

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année 2014**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DEPRESSION, SOMATISATION ET CULTURE  
ETUDE DE SIX CAS CLINIQUES DE PATIENTS JAPONAIS**

**Présentée et soutenue publiquement le 21 février 2014 à 16 heures  
au Pôle Formation de la faculté de médecine Henry Warembourg  
Par Delphine Hochart**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Thomas**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Vaiva  
Monsieur le Professeur Cottencin  
Monsieur le Professeur Baubet**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Baubet  
Codirecteur de Thèse : Monsieur le Professeur Kato**

# SOMMAIRE

<b>AVANT PROPOS.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>I.PRESENTATION DU LIEU D'ETUDE.....</b>	<b>12</b>
<b>II. LA DEPRESSION AU JAPON CONTEXTE HISTORIQUE ET SOCIAL.....</b>	<b>16</b>
II.aGENERALITES.....	16
II.bHISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA DEPRESSION AU JAPON.....	17
II.cCONCEPTS IMPORTANTS POUR LA COMPREHENSION DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION AU JAPON.....	32
1.L'oeuvre de Doi Takeo : la relation psychodynamique entre l'endroit (Omote) et l'envers( <i>Ura</i> ) .....	32
- <i>Omote et Ura</i> .....	33
- <i>Honne et Tatema</i> e.....	36
2. Particularités du Moi au Japon et la notion de corps social.....	37
- <i>Le Moi et son lien avec le groupe au Japon</i> .....	37
- <i>La valorisation des modes de communications indirectes</i> .....	40
- <i>La notion de corps social</i> .....	41
<b>III. DEPRESSION, SOMATISATION ET CULTURE : APPORT DES DIFFERENTS COURANTS THEORIQUES.....</b>	<b>45</b>
III.a DEFINITIONS ET GENERALITES.....	45
1. Définition de la somatisation chez les patients dépressifs.....	45
2. Définition de la culture.....	47
III.b CONTRIBUTION DE LA PSYCHIATRIE CULTURELLE : ENTRE UNIVERSALISME ET PARTICULARITES CULTURELLES.....	49
1. La psychiatrie comparée et la nouvelle psychiatrie transculturelle.....	49
2. Universalisme psychique et spécificité culturelle.....	53
3. L'apport de ces différents courants et la somatisation dans la dépression.....	54
- <i>La place des symptômes somatiques dans le diagnostic de dépression</i> .....	54
- <i>Les modes d'action de la culture sur la présentation clinique, affective et somatique de la dépression</i> .....	58

<i>Influence linguistique</i> .....	60
<i>Expression et régulation des émotions</i> .....	61
<i>La représentation du corps et de l'esprit</i> .....	61
<i>Syndrômes liés à la culture</i> .....	62
<i>Dépression, culture et schémas cognitivo-comportementaux</i> .....	64
<i>Dépression, culture et théories systémiques</i> .....	67
<b>IV. DEPRESSION, SOMATISATION ET CULTURE : ETUDE DE SIX CAS CLINIQUES DE PATIENTS DEPRESSIFS JAPONAIS</b> .....	<b>70</b>
IV.a METHODES.....	70
IV. b CAS CLINIQUES ET DESCRIPTION.....	73
IV.c DISCUSSION: APPROCHE SOCIO-CULTURELLE DE LA SOMATISATION CHEZ LES PATIENTS DEPRESSIFS JAPONAIS.....	104
Généralités et statistiques.....	104
1. La somatisation pensée à travers la relation entre corps et esprit en Asie et au Japon.....	108
2. Les symptômes gastro-intestinaux et la symbolique de la zone abdominale du "Hara" dans la pensée Japonaise traditionnelle.....	113
3. La somatisation en lien avec la stigmatisation de la maladie mentale au Japon.....	124
4. Une population vieillissante: conséquences sur la présentation clinique de la dépression chez les patients Japonais.....	130
<i>Lien dépression et somatisation chez la personne âgée: aspects généraux</i> .....	130
<i>Caractéristiques propres à la dépression de la personne âgée au Japon</i> .....	133
5. La somatisation chez les patients dépressifs au Japon pensée à travers l'oeuvre de Doi Takeo : la relation psychodynamique entre l'endroit ( <i>omote</i> ) et l'envers( <i>ura</i> ).....	136
6. La somatisation pensée au travers de la structure du Moi et l'importance de la collectivité au Japon.....	138
7. Limites de notre étude.....	142
<b>V.CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>144</b>
<b>VI.BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>146</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>152</b>

## **AVANT PROPOS**

Ce travail n'aurait pu se concrétiser sans l'immense privilège que nous avons eu de pouvoir participer à un stage d'un semestre de novembre 2011 à mai 2012 dans le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Jichi, préfecture de Tochigi au Japon.

Notre intérêt pour le Japon, naissant de notre rencontre une dizaine d'années auparavant d'un professeur passionné de ce pays, puis sa découverte quelques années plus tard lors d'un premier voyage, accompagné d'un apprentissage de la langue, constitua le point de départ d'une curiosité tout au long de nos études sur l'autre et les particularités propres à la maladie dans des civilisations lointaines, et nous ayant apparues si différentes de la notre. Le questionnement autour des représentations et différences, si il en est, de la présentation de la maladie mentale, fut présent dès le début de nos études et se concrétisa par l'idée d'un stage à l'étranger. Le choix du Japon s'imposa par notre intérêt pour ce pays et la possibilité, certes modeste, de pouvoir y communiquer avec ses habitants. La découverte de l'association franco-japonaise de médecine nous permit de connaître le Professeur Kato Satoshi, chef du service du département de psychiatrie de l'hôpital de Jichi, qui nous accorda le privilège de pouvoir visiter puis d'effectuer un stage d'un semestre dans son service.

