à l'acquisition par l'individu d'un nouveau mode de fonctionnement psychique. Elle serait une **défense** contre la schizophrénie et la mélancolie (Tatossian, 1977).

L'approche phénoménologique nous renseigne sur le vécu subjectif du patient déprimé et sur l'altération de son rapport aux autres. Le vécu persécutif des patientes des deux cas cliniques est un aspect de cette relation aux autres altérée.

4- Ethno-psychiatrie

L'appartenance ethnique et les traditions socioculturelles impriment des originalités symptomatiques dans l'expression clinique. Certaines disparités sémiologiques peuvent trouver une part d'explication dans la représentation culturelle que les patients ont de leur pathologie. Ainsi pour parler de la maladie, la langue anglaise différencie trois aspects et utilise trois termes différents : *disease*, *illness* et *sickness*.

Disease renvoie à la maladie considérée par le praticien, à savoir aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes.

Illness désigne l'expérience subjective de la maladie, de la souffrance. Elle fait référence aux perceptions de l'individu relatives à son problème de santé. Elle témoigne de la construction mentale de l'anormalité vécue. Elle est, à ce titre, un certain reflet des conceptions du groupe auquel appartient l'individu.

Sickness correspond à la représentation sociale de la maladie et à sa charge symbolique au sein de l'ensemble du groupe social.

4.1 Expressions cliniques culturelles de la dépression

Si les symptômes liés à la dépression sont rattachés dans certaines cultures, à l'atteinte corporelle par des esprits maléfiques ou par un envoûtement, la dimension persécutrice est prévalente au détriment de la culpabilité, de l'autoaccusation, du châtiment mélancolique, symptômes retrouvés dans la culture occidentale. Cet exemple illustre les différents tableaux que peut revêtir un épisode dépressif en fonction du sens qui lui est donné, de la représentation culturelle du patient et des modes de fonctionnement et d'interaction du patient au sein du groupe dans lequel il vit.

De nombreux auteurs se sont intéressés plus précisément aux expressions cliniques de la dépression chez les sujets africains. Ils notent que la tristesse étant très peu intégrée à leur langue quotidienne, la dépression peut s'exprimer sous la forme d'un délire de persécution ou

d'un dysfonctionnement physique attribué à un mauvais sort (Spadone, 2003).

Ainsi, une étude de **Louiz**, en Tunisie, en 1999, chez des sujets hospitalisés ayant le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques selon le *DSM IV*, rapportait une fréquence plus importante de **délire de persécution** (48%), par rapport aux idées délirantes de culpabilité (31%). Par ailleurs, les hallucinations (fréquemment auditives) étaient présentes dans 32% des cas (Louiz, 1999).

Collomb, reprenant une période d'observation de 10 ans, portant sur 246 patients, évoque les variations symptomatiques de la dépression en Afrique ainsi que les différences étiologiques. Sur le plan étiologique, il repère comme point commun aux facteurs déclenchants, celui de « la **perte de l'appui habituel** (environnement familial ou social) qui, à la fois détermine la place de l'individu dans le groupe et lui donne son identité et sa valeur ». Concernant la symptomatologie, il souligne l'importance des **somatisations** et de la **persécution**, en opposition avec la rareté des symptômes classiques de la dépression, que sont la culpabilité, l'indignité, l'incurabilité, l'auto dépréciation et les idéations suicidaires. Il explique les éléments de persécution par « les **mécanismes projectifs** proposés par la culture, à savoir les systèmes de représentation traditionnelle de la maladie mentale ». Le malade exprime ainsi par ses symptômes, une agression externe identifiée comme provenant soit d'un autre membre de son groupe, utilisant les pouvoirs du marabout à son encontre, soit d'entités surnaturelles (Collomb, 1962).

En 1988, **Damba** établit une comparaison entre la **symptomatologie dépressive en France** et celle en **Afrique noire**, afin de rendre compte des **similitudes** et des **différences** entre les deux tableaux dépressifs (cf tableau ci-dessous) (Damba, 1988).

Tableau comparatif des dépressions

	<i>Clinique française</i>	<i>Clinique africaine</i>
<i>A. Troubles de l'humeur</i>		
Tristesse pathologique	oui	parfois
Douleur morale	oui	parfois
Irritabilité	oui	oui
Sentiment d'ennui	oui	oui
Anhédonie	oui	peu exprimée par les malades
Perte des intérêts	oui	parfois
<i>B. Troubles des contenus de la pensée</i>		
Dévalorisation (sentiment d'infériorité, d'incapacité)	oui	exceptionnel
Culpabilité avec auto-accusation	oui	rare
Se plaint d'incompréhension	oui	non
Persécution	rare	oui + + +
Pessimisme, sentiment d'incurabilité	oui	rare
Symptôme hallucinatoire	non	oui + + +
<i>C. Inhibition psychomotrice</i>		
Fatigue intense	oui	oui
Ralentissement moteur	oui	oui
Lenteur du débit verbal	oui	parfois
Lenteur des mouvements	oui	parfois
Ralentissement psychique (troubles d'attention, de la mémoire)	oui	peu évident
<i>D. Troubles physiques</i>		
Insomnie	oui	oui
Réveil précoce	oui	oui
Anorexie	oui	plus ou moins intense
Diminution de la libido (troubles sexuels)	oui	peu évident
Bouche sèche, colique	parfois	oui
Constipation, hypotension	parfois	parfois
Maux de tête	parfois	oui
Vertiges	parfois	parfois
Polyalgies chroniques	parfois	oui + + +
Oppression thoracique	parfois	oui

D'après B. D. Damba, Les dépressions en France et en Afrique noire, *Les Carnets de la Psychiatrie*, Paris, Euthérapie (éd.), 1988, 6.

4.2 Approche ethno-psychiatrique de la dépression

Face à ce constat d'expressions cliniques différentes de la dépression, des hypothèses de compréhension ont été avancées. Pour **Diop**, le délire de persécution ne serait pour la personne, « qu'une façon de traduire les symptômes morbides, en l'occurrence dépressifs, d'une manière qui est comprise par le groupe ». Il s'agirait alors d'un **codage culturel de la souffrance**. Cette interprétation des symptômes est validée, tant par le groupe, que par les professionnels, ce qui les différencie des idées de persécution du psychotique (Diop, 1964).

Certains comme **Meggle**, voit dans la honte et la persécution, un équivalent avec la culpabilité pour peu qu'on accepte de rattacher ces idées à une **perte fondamentale de l'estime de soi**, le **sentiment de dévalorisation personnelle** (Meggle, 1984).

Devereux oppose ainsi les **désordres idiosyncrasiques**, invariant selon les cultures, des désordres « ethniques ». Ceux-ci correspondent alors à des comportements particuliers, identifiés et compris par les membres d'un groupe et trouvant un sens au sein de la culture (Devereux, 1980).