Nous ne pourrions décrire de façon exhaustive le déroulé de ce stage, qui fut une expérience des plus enrichissantes de notre cursus. Dans un contexte assez particulier, puisqu'il suit de façon proche les événements catastrophiques du 11 mars 2011, nous avons été accueillis des plus chaleureusement et bénéficié de l'opportunité de pouvoir assister en tant qu'observateur privilégié aux consultations médicales du Professeur Kato et de certains médecins du service. La question de notre place et rôle au sein du service ne manqua pas de se poser néanmoins rapidement, dans une société où le groupe, la hiérarchie et la position de chacun est un des piliers, ce que nous reprendrons plus tard.

Les objectifs de notre travail nous furent ainsi rapidement demandés, et le sujet d'étude de cette thèse put être défini après 2 mois environ de présence, et le début d'un questionnement autour de différences observées fut élaboré. La possibilité de communiquer avec les patients et l'équipe nous permit, dans une certaine mesure, de prendre une place fut elle temporaire dans le service, au vu des objectifs de notre travail.

Restait néanmoins l'obstacle d'éviter une vision trop centrée et influencée par notre propre culture, ou au contraire de surestimer ces différences que nous avons pu observer. Néanmoins il est probable que d'une certaine façon ce travail ait pu être influencé par ces aspects, ne pouvant prétendre être neutre dans nos observations. La culture Japonaise, caractérisée, de façon certes stéréotypée mais nous semblant réaliste, par la cohabitation d'une extrême modernité et d'aspects plus traditionnels, n'a pu manquer de nous déstabiliser à maintes reprises, mais c'est aussi ce qui nous permet de continuer à nous questionner sur le fonctionnement de cette société complexe.

C'est dans ce contexte que nous avons pu évoluer et commencer ce travail qui a nous a permis de mieux appréhender la question de la transculturalité au travers de l'exemple de patients dépressifs japonais rencontrés lors de ce stage.

## **INTRODUCTION**

Plus de 100 millions de personnes par an dans le monde souffrent de troubles dépressifs, et ces taux sont en augmentation constante chaque année en faisant un véritable problème de santé publique. S'en suivent une augmentation de plus en plus importante des coûts liés aux soins, et à l'augmentation du handicap psychique et parfois physique ainsi que social et professionnel lié notamment aux symptômes déficitaires de ces troubles. Au Japon le ministère de la santé et du travail estimait à plus d'un million le nombre de patients souffrant de troubles de l'humeur en 2008, et cette incidence augmente annuellement.

Parmi les symptômes de la dépression un pilier diagnostique commun à tous les pays a été reporté par l'OMS. Néanmoins la présence de ces symptômes, leur fréquence mais aussi leur signification et interprétation peut varier selon différents facteurs, dont les facteurs socio-culturels. La coloration de la symptomatologie clinique de la dépression peut être enracinée dans la culture locale à travers la symbolique culturelle attribuée aux organes vitaux, la structuration linguistique et la façon dont se façonnent les rapports sociaux. C'est sur cette hypothèse que nous avons essayé de nous pencher dans cette étude, en nous basant sur l'exemple de patients Japonais que nous avons eu l'occasion de rencontrer lors d'un semestre effectué à l'hôpital universitaire de Jichi au Japon. Notre approche est psychopathologique, tentant de créer un lien entre un facteur qui est la culture, et son influence éventuelle et conséquences en aval sur la présence de symptômes somatiques dans la dépression au Japon.

Il nous a paru indispensable de replacer dans une première partie le contexte dans lequel nous avons évolué, la région de Tochigi et l'hôpital universitaire de Jichi, puis de détailler les grandes lignes de l'histoire de la psychiatrie en nous centrant sur la question de la dépression au Japon, de l'ère médiévale à l'ère actuelle. Cette partie se conclura par l'exposé de deux théories explicatives à propos de la société japonaise, et nous paraissant importantes pour la compréhension ultérieure de notre étude. Il s'agit premièrement de la conception de toute chose en terme de *Omote* et *Ura* selon la théorie du psychanalyste Doi Takeo, et deuxièmement l'importance fondamentale du groupe et des modes de

communication indirectes afin de préserver l'harmonie de la société.

Aborder la question de l'influence culturelle sur la présentation symptomatologique de la dépression, nécessitait un exposé préalable des éléments théoriques pré-existants dans la deuxième partie, après avoir redéfini préalablement la question de la somatisation dans la dépression, et la notion même de culture. L'influence des différents courants théoriques sera évoquée successivement, sans nous focaliser sur une culture donnée, mais en privilégiant dès que possible l'Asie et le Japon. Nous évoquerons l'apport de la psychiatrie comparée, la nouvelle psychiatrie transculturelle, puis d'autres courants tels que les théories cognitivo-comportementales et systémiques, ou encore l'existence de syndrômes liés à la culture ou de l'influence du langage.