En reprenant le concept de dépression masquée, **Hanck** utilise l'expression de « **masque noir de la dépression** » pour évoquer des cas cliniques de patients présentant des épisodes psychotiques aigus associés à des plaintes somatiques et régressant sous traitement antidépresseur seul (Hanck, 1976).

III- Pluralité des tableaux cliniques de la dépression

La complexité des deux vignettes cliniques présentées dans la première partie de ce travail tient également au fait de la présence de certaines particularités : le terrain, le contexte de survenue de l'épisode, certains traits de personnalité, la déficience intellectuelle et l'existence d'éléments intercurrents et non négligeables quant à leurs répercussions cliniques comme l'abus d'alcool. Tous ces facteurs peuvent entraîner des distorsions sémiologiques et venir nuancer le tableau clinique. Leur impact sur l'expression clinique est difficilement évaluable mais l'étude et la prise en compte de ces différents éléments permettent une meilleure compréhension de la symptomatologie dépressive.

1- Evénements de vie stressant

Pour Ey, « l'événement ne fait que refléter l'individu ». Les événements de vie ne feraient que précipiter l'épisode dépressif. La dichotomie entre dépression névrotico-réactionnelle et endogène sous-entendait déjà des facteurs de deux ordres différents.

En 1994, une étude de Brown signale que la présence d'événements de vie stressants sur un terrain fragile favorise la survenue d'un épisode dépressif.

Se précise ici la distinction entre les facteurs favorisants (encore appelés prédisposants ou de vulnérabilité), qui renvoient aux événements de vie précoces et les facteurs déclenchants (encore appelés précipitants) qui incluent les événements récents (Brown, 1994).

1-1 Facteurs favorisants

Ainsi, la présence de certains événements de vie précoces a été mise en lien avec des tableaux cliniques particuliers. Des conditions de vie défavorables dans l'enfance (abus, négligence), ont été associées à des épisodes dépressifs présentant une symptomatologie de type endogène.

Par ailleurs, les antécédents d'abus sexuels ou physiques s'accompagnent plus souvent d'une inversion des symptômes neuro-végétatifs de la dépression (tels qu'une hyperphagie ou une prise de poids), d'antécédents maniaques et suicidaires, ainsi que d'une impulsivité plus marquée (Hardy, 2003).

Différents facteurs de vulnérabilité dépressive ont été décrits. A côté d'un facteur de vulnérabilité génétique, une perte d'estime de soi fondamentale pourrait constituer un facteur majeur de vulnérabilité dépressive. Celui-ci pourrait survenir lors de « carences de soins » précoces. Les patients déprimés présenteraient alors un excès de perturbations et d'insatisfaction dans les relations parentales précoces et notamment maternelles.

Ces événements négatifs précoces seraient ainsi à l'origine d'une vulnérabilité dépressive.

Pour, Brown et Harris certaines caractéristiques de la personnalité du sujet seraient un facteur de vulnérabilité dans le sens qu'elles augmenteraient l'effet dépressogène de facteurs précipitants. Ces facteurs particuliers auraient un lien de spécificité par rapport à la personnalité et sont dits congruents à celle-ci (Brown, 1994).

Pour Beck, deux traits de personnalité, la sociotropie et l'autonomie constitueraient deux variables de vulnérabilité dépressive. Le sujet sociotrope valorise ses relations avec les autres, est soucieux de leur approbation. Son estime et sa confiance sont en lien étroit avec la présence et la compréhension de l'autre. Il rattache ce trait aux personnalités dépendante, histrionique et borderline. Le sujet sociotrope est ainsi exposé, de part ses relations interpersonnelles, au rejet, à l'abandon ou à la perte.

Le sujet autonome diffère du précédent par son souci d'indépendance vis à vis de l'autre. Ses buts et ses choix ignorent la contrainte et la part d'autrui. Ces traits caractériseraient plus volontiers les personnalités obsessionnelle, narcissique et paranoïaque. Un sentiment de perte de contrôle sur l'environnement, une frustration par rapport à un but non atteint pourraient engendrer une réponse dépressive.

1-2 Facteurs précipitants

La fréquence d'événements de vie stressants est plus importante chez les patients déprimés. Ils rapporteraient trois fois plus d'événements de vie dans les 6 mois précédant les troubles que le reste de la population.

Pour les personnes présentant un premier épisode dépressif, 60% auraient été confrontées à au moins un événement stressant. Seule 20% de la population de comparaison rapportent de tels facteurs.

Ainsi, le risque de survenue d'une dépression est six fois supérieur s'il existe un événement de vie stressant par rapport à son absence de survenue.

L'impact dépressogène des événements de vie serait par ailleurs plus important chez les femmes que chez les hommes.

En 2007, la théorie de l'embrasement de Post explique l'association entre les événements de vie et le premier épisode dépressif alors que celle-ci est moindre en cas de récurrence, par une sensibilisation biologique cérébrale progressive. Les épisodes dépressifs sont davantage associés aux événements de vie à type de perte probablement du fait de leur incidence sur le sentiment personnel de sécurité et l'espoir à long terme (Post, 2007).

2- Personnalités pathologiques

Deux points seront ici abordés, en lien avec les cas cliniques présentés précédemment. Premièrement nous nous intéresserons aux expressions singulières de la dépression chez les personnes présentant des troubles de la personnalité. Deuxièmement nous évoquerons les traits de personnalité décrits comme prédisposants à la dépression, ce qui conduit à nous interroger sur la notion de personnalité dépressive.

Différents auteurs ont décrit, au sein de populations présentant certains traits de personnalité, des expressions particulières de syndrome dépressif.

En 1968, Gershon met en évidence, chez des femmes aux traits de personnalité prémorbides hystériques une majoration de l'hostilité concomitante à l'aggravation du syndrome dépressif majeur.

Par ailleurs, pour les femmes présentant des traits obsessionnels, l'hostilité peut évoluer de différentes façons. Tantôt l'hostilité diminue avec l'installation du syndrome dépressif pour réapparaître dans la phase d'amélioration de l'épisode dépressif, tantôt reste inchangée au cours de l'épisode dépressif (Gershon, 1968).

Corruble cite d'une part Shea qui a identifié des facteurs pré-morbides lors d'études prospectives et Hirschfeld, d'autre part qui s'est intéressé aux caractéristiques de personnalité post-morbide. Les facteurs pré morbides cités sont le « névrosisme » (qui représente une dimension associant une instabilité émotionnelle, une anxiété, une irritabilité et une nervosité), la labilité émotionnelle, l'asthénie, la timidité et le manque de confiance en soi. Les facteurs post morbides sont : une augmentation des notes de dépendance interpersonnelle, la labilité émotionnelle, l'introversion, la rigidité, la diminution des notes de force émotionnelle et d'adaptation au stress (Corruble, 2003).