Dans la dernière partie, qui nous semble la plus importante, nous exposerons 6 cas cliniques de patients Japonais nous ayant parus représentatifs de notre problématique, et développerons une discussion en reprenant les éléments théoriques conceptuels et en amenant les particularités propres à la culture Japonaise.

En conclusion nous regrouperons les grandes lignes de notre étude, en essayant de répondre à la question de la particularité culturelle du Japon et son influence sur la place des symptômes somatiques dans la dépression.

En annexe sera exposée la classification de Kasahara et Kimura créée en 1975. Elle sera évoquée dans notre étude et reste une classification originale, de par l'apport de théories psychopathologiques importantes au Japon comme la théorie du Typus Melancholicus de Tellenbach.

## **I. PRESENTATION DU LIEU D'ETUDE**

Pour mieux comprendre le contexte dans lequel nous avons vécu pendant 6 mois, mais surtout où sont issus et vivent nos patients, nous allons exposer rapidement les données géographiques, démographiques et économiques de la région de Tochigi. Ensuite afin de replacer le contexte dans lequel ces patients sont reçus et traités nous détaillerons les caractéristiques de l'hôpital universitaire de Jichi et de son service de psychiatrie.

### **La préfecture de Tochigi**

La préfecture de *Tochigi*, située dans la région du *Kantô*, se trouve à une centaine de kilomètres au nord-est de *Tokyo*, dans une position plutôt centrale sur l'île principale qui constitue le Japon, *Honshû*. Dotée d'une superficie de 6 408 28 km<sup>2</sup> elle regroupe 2 005 061 habitants au 1er mars 2011. Elle est bordée de chaînes montagneuses et possède de nombreux sites naturels.

Le chef lieu de Tochigi est la ville d'Utsunomiya accueillant environ 500 000 habitants. L'hôpital universitaire de Jichi se trouve dans la ville de Shimotsuke, à 40km au sud d'Utsunomiya.

Une production agricole traditionnelle importante existe dans cette région telle la culture du riz, de la fraise et l'élevage. Parallèlement à cela le secteur industriel y est très représenté avec la présence de nombreuses industries lourdes comme la production automobile.

Un des sites touristiques les plus fréquentés au Japon y est Nikko, vaste complexe forestier de temples au patrimoine mondial de l'UNESCO abritant la tombe du premier shogun de la lignée Tokugawa, Ieyasu Tokugawa. De nombreux sites naturels d'une grande beauté entourent ce complexe tel que le mont Nantai ou le lac Chuzenjiko, et de nombreuses sources thermales en font un lieu très fréquenté par les habitants de Tokyo, avec une grande facilité d'accès par les transports en commun.

Malgré une urbanisation et industrialisation importante, la région de Tochigi garde

cependant une mentalité conservatrice comparé à d'autres zones du Japon. Un nombre important de foyers traditionnels élargis selon le système de l'ie y persistent encore, modèle familial accueillant plusieurs générations sous le même toit et accordant une grande importance au culte des ancêtres.

### **L'hôpital universitaire de Jichi**

L'hôpital de Jichi est un hôpital universitaire général semi privatisé construit en 1972. Il comporte au total 1100 lits et dispose d'un excellent plateau technique ainsi qu'un centre de recherche actif.

La faculté de médecine accueille chaque année 100 étudiants venus de tout le Japon, sélectionnés sur concours. La particularité de cette faculté est la gratuité de l'inscription et de la scolarité, habituellement très coûteuse au Japon. En contrepartie les étudiants sont dans l'obligation de pratiquer 2 ans dans une région en pénurie de médecin de leur préfecture d'origine. Ce système est original au Japon.

## Photo de l'hôpital universitaire de Jichi



### Le service de psychiatrie

Le chef du pôle et service de psychiatrie est le Professeur Kato Satoshi. Il s'agit d'un service ouvert de 40 lits dont quatre chambres de six lits, deux chambres de trois lits et huit chambres individuelles ainsi qu'une chambre d'isolement; 26 médecins psychiatres y pratiquent (incluant trois pédopsychiatres) dont dix résidents (équivalent de l'internat au Japon), 3 psychologues et une assistante sociale. Les patients disposent d'une grande salle de repos servant aussi de salle de lecture et de télévision, lieu des repas mais aussi des activités thérapeutiques ayant lieu tout les jours tels que la musicothérapie, le collage, le dessin ou la calligraphie, ou encore un groupe de parole animé par un psychologue.

L'approche est essentiellement pharmacologique mais aussi psychanalytique pour certains médecins, ce qui constitue une autre particularité du service, la psychanalyse

étant assez peu représentée au Japon. Une conférence de cas cliniques organisée chaque mercredi était consacrée à l'étude, la discussion et la compréhension de la psychopathologie autour des cas difficiles ainsi qu'à l'enseignement. Elle dure environ quatre heures avec une heure par cas environ. Les consultations externes ont lieu dans le sein de l'hôpital ( avec une moyenne de 3000 patients par mois dont 80 nouveaux patients).

Le service est aussi orienté vers la recherche, avec différents axes à la fois en neurobiologie et clinique. Deux à trois fois par semaine des séminaires de réflexion et d'enseignement étaient organisés en soirée.

Le fonctionnement du service ressemble globalement à ce que nous avons pu observer ici, mais avec le constat d'un travail de coordination en ambulatoire différent devant l'absence de secteur. L'hôpital est le centre de la prise en charge mais de plus en plus de structures extra hospitalières à type d'hôpitaux de jour et de réhabilitation psycho-sociale se développent. Les médecins du service effectuent également deux fois par semaine des vacations dans d'autres hôpitaux psychiatriques de la région voire même directement sur les lieux de travail comme les usines automobiles de la région.

## II. LA DEPRESSION AU JAPON : CONTEXTE HISTORIQUE ET SOCIAL

### II. a GENERALITES

A l'aube du 21<sup>e</sup> siècle dans la société japonaise contemporaine, comme dans beaucoup de nations industrialisées à l'ère de la globalisation, la dépression est devenu une des pathologies les plus fréquentes. C'est un véritable problème de santé publique au Japon parfois même jusqu'à être nommée « maladie nationale ».

Cependant certains auteurs japonais comme Bin Kimura en 1979 amenèrent l'idée que la dépression était une maladie rare, ou n'existait pas au Japon avant l'avènement de la psychiatrie occidentale à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, ou encore qu'il existait une certaine forme de tolérance traditionnelle envers les sentiments dépressifs empêchant toute pathologisation de cet état [50]. Il semblerait en réalité que le concept de dépression n'est pas un récent import ni un simple transfert de concepts « occidentaux » au Japon, mais que la société japonaise possédait une compréhension équivalente ou alternative du concept pré moderne de dépression.

En nous basant en grande partie sur le livre de Junko Kitanaka « Depression in Japan » [50], nous allons à partir du terme utilisé actuellement pour parler de la dépression en japonais « *utsubyou* » (鬱病) et des termes qui ont précédés ce concept, retracer l'historique de la dépression de l'époque médiévale jusqu'à l'époque contemporaine et ce en replaçant à chaque fois brièvement le contexte historique psychiatrique respectif de l'époque.

## II. b HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA DEPRESSION AU JAPON

### La dépression dans le Japon médiéval

Avant l'ère Edo la psychiatrie n'existait pas au Japon en tant que discipline médicale, mais des pratiques entrant dans le cadre du chamanisme, avec une grande influence de la religion Shintoïste puis Bouddhiste, sont utilisées devant les manifestations de la maladie mentale. Au IV<sup>e</sup> siècle l'influence d'abord Coréenne puis dès le VI<sup>e</sup> siècle Chinoise, va se traduire par l'importation de nombreux ouvrages de médecine et l'importation du Confucianisme et du Bouddhisme. Des écrits évocateurs de traitements par l'eau (absorption d'eau sacrée, station debout sous une cascade) évoquent l'utilisation de l'hydrothérapie à cette époque.

Dans ces écrits des notions évocatrices de psychose sont évoquées, mais aucun élément pouvant faire penser à une connaissance de la dépression en tant que maladie n'est retrouvée de façon claire. Il semblerait que le concept de dépression au Japon n'a pas une histoire aussi ancienne ni un statut médical, philosophique, religieux et littéraire que l'on puisse assimiler à celui de la mélancolie en Occident. Cependant le terme moderne correspondant à la dépression dans la langue Japonaise « *utsubyô* » (鬱病) tire son origine des termes « *utsushô* » (鬱症) et "*ki-utsubyô*" (気鬱病) qui étaient déjà utilisés dans la littérature populaire du 16<sup>e</sup> siècle pour désigner un état d'humeur sombre avec retrait social et baisse d'énergie.

Si l'on décompose sémantiquement les termes de "*utsubyô*" et "*utsushô*" ::

- « *utsu* » (鬱) désigne dans le langage commun la notion d'humeur sombre et triste
- Les suffixes « *byô* » et « *shô* » indiquent respectivement la notion de maladie et de symptôme.

L'idéogramme commun à ces deux termes, « *utsu* » (鬱), fait partie du vocabulaire

commun Japonais et renvoie à deux notions :

- La première notion est celle de « densité » ou « stagnation » de par sa composition graphique faite de symboles d'arbres (木) enchevêtrés, donnant une impression de « forêt dense et sombre ». Cet idéogramme renvoie à un état physiologique de « stagnation » ou « d'hyperdensité ».
- Deuxièmement, et ce à la fois dans la littérature Chinoise et Japonaise, le terme « *utsu* » est se rapporte à un état de pensivité, d'obscurisme ou de peine [1]

Autre notion importante nous permettant de mieux comprendre le concept de « *kiutsubyô* », est celle du « *Ki* » (氣) ou « *Qi* » en chinois. Il s'agit d'un aspect essentiel de la pensée Japonaise pré moderne assertant que les êtres humains mais aussi le monde et l'univers sont connectés avec cette énergie vitale qu'est le « *Ki* » [2]. Le « *Ki* » est une énergie circulante constamment en mouvement, et peut être altéré par différents facteurs internes et externes dont le mouvement émotionnel. La stagnation du « *Ki* » provoquerait un blocage dans le corps humain se manifestant par « une douleurs lancinante » dans la poitrine, des vertiges et des céphalées et provoquerait un état dépressif [50].

Dans le Japon médiéval la notion pré moderne de « *utsushô* » existait donc mais ne se rapportait pas seulement à un état émotionnel. Il s'agissait plutôt d'un large concept établissant un état de stagnation et d'accumulation pathologique, soit du « *Ki* » provoquant un état s'apparentant à la dépression, mais aussi d'humeurs telles que le sang, le phlegme ou encore la nourriture. Ces concepts se rapprochent de la théorie des humeurs en Occident.