Tellenbach, dans une perspective phénoménologique décrira le « *typos melancholicus* » associant certains traits pathologiques retrouvés chez des patients présentant une structure pré morbide. La vie quotidienne, la vie professionnelle comme la relation aux autres se caractérisent par le souci de l'action, le souci de l'ordre, la scrupulosité, le sens du devoir, l'évitement de tous conflits, le fait d'être consciencieux et exigeant envers soi-même. Ce type étant une caractéristique pré morbide des dépressions unipolaires. Certains auteurs comme Azorin parleront même de structures pré dépressives (Tellenbach, 1976).

Kraus évoque également une « hypernomie » sociale, qui correspond à l'attachement du sujet à la norme, et au rôle social auquel il s'identifie et auquel il pense être rattaché par les autres. Ceci suggère une faiblesse du Soi soumis à la définition par l'Autre.

Akiskal cite certains traits de personnalité pré-morbides correspondant au « tempérament dépressif » :

- une introversion, passivité ou léthargie
- une tendance à être soucieux, pessimisme
- une morosité, un manque d'humour ou une incapacité à s'amuser
- des préoccupations autour d'un sentiment d'insuffisance, d'inadéquation ou d'échec
- une tendance à l'auto-critique, à l'auto dévalorisation et à l'autoaccusation
- un scepticisme, attitudes critiques, caractère plaintif.

(Akiskal, 1990)

Ces éléments sont à nuancer par certaines études comparant certains des éléments de personnalités cités précédemment (névrosisme, introversion, confiance en soi...) avant et après l'épisode dépressif majeur. Il s'avérerait que certains traits de personnalité s'amenderaient avec l'amélioration du syndrome dépressif. L'évaluation de la personnalité ne serait donc pertinente qu'après un délai de quelques mois après la rémission symptomatique (Corruble, 2003).

3- Alcool

La dépression et l'alcool sont deux troubles fréquemment associés. Cette association peut être de différents ordres. La dépression peut être primaire et compliquée par des alcoolisations qui peuvent survenir à but thérapeutique. Elle peut être secondaire et s'installer sur un terrain d'alcoolisations chroniques. Elle est d'autant plus sévère que la consommation d'alcool est importante et prolongée. Elle est alors la manifestation de l'effet dépressogène de l'alcool. L'alcool et la dépression peuvent finalement survenir de manière co-occurente.

Il existe des différences significatives entre les populations masculine et féminine. Les dépressions primaires seraient plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Par ailleurs, chez la femme, les alcoolisations sont plus tardives, volontiers solitaires, culpabilisées et

aboutissant à l'ivresse. Cette forme survient le plus souvent sur un terrain dysthymique associé à une pathologie névrotique ou à un trouble de la personnalité ; elle est marquée par la fréquence des situations d'abandon, de deuil, de repli affectif et social (Bouvet, 2003).

Adès passe en revue de nombreuses études et montre que chez les alcooliques, l'humeur est plutôt dysphorique avec anxiété et irritabilité. Plus tard, il met en évidence que chez les patients alcooliques, l'apparition d'une irritabilité, de troubles du comportement, la baisse de l'élan vital, un désintérêt, une insomnie ou un amaigrissement peuvent être les témoins de la survenue d'un épisode dépressif. La faible estime de soi et la dépendance affective peuvent chez certains patients être des éléments prédominants (Adès, 1989).

4-Déficiences

Une étude chez des personnes déficientes montre la relation entre des comportements agressifs et des symptômes dépressifs. Par ailleurs, chez les personnes déficientes présentant un épisode dépressif majeur, l'irritabilité, les comportements d'auto mutilation ou stéréotypés ainsi que les problèmes de communications seraient plus fréquents (Girouard, 2002).

5- Femme

Certaines formes cliniques ne sont retrouvées que chez la femme. De plus, les épisodes dépressifs de la femme présentent certaines particularités épidémiologiques et sémiologiques.

Chez la femme, différents tableaux cliniques de syndrome dépressif ont été décrits. Ces entités s'expliquent en partie par des fluctuations hormonales et correspondent à des moments particuliers de la vie génitale des femmes. Les maladies dépressives des femmes comprennent ainsi : le syndrome prémenstruel, les dépressions survenant dans un contexte de maternité (dépression gravidique, blues du post-partum et dépression du post-partum) et la dépression de la péri ménopause.

Au regard de nos cas cliniques, nous nous intéresserons plus particulièrement à cette dernière. La ménopause survient chez la femme entre 44 et 55 ans et est précédée d'une période de péri

ménopause s'étalant entre 5 et 7 ans et correspondant à l'espacement des cycles et à l'épuisement de la réserve folliculaire. Bien que cette période ne constitue pas un facteur de risque accru de survenue d'un épisode dépressif, certaines femmes, vont présenter un épisode dépressif en péri ménopause. Certains facteurs favorisants ont été décrits par Kaufert en 1992 : les antécédents personnels de dépression, de syndrome prémenstruel ou de dépression du post-partum, une péri ménopause longue, de nouvelles responsabilités, un veuvage, un divorce ou une séparation, un faible niveau culturel, une maladie chronique. L'évolution de ce tableau semble être la régression avec l'installation de la ménopause (Kaufert, 1992).

Par ailleurs, l'expression clinique de la dépression peut être différente chez la femme. Les maladies dépressives chez la femme ont certaines spécificités comparées à celles chez les hommes.

Concernant la typologie des troubles bipolaires chez la femme, 58% correspondent à des troubles de type 2 (dépression majeure associée à une hypomanie), contre 25% chez l'homme. Elles présentent également plus fréquemment que les hommes, des états mixtes ou des cycles rapides (Gérard, 2003).

En 1967, à l'aide d'une analyse factorielle, Rosenthal et Gudeman, identifient chez les femmes déprimées, deux facteurs déterminants : d'un côté un tableau endogène, de l'autre, un ensemble regroupant plaintes hypocondriaques, auto apitoiement, complaints et exigences tyranniques, irritabilité, hostilité et anxiété (Rosenthal, 1967).

En 1971, Paykel précise que les personnes présentant une dépression non endogène, manifeste une colère, une rancœur plus intense que les personnes présentant une dépression endogène (Paykel, 1971).

6- Age

6-1 Dépression de la cinquantaine

Chez la femme, la cinquantaine est marquée par la ménopause. L'apparition vers cet âge, d'une dépression chez un sujet indemne d'antécédents thymiques était dénommée « dépression d'involution ». Elle revêtait classiquement une allure mélancolique avec un

tableau d'anxiété, de douleur morale, de plaintes hypocondriaques et de thèmes de culpabilité au premier plan. Elles étaient décrites comme plus résistantes aux traitements antidépresseurs, et d'évolution plus longue.

6-2 Dépression du sujet âgé

Dans la dépression du sujet âgé, sont retrouvées certaines particularités cliniques comme l'agitation anxieuse, l'importance des thèmes délirants (culpabilité, ruine, indignité, négation d'organe, persécution), ces symptômes se traduisant par une tendance au repli sur soi et une diminution des activités.

Chez le sujet âgé, la dépression peut prendre des aspects particuliers. En effet, certains symptômes sont moins fréquemment rapportés par les sujets âgés déprimés, comme l'asthénie, le ralentissement, le sentiment de culpabilité, ainsi que les préoccupations suicidaires (Camus, 2010).

La dépression délirante dont la forme la plus fréquente est le *délire de préjudice*, est un délire centré sur des héritages convoités, des vols d'argent ou d'objets perpétrés par la famille, des proches ou par des voisins malveillants. Ce délire à dimension paranoïaque peut s'accompagner de phénomènes hallucinatoires, émaillés de quérulence et de revendications volontiers injurieuses, et parfois de variations de la vigilance avec confusion transitoire. Cet état d'agitation qui précède souvent la tristesse, pourrait être considéré comme une défense contre la dépression (Ferrerri, 2006).

A l'inverse, l'émoussement affectif, la réduction du discours, les difficultés de concentration, les idées délirantes de persécution, les hallucinations, l'agressivité, l'irritabilité et les manifestations anxieuses sont autant de symptômes plus volontiers retrouvés chez le sujet âgé déprimé (Blanchard, 2003).

Dans la nosologie kraepelinienne était décrite la « mélancolie d'involution », pour désigner une forme spécifique d'état dépressif apparaissant pour la première fois après 50 ans. Les symptômes présents étaient une importante agitation anxieuse, des préoccupations hypocondriaques, des symptômes obsessionnels et une thématique délirante (préjudice, jalousie, indignité, transformation ou négation d'organes).

Conclusion

L'expression clinique se modulant en fonction de paramètres aussi divers que l'environnement culturel, la personnalité, l'utilisation de toxiques, etc., la prise en compte du contexte, de l'évolution et de l'ensemble de ces paramètres est essentielle pour l'établissement du diagnostic. Dans cette optique, les classifications ne sont que des outils. Elles ne peuvent se substituer à une investigation diagnostique précise. En effet, les classifications évoluent ; elles ne sont que le reflet à un instant t de la conception générale des troubles par un courant psychiatrique particulier. Elles ne peuvent pas et ne pourront pas englober la totalité des tableaux cliniques et être le reflet de la pluralité de ces derniers.

De plus, ceux-ci évoluent en fonction du contexte historique et social. Les classifications, à leur parution, ne peuvent qu'être à l'image de troubles identifiés et décrits lors d'une période déjà révolue. Même si les tableaux cliniques classiques perdurent, tout en prenant des dénominations différentes, les nuances liées au contexte n'ont de cesse d'évoluer.

Les classifications actuelles se veulent athéoriques. Il nous semble pourtant que pour la compréhension du fonctionnement psychique, l'apport des différentes théories psychiatriques, qu'elles soient psycho-dynamique, cognitiviste, phénoménologique, ethno-psychiatrique ne peut être négligé.

Ainsi plusieurs points de vue s'affrontent : celui du clinicien, qui a besoin de comprendre le vécu, les agissements et l'expression du déprimé, afin de le soigner ; celui du chercheur dont le but est l'élaboration d'un objet de recherche pertinent et celui du théoricien qui est d'expliquer un phénomène. Les visions de chacun semblent parfois s'imprégner de celles des autres, tout en restant parallèles.

Par ailleurs, selon les périodes et les courants de pensées, des ponts se font ou se défont entre différents troubles. A cet égard, la dépression, plus qu'une entité propre à côté des autres troubles psychiatriques, peut être considérée comme transnosographique. Reste-t-elle alors une entité propre ou devient-elle un syndrome retrouvé dans certaines pathologies ?

Sans entrer dans les mécanismes pharmacologiques et de neurotransmission, la commercialisation de nouveaux traitements ayant des indications aussi diverses que les troubles bipolaires, la psychose ou les dépressions résistantes peuvent aller dans le sens de liens entre différents troubles.

Le développement de la pharmacopée et la multiplication des indications thérapeutiques pour ces molécules facilitent la prise en charge de certains patients mais peuvent aussi constituer

un piège en ne favorisant ni la démarche clinique, ni la réflexion psychopathologique aboutissant à un diagnostic précis. De même, l'existence de troubles intermédiaires entre troubles dépressifs et psychotiques nous amènent parfois à utiliser ces molécules comme si notre approche thérapeutique était symptomatique plutôt qu'étiologique.

De même, la multiplicité des structures psychiatriques spécialisées, prenant en charge des troubles spécifiques, citons par exemple les centres pour anxio-dépressifs ou les cliniques de l'anxiété, favorisent les prises en charge et le traitement des patients mais laisseraient penser que, comme en médecine somatique, les troubles constituent des entités parfaitement délimitées, cloisonnées, individualisées. Ce parallèle ne peut être effectué en psychiatrie où il existe des ponts, des zones frontières voire des chevauchements entre plusieurs pathologies.

Indépendamment des liens qu'entretient la dépression avec d'autres troubles psychiatriques, la symptomatologie d'un tableau dépressif se voit nuancer par de nombreux facteurs, notamment culturels, par certains traits de personnalité..., responsables d'une diversité de tableaux cliniques aussi importante qu'il y a de patients.

Cette richesse clinique nous oblige à porter un regard neuf sur chaque situation et nécessite une certaine rigueur dans notre démarche diagnostique.

Annexes

Annexe 1

Ensemble des signes cliniques de la dépression névrotique selon Roth et Kerr (1993)

Symptômes essentiels de la maladie :

- Humeur dépressive plus intense et plus incapacitante que la tristesse normale, mais absence d'une qualité « distincte » présente dans les cas « endogènes »
- Humeur réactive en rapport avec des changements positifs ou négatifs dans les événements de la vie quotidienne
- Plaintes somatiques avec tendance hypochondriaque
- Insomnie initiale ou troubles du sommeil. Soit absence de variation diurne, soit accentuation des symptômes le soir
- Anxiété souvent présente, mais variable
- Hostilité, irritabilité et colère (accentuation des traits pré morbides) fréquentes, mais pas systématiques
- Apitoiement sur soi et/ ou tendance à blâmer les autres
- Comportement de demande, auto dramatisation manipulatrice chez ceux qui présentent des traits pré morbides hystériques
- Absence de ralentissement psychomoteur

Personnalité

Preuves variables d'inadaptation et de vulnérabilité dans la personnalité pré morbide, susceptibles de nuancer la symptomatologie de la maladie. Il n'en découle pas nécessairement une invalidité continuelle ou grave dans la vie personnelle et sociale. Ce n'est pas incompatible avec de grands accomplissements. Bien qu'un certain nombre de cas montrent une inadaptation personnelle et une certaine incapacité, le diagnostic de troubles de la personnalité ne se justifie pas toujours.