## **Le concept de dépression pendant la période Edo (1603-1868)**

Après une longue période de guerres entre les différents clans et shoguns, l'ère Edo va correspondre à une période de quasi isolement et fermeture du pays sous le règne du shogunat Tokugawa (« *sakoku* » en japonais) pendant plus de 200 ans. Cela se traduit par une fermeture des frontières, la restriction des échanges commerciaux et du savoir importé. L'existence de comptoirs dans le sud du Japon à Nagasaki, permettant le

commerce avec les Hollandais, va favoriser l'import d'un grand nombre d'écrits scientifiques (*rangaku*). Cela va entraîner le développement de la médecine et l'apparition d'écrits concernant la maladie mentale, même si la psychiatrie n'existe toujours pas en tant que discipline médicale.

Cette période de 200 ans de paix et de stabilité politique et économique a probablement permis le développement d'une plus grande attention envers la souffrance psychologique et émotionnelle, et le terme de « *Utsushô* » devient non plus relaté à une stagnation d'humeurs diverses, mais uniquement à celle du « *Ki* » en tant qu'élément essentiel de la santé et énergie gouvernant les émotions. La stagnation du « *Ki* » serait principalement provoquée par l'expérience d'une émotion brusque et intense, mais aussi par l'expérience d'un stress émotionnel chronique, provoquant graduellement un « blocage corporel ». Dans le premier dictionnaire médical publié en 1686, « *Utsushô* » devient donc relaté uniquement à une maladie des émotions et désigne une humeur sombre associée à une fatigue, mais aussi parfois des douleurs de la région abdominales et du « cœur » [50], l'abdomen étant pensé être la localisation de l'âme et des émotions dans le Japon ancien, notion qui sera développée dans la discussion.

Il est remarqué que de façon paradoxale pendant cette période de paix de 200 ans dans l'histoire agitée du Japon, de plus en plus de personnes semblent souffrir de « *Ki-utsushô* ». Gôto un médecin japonais, évoqua que la paix favorisant l'absence de « blessures physiques » cela était probablement favorable au développement d'autres maladies, notamment du fait de la sédentarité et de l'utilisation de « l'esprit pour chercher à accomplir ses désirs » [50]. Le terme de « *Ki-utsu* » possède à l'époque une dimension négative, évoquant la faiblesse morale ou les signes d'une « vie non productive », voire la paresse. Il était rattaché parfois de façon ambiguë à la notion de « folie », même si le terme courant utilisé à l'époque pour la désigner était celui de « *Ki-chigai* » (le « *Ki* » est différent ou discorde littéralement).

La popularisation du terme de « *Utsushô* » va aller de pair avec la transformation graduelle de ce concept et la perte du sens primitif de stagnation physiologique d'une énergie vitale. Le « *Ki* » perd peu à peu son sens « corporel » d'énergie physiologique pour devenir un terme psychologique évoquant l'humeur et les sentiments. Il est intéressant de noter que en Chine la notion équivalente de « *Qi* » garde de façon

majoritaire le sens d'une notion reliant le corps et l'esprit. Il est difficile de conclure sur la période où ce changement conceptuel se précise, et de l'origine de cette évolution, qu'il s'agisse d'un développement « interne » ou du résultat de l'apport progressif à partir de la fin de l'époque Edo mais surtout à l'ère Meiji des connaissances scientifiques Occidentales.

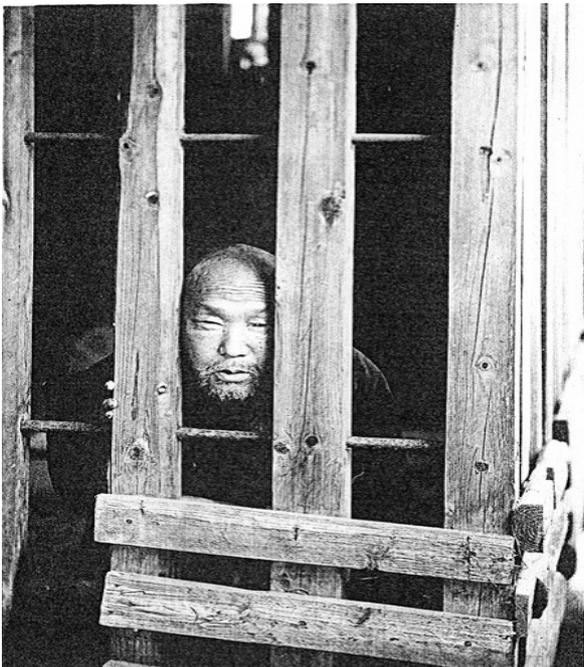
## **L'ère Meiji (1868-1912)**

L'ère Meiji (明治時代,) est la période historique comprise entre 1868 et 1912 qui fut initiée par la restauration de Meiji. Cette ouverture fut forcée par l'arrivée des "vaisseaux noirs" de la flotte Américaine du commandant Perry en 1853. Cette période est la fin de l'isolement et le début de la politique de modernisation du Japon.

L'introduction des connaissances scientifiques et littéraires va augmenter, avec le choix de modèles : la France pour le droit, l'Allemagne pour la médecine et la psychiatrie. Dans le but de moderniser le Japon et d'acquérir un statut égal aux grandes puissances occidentales, l'institutionnalisation du système médical va prohiber la pratique des médecines traditionnelles en 1874 et bannir le chamanisme, instituant les connaissances bio-médicales modernes comme système de pratique et de référence officiel. A partir de 1876 tous les médecins sont tenus d'étudier la médecine occidentale et la neuropsychiatrie est officiellement institutionnalisée à l'université impériale de Tokyo en 1886. Dans le climat hautement politique de l'époque, un des objectifs principaux du gouvernement est de développer l'hygiène afin d'accroître le niveau sanitaire, dans le but de développer une armée égale à celles des puissances occidentales. Dans cette perspective le recours à la psychiatrie va être d'ordre aussi socio-politique, visant non pas réellement à améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, mais plutôt à classer et exclure ceux qui pourraient constituer une menace à la constitution du nouvel ordre social. Par exemple l'Etat missionnera des psychiatres dans certaines régions rurales du Japon où des cas de possession par des animaux (notamment par des renards dit « *kitsune môso* ») à la fin de l'époque Edo furent en augmentation, ces incidents pouvant mener selon l'état à la création de nouvelles religions et à des révoltes ou manifestations contre l'Etat.

A cette époque pratiquement aucune structure publique ne sera créée afin de prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux, contrairement à ce qui se passe à l'époque en Europe et aux Etats-Unis. A la place un nombre très restreint de petites structures privées mais surtout le « confinement » à domicile, tenu par la responsabilité des familles selon l'idéologie familiale de l'époque, se fait sous la supervision de la police et des comités locaux d'hygiène. Les seuls soins accordés aux malades mentaux à cette époque sont donc l'isolement, de la même façon que les maladies infectieuses, et le stigma rattaché à la maladie mentale fait de peur, de honte et de secret, est particulièrement marqué et persistera dans le Japon moderne.

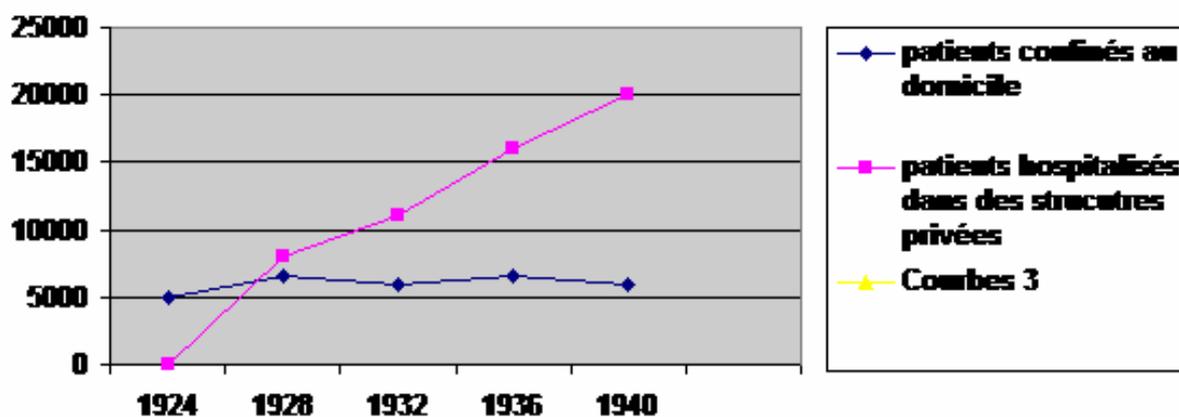
**Photo 1. Confinement d'un malade à son domicile (Préfecture de Gunma) [51]**



Ce système de mise à l'écart des malades mentaux est critiqué à l'époque par les pays occidentaux sur les excès et le manque de légalité, amenant la création d'une loi en 1900 concernant les soins et la détention des personnes souffrant de troubles mentaux. Le

nombre de personnes hospitalisées en structure privée augmente de façon importante entre 1924 et 1941 après la création de cette législation, mais de façon paradoxale le nombre de personnes confinées au domicile restera stable jusque 1950 comme le montre le graphique suivant.

**Graphique 1 : Evolution du nombre de personnes hospitalisés en structures privées et des patients confinés au domicile ( source ministère de la santé [51]**