Événements de vie

Ils sont liés, le plus souvent de façon cohérente à l'apparition des symptômes. Passé de troubles plus longs que dans les troubles endogènes

Survenue des troubles

Les symptômes apparaissent quelques mois avant la première consultation sous l'effet d'un stress.

Évolution

Elle est généralement épisodique, avec de franches rémissions. La durée des accès varie en fonction des traits de personnalité et de la situation personnelle.

Histoire familiale

Absence en général d'antécédents de troubles affectifs chez les parents au premier degré. Certains parents sont décrits comme « nerveux » ou « émotionnels » sans trace de maladie. Une histoire familiale positive ne suffit pas pour invalider un diagnostic clinique.

Réponse aux traitements

Une partie des patients répond aux méthodes psychothérapeutiques, aux traitements pharmaceutiques ou à une combinaison des deux méthodes. La récurrence est fréquente. La chronicité n'existe que chez ceux qui présentent de graves troubles de la personnalité, au bout de longues années de maladie.

Annexe 2

Définition de la dépression névrotico-réactionnelle selon G. Winokur (1985)

1- Remplit les critères de Feighner pour « dépression primaire unipolaire ».

2- Vie désordonnée (au moins 2 des éléments suivants) :

- a) Divorce et/ou séparation (durée : 1 semaine ou plus)
- b) Licencié à une ou plusieurs reprises
- c) Quitte son travail sans motif et sans autre place en vue
- d) Conflits multiples avec des collègues de travail, des amis, de la famille ou des autorités légales
- e) Histoire de difficultés sexuelles

3- Le patient attribue sa maladie à des événements de vie.

4- Symptômes (au moins 3 des symptômes suivants) :

- a) Insomnie d'endormissement
- b) Estime les autres responsables de ses difficultés (auto apitoiement)
- c) Multiples plaintes somatiques
- d) Comportement de revendication
- e) Irritabilité
- f) Dépression sensible aux circonstances

5- Difficultés de caractères et de personnalité (soit 1 élément de a), soit b)) :

- a) Le patient, sa famille ou un proche estime que le patient :
 - 1) a montré une irritabilité tout au long de sa vie ;
 - 2) refuse souvent ses responsabilités (immaturité) ;
 - 3) est de compagnie difficile ;
 - 4) se plaint souvent de ses fonctions corporelles ;
 - 5) est facilement troublé (labilité émotionnelle) ;
 - 6) a des problèmes majeurs de personnalité (personnalité inadéquate) ;
- b) A un score positif sur un test de personnalité systématique.

6- Divers (2 ou plus des éléments suivants) :

- a) Histoire familiale d'alcoolisme
- b) Moins de deux hospitalisations pour dépression
- c) Moins de 40 ans lors de la survenue
- d) Mauvaise réponse au traitement antérieur
- e) Deux (ou plus) tentatives de suicide peu sérieuses
- f) Pas plus de 4 items marqués parmi les suivants :
 - perte de l'intérêt des activités courantes
 - inhibition
 - délire et/ou hallucinations
 - autodépréciation
 - variations diurnes
 - éveils matinaux précoces
 - perte de concentration

Parmi les items 2 et 6, remplir les critères de 4 catégories permet de faire un diagnostic positif et remplir les critères de 3 catégories assure un diagnostic probable de dépression névrotico-réactionnelle.

Annexe 3

Critères empiriques français de dépression

LISTE I. CRITÈRES EMPIRIQUES FRANÇAIS DU SYNDROME DÉPRESSIF NON SPÉCIFIÉ

- | | |
|---|--|
| <p>A. <i>Au moins l'une des manifestations suivantes :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive, caractérisée par des sentiments tels que : déprimé, triste, cafardeux, sans espoir, abattu. 2. Perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités usuelles et les passe-temps. <p>C. Présence du critère A et d'au moins 5 des symptômes cités sous B pendant une période d'au moins 2 semaines.</p> <p>D. Non surajouté à une schizophrénie chronique, une psychose délirante aiguë ou un délire chronique.</p> <p>E. Non dû à un trouble mental organique.</p> | <p>B. <i>Au moins 5 des symptômes suivants :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pessimisme envers le futur ou ruminations concernant des événements passés. 2. Auto-apitoiement. 3. Anxiété. 4. Baisse d'énergie ou fatigue. 5. Sentiment subjectif d'agitation ou de ralentissement intérieur. 6. Diminution de l'efficacité ou du rendement à l'école, au travail ou à la maison. 7. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (plaintes ou manifestations objectives). 8. Anorexie ou perte significative de poids (au moins 3 kilos) en l'absence de régime. 9. Insomnie ou hypersomnie. 10. Baisse d'activité sexuelle. |
|---|--|

LISTE II. INDEX DIAGNOSTIQUE POUR DIFFÉRENCIER ENTRE DÉPRESSION PSYCHOTIQUE ET ÉTAT DÉPRESSIF NON PSYCHOTIQUE

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualité particulière de l'humeur dépressive, ce qui signifie qu'elle est perçue comme clairement distincte des sensations vécues après la mort d'un être cher. 2. Manque de réactivité aux stimulations habituellement agréables. 3. Retrait social. 4. Sentiment d'inadéquation, perte de l'estime de soi ou auto-dépréciation. 5. Sentiment d'indignité, auto-accusations, ou culpabilité excessive ou inappropriée. 6. Pensées répétées de mort, idéation suicidaire, souhaits d'être mort, ou tentative de suicide. 7. Agitation ou ralentissement psychomoteur marqué. 8. Réveil matinal précoce (au moins 2 heures avant l'heure habituelle du réveil). 9. La dépression est nettement plus marquée le matin. 10. Idées délirantes ou hallucinations. 11. Un ou plusieurs épisodes antérieurs de dépression « psychotique ». 12. Un ou plusieurs épisodes antérieurs de manie. | <ol style="list-style-type: none"> 13. Crises de larmes ou pleurs. 14. Facteurs de stress psychosociaux (jugés avoir contribué de façon significative au développement ou à l'exacerbation de l'épisode actuel). 15. Surajouté à un trouble de la personnalité (c'est-à-dire à une personnalité pathologique). 16. Surajouté à un trouble mental non psychotique préexistant. <p>Les critères 1 à 12 ont un poids de + 1.
 Les critères 13 à 16 ont un poids de - 1.
 Tout critère absent est coté 0.
 Une note globale de 5 ou plus correspond à un diagnostic de dépression psychotique.
 Une note globale de 4 ou moins correspond à un diagnostic d'état dépressif non psychotique.</p> |
|--|---|

Annexe 4

Echelle de dépression de Beck : *BDI (Beck Depression Inventory)*

- A 0 Je ne me sens pas triste
 1 Je me sens cafardeux ou triste
 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
- B 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer
- C 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)
- D 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
 3 Je suis mécontent de tout
- E 0 Je ne me sens pas coupable
 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
 2 Je me sens coupable
 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien
- F 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
 1 Je suis déçu par moi-même
 2 Je me dégoûte moi-même
 3 Je me hais
- G 0 Je ne pense pas à me faire du mal
 1 Je pense que la mort me libérerait
 2 J'ai des plans précis pour me suicider
 3 Si je le pouvais, je me tuerais
- H 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
- I 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
- J 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M 0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Annexe 5

Echelle *HAD : Hospital Anxiety and Depression scale* de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.

- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Annexe 6

Echelle QD2A de Pichot

1. En ce moment, ma vie me semble vide :
vrai
faux
2. J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête :
vrai
faux
3. Je suis sans énergie :
vrai
faux
4. Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose :
vrai
faux
5. Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même :
vrai
faux
6. Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit :
vrai
faux
7. J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire :
vrai
faux
8. En ce moment, je suis triste :
vrai
faux
9. J'ai l'esprit moins clair que d'habitude :
vrai
faux
10. J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent :
vrai
faux
11. Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude :
vrai
faux
12. Je suis sans espoir pour l'avenir :
vrai
faux
13. En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens :
vrai
faux

Résultats

La note est le nombre de propositions classées VRAI. Elle varie donc de 0 à 13. En population générale, une note strictement supérieure à 6 est fortement corrélée au diagnostic clinique d'état dépressif. Au sein d'une population psychiatrique, la puissance de discrimination semble plus limitée.

Annexe 7

Echelle de dépression d'Hamilton : *HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)*

- 1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)
 - 0 Absent
 - 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
 - 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
 - 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression facile, attitude, voix, pleurs).
 - 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.
- 2) Sentiments de culpabilité
 - 0 Absent.
 - 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
 - 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
 - 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
 - 4 **Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.**
- 3) Suicide
 - 0 Absent
 - 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
 - 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
 - 3 Idées ou gestes de suicide.
 - 4 Tentatives de suicide.
- 4) Insomnie du début de nuit
 - 0 Absent.
 - 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
 - 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.
- 5) Insomnie du milieu de nuit
 - 0 Pas de difficulté.
 - 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
 - 2 Il se réveille pendant la nuit.
- 6) Insomnie du matin
 - 0 Pas de difficulté.
 - 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
 - 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.
- 7) Travail et activités
 - 0 Pas de difficulté.
 - 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
 - 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
 - 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
 - 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.
- 8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)
 - 0 Langage et pensées normaux.
 - 1 Léger ralentissement à l'entretien.
 - 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
 - 3 Entretien difficile.
 - 4 Stupeur.
- 9) Agitation
 - 0 Aucune
 - 1 Crispations, secousses musculaires.

- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

- A : selon les dires du malade
 - 0 Pas de perte de poids.
 - 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
 - 2 Perte de poids certaine.
- B : appréciée par pesées
 - 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
 - 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
 - 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats

L'échelle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Annexe 8

Echelle de dépression de Montgomery et Asberg : *MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)*

1) Tristesse apparente : correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager), reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider :

0 Pas de tristesse.

1

2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.

3

4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.

5

6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée : correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements :

0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.

2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.

4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.

6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure: correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire :

0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.

2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.

4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil: correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade :

0 Dort comme d'habitude.

2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.

4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.

6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit : correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger :

0 Appétit normal ou augmenté.

2 Appétit légèrement réduit.

4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.

6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration : correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité :

0 Pas de difficulté de concentration.

2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.

4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir

une conversation.

6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude : correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les

activités quotidiennes :

0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.

2 Difficultés à commencer des activités.

4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.

6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir : correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite :

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes : correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine :

0 Pas de pensées pessimistes.

2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.

4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.

6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide : correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation :

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15

Bibliographie

Abraham K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In : *œuvres complètes*. Tome 1. Payot, Paris, 1912. pp 99-113.

Adès J. Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale : données théoriques, cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques. In : *Compte rendu du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Paris, Masson, 1989, Tome III. 314p.

Adès J, Lejoyeux M. *Alcoolisme et psychiatrie, données actuelles et prospectives*. Paris, Masson, 1997. 271 p.

Akiskal HS. The bipolar spectrum : new concepts in classification and diagnosis. In : *Psychiatry update. The American Psychiatric Association Annual review*. vol. 2. Grinspoon L. 1983. pp 271-292.

Akiskal HS. Characterological manifestations of affective disorders: toward a new conceptualization. *Integrative Psychiatry*, 1984, May-June, 83-96.

Akiskal HS. Towards a definition of dysthymia : boundaries with personality and mood disorders. In : *Dysthymic disorder*. Burton SW, Akiskal HS. London, Gaskell, 1990, 112p.

Akiskal HS, Benazzi F. Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *J Affect Disord*, 2005, 84 (2-3) : 197-207.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition-DSMIII*. Washington, 1980.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition- DSM IV*. Washington, American Psychiatric Press, 1994. 943p.

Azorin JM, Dassa D. Structures prédépressives. In : *Les maladies dépressives*. sous la dir. de

Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp470-480.

Baillarger J. De la folie à double forme. *Ann Med Psychol*, 1854, 6 : 369-384.

Ballet G, Proust A. *L'hygiène du neurasthénique*. Paris Masson, 1897. 298p.

Bech P, Coppen A. The Hamilton scales. Berlin, Springer, 1990, 94p.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat*, 1961, 4 : 561-571.

Beck A, Rush AJ, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press Ed. 1979.

Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*, 2008, 165 : 969-977.

Bergeret J. *La dépression et les états-limites*. Paris, Payot, 1974. 354p.

Bergeret J. Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive. *Rev Fr Psychanal*, 1976, 40 : 835-1044.

Bergeret J. *Psychologie pathologique théorique et clinique*. 9ème Ed. Masson, Paris, 2005. 362p.

Blanchard M. Dépression du sujet âgé. In : *Les maladies dépressives*. Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp 40-55.

Bottéro A. Schizophrénies symptomatiques : le diagnostic différentiel médical des tableaux schizophréniques. *Neuro-psychiatrie : tendances et débats*, 2004 ; 25 : 9-15.

Bouvard M, Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, 3ème édition, 2002. 323p.

Bouvet de la Maisonneuve O, Bouden-Zouaoui A. Dépression et alcool. In : *Les maladies dépressives*. Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp121-126.

Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 2. London, Hogarth Press, 1973.

Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined. *Arch Gen Psychiatry*, 1994, 51 : 525-34.

Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol*, 1957, 21 (4) : 343-9.

Camus V. Etats dépressifs au cours du vieillissement. In : *Les états dépressifs*. sous la dir. de Goudemand M, Ed Médecine Sciences, 2010. pp35-48.