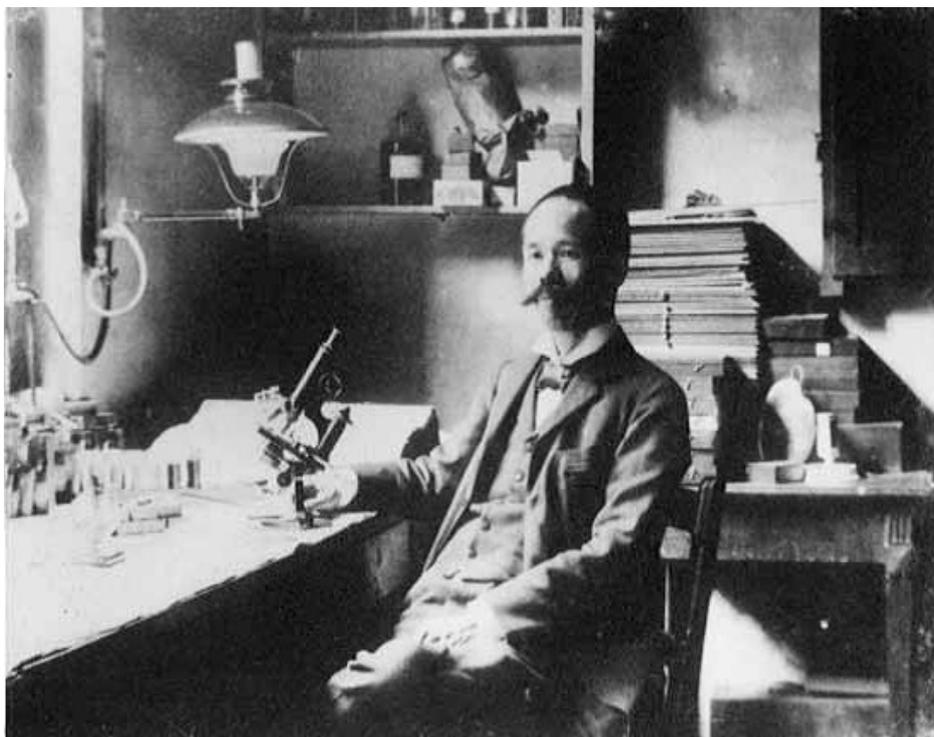


De façon paradoxale à la persistance de ces dispositifs, l'ouverture du Japon aux connaissances scientifiques étrangères et l'introduction de la notion occidentale de mélancolie puis de dépression, va amener le diagnostic de « *Utsushô* » à devenir peu à peu obsolète. L'assimilation progressive par les médecins japonais des connaissances bio-médicales occidentales les amena à critiquer et dénoncer le système médical traditionnel, et mis à mal le « *Ki* », qui fut relégué progressivement au rang de croyances superstitieuses. L'influence de la neuropsychiatrie Allemande amena l'introduction du terme de dépression en tant que maladie du système nerveux. Il est important de noter que dans la médecine japonaise traditionnelle la notion de « nerf » n'existe pas et le cerveau n'est pas considéré comme un organe central dans le fonctionnement du corps humain. Le concept de nerf n'est donc pas évident pour les Japonais de l'époque et de nombreuses idées méconçues circulaient, comme le fait que les nerfs seraient invisibles. Pour anecdote le premier médecin japonais ayant effectué une dissection officielle, *Sugita Genpaku*, créa le terme de nerf en japonais « *shinkei* » en 1774, fin de l'époque Edo.

Le début des années 1900 est marqué par un mouvement de libéralisation de la

psychiatrie, se détachant de l'emprise de l'Etat pour ne plus être un seul outil de répression. Le médecin à l'origine de cette ouverture est Kure Shûzô (1865-1932), appelé le père de la psychiatrie japonaise (*nihon seishin igaku no kusawake*) ou encore le « Pinel Japonais ». Il étudia dans les années 1900 en Allemagne, et fut nommé professeur de psychiatrie à l'université impériale de Tokyo en 1901.

**Photo 2. Shure Kûzô (1865-1932) [51]**



Il fut à l'origine de la création de la société Japonaise de neurologie et de psychiatrie et de la publication de la revue de psychiatrie et de neurologie japonaise (*Shinkeigaku zasshi*), et aussi de l'établissement officiel la classification des maladies mentales de Kraepelin en tant que doctrine académique officielle en 1900. Il se distingue par sa volonté d'humaniser les soins aux malades mentaux et de restructurer les structures hospitalières en prohibant les mesures de détention. Il attira l'attention sur les conditions de détention notamment chez les plus pauvres et sera à l'initiative d'une loi en 1919 pour la création d'hôpitaux psychiatriques.

Suite à ces profondes restructurations de la psychiatrie japonaise le terme de "*Utsushô*" est abandonné peu à peu et le terme de "*Utsubyô*" le remplace pour dénommer la dépression (terme actuel de la dépression en Japonais). La dépression est à l'époque comprise en tant que composante de la "dépression maniaque", une des deux psychoses majeures selon Kraepelin (avec la *dementia praecox*), et donc en tant que maladie chronique et incurable caractérisée par la récurrence d'épisodes psychotiques. La notion de « *Utsubyô* » s'éloigne donc radicalement du sens qu'elle pouvait prendre à travers le terme de « *Utsushô* », et la vision neurobiologique de la maladie mentale se développe considérablement.

Le stigma attaché à cette pathologie commence à devenir particulièrement marqué à cette époque. *Kitanaka Junko* insiste sur le fait que la notion de « *Utsubyô* » devient déconnecté de toute signification sociale et devient par le biais de la neuropsychiatrie moderne une maladie si marquante et stigmatisante que les japonais ne peuvent accepter que difficilement l'idée de souffrir de cette maladie [50]. De plus l'instauration des connaissances et classifications occidentales à l'époque de l'ère Meiji, amena probablement un grand fossé entre le contenu de ces nouvelles connaissances, et les vecteurs d'expression subjectifs de la souffrance et du stress utilisés par les Japonais. Cela crée également une discontinuité entre ces nouvelles théories et les pratiques médicales locales basées notamment sur la médecine Chinoise traditionnelle, qui seront interdites légalement en 1874.