Capgras J, Sérieux P. *Les folies raisonnantes*. Paris: Alcan. 1909.

Carvalho W, Cohen D. Les états dépressifs chez l'adulte. In : *Les maladies dépressives*. Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. Pp3-19.

Carvalho W, Guedj F. Dépressions hostiles. In : *Les maladies dépressives*. Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp81-87.

Collomb H, Zwingelstein J. Les états dépressifs en milieu africain. *L'information psychiatrique*, 1962, n°6, 515-527.

Corruble E, Chaudot C, Hardy P. Dépressions et troubles de la personnalité. In : *Les maladies dépressives*. Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp219-227.

Cotard J. Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Ann Med Psychol*, Paris, 1880, 168-237.

Damba BD. Les dépressions en France et en Afrique noire. *Les Carnets de la psychiatrie*, Paris, Euthérapie, 1988.

Danion C, Domenech P, Demily C, Franck N. *Symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte*. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie, 2007, 37-297-A-10, pp 1504-1512.

Devereux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Aubier. Flammarion. 1980.

Diop M, Zempleni A, Martino P, Collomb H. Signification et valeur de la persécution dans les cultures africaines. In : *Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française*, 62ème édition, Comptes rendus, tome 1, 1964, pp333-343.

Esquirol E. *De la lypémanie ou mélancolie*. 1820. Ed Privat, Toulouse, 1976.

Ey H. *Etudes psychiatriques. Structures des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*, vol. 3. Paris, Desclée de Brower, 1954. 787 p.

Falret JP. De la folie circulaire. *Bull Acad Med*, 1953-1954, 19 : 382-400.

Fava GA, Kellner R, Munari F et al. Losses, hostility and depression. *J Nerv Ment Dis*, 1982, 170 : 474-478.

Feighner JP, Boyer WF. *Diagnosis of depression. Perspectives in psychiatry* vol. 2, Ed Wiley, 1991. 202 p.

Féline A. Les dépressions hostiles. In : *La dépression*. Féline A, Hardy P, de Bonis M. Etudes Masson et Cie. Paris. 1991. pp 33-51.

Ferreri F, Agbokou C, Nuss P. *Clinique des états dépressifs*. EMC, Elsevier SAS, Paris, 2006, 37-110-A-10.

Foulds GA, Bedford A. *A hierarchy of classes of mental illness. Psychological Medicine*, 1975, 5, 181-192.

Freud S. *Pour introduire le narcissisme*. PUF, Paris. 1914.

Freud S. *Trauer und Melancholie*. GW, 1917. 523p. Trad Fr : *Deuil et mélancolie*. In : *Métapsychologie*. Gallimard. Paris. 1968.

Gérard A, Guedj F. Les maladies dépressives chez la femme. In: *Les maladies dépressives*. sous la dir. de Olié JP, Poirier MF, Léo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp98-108.

Gershon ES, Cromer M, Klerman GL. Hostility and depression. *Psychiatry*, 1968, 31 : 224-235.

Ghaemi NS, KO YJ, Goodwin FK. “Cade's disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*, 2002, 47: 125-134.

Girouard N, Tassé MJ. Etude de la relation entre les comportements agressifs et les symptômes dépressifs et maniaques chez les adultes qui présentent une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, décembre 2002, 13 (2) : 115-123.

Gladstone G, Parker G. Depressogenic cognitive schemas: enduring beliefs or mode state artefacts? *Aust N Z J Psychiatry*, 2001, 35: 210-216.

Goodwin FK, Jamison KF. *Manic-depressive illness*. New York, Oxford University Press, 2007. 938 p.

Goudemand M. *Les états dépressifs*. Flammarion Médecine-Sciences, 2010. 578p.

Guelfi JD, Rouillon F (dir.). *Manuel de psychiatrie*. Masson, 2007. 777p.

Gut E. *Dépression productive et improductive Réussite ou échec d'un processus vital*. Ed PUF Le fil rouge, 1993. 445 p.

Hanck C, Collomb H, Boussat M. Dépressions masquées psychotiques ou le masque noir de

la dépression. *Acta psychiatrica Belgica*, 1976, 1 : 26-45.

Hardy P, Gorwood P, Dupont C. Evénements de la vie. In: *Les maladies dépressives*. sous la dir. de Olié JP, Poirier MF, Léo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp434-443.

Haustgen T, Singelle J, E Kraepelin. Les grandes entités cliniques. *Annales médico-psychologiques*, 2010, 168, 792-795.

Henry C, Etain B. Dépression et troubles bipolaires. In: *Les états dépressifs*. sous la dir. de Goudemand M. Flammarion Médecine-Sciences, 2010, pp 191-196.

Hum P, Lévêque Ph, Naneix B. Histoire de la dépression, de la mélancolie aux troubles de l'humeur. In: *Les états dépressifs* sous la dir. de Goudemand M. Ed Médecine Sciences, 2010. p7.

Jaspers K. *Psychopathologie générale*. Berlin, 1913. 536p.

Joormann J, Gotlib IH. Selective attention to emotionnal faces following recovery from depression. *J Abnorm Psychol*, 2007, 116: 80-85.

Jucquois G, Vielle C. *Le comparatisme dans les sciences de l'homme: approches pluridisciplinaires*. Sciences Sociales, Bruxelles, 2000. 473p.

Kasanin J. The acute schizoaffective psychosis. *Am J Psychiatry*, 1933, 13 : 97-126.

Kaufman PA, Gilbert P, Tate R. *The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression*. Maturitas, 1992, 14 : 143-155.

Kendell RE. The classification of depressions: a review of contemporary confusion. *Br J Psychiatry*, 1976, 129 : 15-28.

Klein M. Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In: *Essais de la psychanalyse*. Paris, Payot, 1972 : 311-340.

Klein M. Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In: *Essais de la psychanalyse*. Paris, Payot, 1972 : 341-369.

Kohut H. *Le soi. La psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris, PUF, 1974. 374p.

Kraepelin E. *Psychiatrie*, Leipzig J A Barth, 1913.

Kraus A. Thérapie de l'identité des mélancoliques et des maniaco-dépressifs. In: *Confrontations Psychiatriques. Trouble de l'identité*. Paris, Rhône Poulenc, 1998 : 275-300.

Kretschmer E. *Paranoïa et sensibilité* (traduction française de la 3ème éd. Allemande), éd. PUF, Paris, 1963.

Kielholz P. *La dépression masquée*. Ed Hans Huber Vienne, 1973. 303 p.

Lêo H, Lêo P. *La dépression*. PU de France, 1991. 128 p.

Louiz H, Ben Nasr S, Sahli J et al. Délire et hallucinations dans la dépression : aspects culturels. *Encéphale*, 1999, 25 (3) : 68-71.

Mahler M, Pine F, Bergman A. *La naissance psychologique de l'être humain*. Payot, Paris, 1980.

Meggie D. Le DSM III en Afrique Noire, A propos des états dépressifs majeurs en Côte d'Ivoire. *Ann Med Psychol, Paris*, 1984, 142, 663-673.

Minkowski E. *Structure des dépressions*. Coll. Grands textes, Paris, 1930. 118p.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 1979, 134 : 382-389.

Overall JE. The brief psychiatric rating scale in psychopharmacology research. In : *Psychological measurements in psychopharmacology. Modern problems in pharmacopsychiatry*. Karger. Bâle. 1974.

Pasche F. De la dépression. *Rev Fr Psychanal*, 1963, 27 :191-208.

Paykel ES. Classification of depressed patients : a cluster analysis derived grouping. *British Journal of Psychiatry*, 1971, 118 : 275-288.

Pedinielli JL, Bernoussi A. *Les états dépressifs*. Ed A Colin, 2008. 126p.

Peretti CS, Ferreri F. Anxiété et troubles cognitifs. In: *Anxiété, anxiolyse et troubles cognitifs*. Ferreri M. Paris: Elsevier, 2004 : 81-94.

Pichot P, Boyer P, Pull CB. Un questionnaire d'autoestimation de la symptomatologie dépressive, le questionnaire QD2. Forme abrégée QDA. *Rev Psychol Appl*, 1984, 234 : 323-340.

Pichot P, Pull C. *La symptomatologie dépressive, enregistrement et évaluation*. 1978. 166 p.

Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris, 1801. 322p.

Porter RJ, Bourke C, Gallagher P. Neuropsychological impairment in major depression : its nature, origine and clinical significance. *Aust N Z J Psychiatry*, 2007, 41 : 115-128.

Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neurosc Biobehav Rev*, 2007, 31 : 858-873.

Pringuey D. Phénoménologie de la dépression. In : *Les états dépressifs*. sous la dir. de Goudemand M. Ed Médecine Sciences, 2010. p21.

Pull CB, Pull MC, Guelfi JD. Critères diagnostiques en psychiatrie. *EMC*, 1995, 37-102-C-15.

Pull MC, Pull CB, Pichot P. Des critères empiriques français pour les psychoses. III. Algorithmes et arbres de décision. *Encéphale*, 1987, 13 : 59-66

Rosenthal SH, Gudeman JE. The self pitying constellation in depression. *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113 : 485-489.

Roth M., Kerr TA. Le concept de dépression névrotique : plaidoyer pour une réintégration. In : *L'approche clinique en psychiatrie*. Vol III. Pichot P. Rein W. 1993, 207-241.

Rouillon F. *Les troubles dépressifs*. John Libbey Eurotext. 155p.

Roure L. *La dépression*. Ed Ellipses, 1999. 126p.

Schless AP, Mendels J, Kipperman A, Cochrane C. Depression and hostility. *J Nerv Ment Dis*, 1974, 159 : 91-100.

Schneider K. *Psychopathologie clinique* 6ème édition. Stuttgart, 1962.

Séglas J, Meige H. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Asselin et Ouzeau, 1895. 835p.

Snaith RP, Taylor CM. Irritability : definition, assessment and associated factors. *Br J Psychiatry*, 1985, 147 : 127-136.

Spadone C, Joobert R. Dépression et délire. In : *Les maladies dépressives*. Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Paris, Flammarion Médecine-sciences, 2003. pp70-75.

Spitz A. *De la naissance à la parole*. Paris, PUF, 1978.

Tatossian A. Phénoménologie de la dépression. Essai de psychopathologie. *Psychiatries*, 1975, 21 : 77-86.

Tatossian A. Le sens de la dépression. *Méditerranée médicale*, 1977, 146 : 22-24.

Tellenbach H. *Melancholie*. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg. 1976. Trad Fr : La mélancolie. Paris. 1979

Widlöcher D. *Les logiques de la dépression*. Ed Fayard, 1995, 252 p.

Winnicott DW. *Le bébé et sa mère*. Paris, Payot. 1992.

Winokur G. The validity of neurotic reactive depression- New data and reappraisal. *Arch Gen Psychiatry*, 1985, 42 : 1116-1122.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand*, 1983, 67 : 361-370.

AUTEUR : Nom : Ganne-Desrumaux

Prénom : Hélène

Date de Soutenance : 5 avril 2012

Titre de la Thèse : Le masque psychotique de la dépression
Historique, psychopathologie et pluralité du concept de dépression
A partir de deux cas cliniques

Thèse, Médecine, Lille.

Cadre de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : dépression, délire de persécution, dépression avec éléments psychotiques.

Résumé : Les descriptions cliniques actuelles s'appuient sur des systèmes de classification athéoriques basés sur un ensemble de critères correspondant à des symptômes réunis au sein d'un syndrome. Le syndrome dépressif majeur correspond ainsi à une entité à part entière pouvant toutefois s'associer à d'autres troubles comme la schizophrénie ou être l'expression d'un trouble unipolaire voire bipolaire de l'humeur.

Notre travail, illustré par deux cas cliniques, traite de la dépression dans le cadre d'un trouble unipolaire de l'humeur et de son expression parfois singulière sous la forme d'un délire de persécution.

Le concept de dépression a évolué, depuis la mélancolie faisant partie du champ de la psychose jusqu'au syndrome dépressif majeur des classifications actuelles, en passant par la description de certaines formes cliniques, comme la dépression hostile. Les conceptions théoriques de la dépression ont contribué à cette évolution. L'apport psychopathologique du développement affectif, des distorsions cognitives du déprimé et de l'expression culturelle de la dépression nous éclaire sur cette expression clinique singulière. Par ailleurs, l'ensemble des éléments contextuels contribue à la pluralité des tableaux de dépression.

Il s'agit également d'illustrer les liens entre les différentes pathologies que sont notamment la dépression, les troubles bipolaires et la schizophrénie. Il nous apparaît alors que les systèmes de classification des troubles ne peuvent constituer qu'un outil. Au cours de chaque démarche diagnostique, la prise en compte du contexte du patient et de l'ensemble des facteurs intercurrents contribue à une lecture précise d'un tableau clinique particulier. De plus, pour une meilleure compréhension du fonctionnement psychique, les différentes théories psychiatriques, qu'elles soient psycho-dynamique, cognitiviste, phénoménologique, ethno-psychiatrique ne peuvent être négligées et apportent un éclairage supplémentaire pour des tableaux cliniques atypiques. L'ensemble de ces données, nous permet d'une part une meilleure compréhension d'une situation clinique et d'autre part, l'établissement d'un diagnostic précis.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur **GOUEMAND**

Assesseurs : Monsieur le Professeur **THOMAS**

Monsieur le Professeur **COTTENCIN**

Directrice de thèse : Madame le Docteur **PORTENART**