Parallèlement à l'introduction du concept de « *utsubyô* », la fin de l'ère Meiji est marquée par l'augmentation des cas de neurasthénie, appelée "*shinkeisuijaku*" au Japon, une nosologie médicale popularisée par l'Américain George Beard en 1869 en Europe et aux Etats-Unis. Ce syndrome se réfère à un épuisement nerveux dans le contexte de développement industriel de l'époque. Introduite au Japon vers 1880, la neurasthénie sera dénommée comme « Maladie Nationale » par les médias Japonais en 1917 [50], inhérente au processus de modernisation du pays. La neurasthénie est caractérisée par de nombreux symptômes psychiques et physiques tels que une accélération psychique, une insomnie, des difficultés de concentration, des peurs et angoisses irrationnelles, des céphalées, des douleurs gastriques, douleurs oculaires et des sensations anormales dans le corps tels que le sentiment d'avoir un « poids lourd » sur la tête (plainte qui serait

commune dans la clinique des patients dépressifs au Japon d'après Kitanaka [50]. De nombreuses incertitudes conceptuelles persistent et son utilisation en tant qu'équivalent dépressif a été discutée, mais certains cas de neurasthénie semblent fortement se rapprocher cliniquement du diagnostic de dépression.

Ce syndrome est mis en lien par les experts et les médias avec l'excès de travail (*karô*), et serait causé par un « changement des cellules nerveuses du cerveau ». La notion d'hérédité n'est que peu mise en avant et la neurasthénie est présentée comme un trouble pouvant toucher toute personne en regard des événements de vie extérieurs. Pour les intellectuels la neurasthénie est un "produit" de la modernité, et particulièrement de la modernisation du Japon. *Natsume Sôseki*, un des écrivains Japonais les plus célèbres du 20e siècle et qui souffra lui même de neurasthénie, affirma que la neurasthénie était fréquente chez les japonais car « le Japon était engagé dans une modernisation qu'il n'avait pas choisi et qu'il disposait de la moitié du temps que l'occident avait eu pour se moderniser » [50].

Le terme de neurasthénie devient commun et utilisé largement par la population générale pour expliquer et dénommer le stress et la souffrance au quotidien, et aura permis à la psychiatrie de se « légitimer ». Dès 1920 cependant, certains psychiatres dénoncent l'utilisation du diagnostic de neurasthénie comme étant abusive et un peu trop généralisée à toutes sortes de maux quotidiens. Ce concept sera peu à peu abandonné après la seconde guerre mondiale.

## **De l'ère Taishô (1912-1926) à l'ère Shôwa ( 1926-1989)**

### ***Avant et pendant la seconde guerre mondiale***

La période précédant la seconde guerre mondiale sera marquée par l'extension de la psychiatrie dans de nombreux domaines telles que les sciences sociales, le monde industriel et militaire, mais aussi l'éducation, avec notamment la réalisation d'études à grande échelle sur les retards mentaux chez les enfants. Malgré l'humanisme de Shure Kûzô la psychiatrie continue cependant à être un outil pour l'état lui permettant de

contrôler l'adaptation et l'efficacité des travailleurs et des soldats, dans le climat ultranationaliste de l'époque. Le fossé entre la recherche scientifique académique, très active et uniquement pratiquée par les hommes, et la pratique clinique réservée aux femmes dans un cadre de charité et bénévolat, se creuse de plus en plus.

L'idéologie de l'époque avec les théories Darwinistes et la vision de la nation en tant que famille, renforce l'idée que la médecine doit participer à la constitution du « corps de la race japonaise ». Les théories eugéniques se développent de plus en plus avec la publication de journaux spécialisés en 1920. La psychiatrie devient elle aussi inscrite dans le mouvement « d'amélioration raciale », avec la notion d'hérédité et de biologie au premier plan. Un diagnostic de maladie mentale signifiait donc aussi un jugement sur la famille entière du malade, avec la notion de maladie héréditaire et de déficience grave sous jacente, amenant le poids de la responsabilité de la famille dans le discours commun.

Après le vote de la loi sur l'eugénisme en 1940 une étude nationale réalisée par le ministère de la santé sera publiée dans le *Yomiuri Shinbun* (un des quotidiens les plus lus au Japon) et 3000 familles de patients souffrant de pathologies telles que schizophrénie, psychose maniaco-dépressive et retard mentaux seront nommées dans ce quotidien... Ce lourd passé du poids de la maladie mentale, mettant en lien la biologie, la famille et l'hérédité de façon légale, sera repris dans notre discussion concernant la stigmatisation de la maladie mentale et de la dépression, encore très présente actuellement au Japon.

Durant cette période le concept de neurasthénie encore très utilisé, sera associé comme directement associé au taux de suicides croissants (le Japon connaissant son premier pic de suicide dans les années 1900 avec de nombreux cas de suicides « sensationnels » qui seront médiatisés). Le débat concernant le choix du suicide à l'époque oppose des intellectuels qui pensent le suicide comme une source de liberté face à la demande impossible de modernité croissante, et les académiciens qui pour la plupart ayant étudiés en Allemagne affirment que les personnes se suicidant le font du fait de leur nature « physique pathologique » et d'une faiblesse constituée du fait de l'hérédité telle que la neurasthénie [50]. Selon les théories eugéniques les individus souffrant de neurasthénie ou se suicidant ne peuvent s'adapter dans la société actuelle hautement compétitive, et ils constitueraient un « véritable poison pour la société ».

En Europe à la même époque le concept de neurasthénie devient obsolète et parallèlement à ce changement au Japon ce terme sera de moins en moins usagé à partir des années 1930 jusqu'à tomber dans l'obscurité après la seconde guerre mondiale.

### **La période de l'après guerre : fin de l'ère Shōwa (1950 aux années 1960)**

Cette période de l'histoire du Japon, marquée par l'occupation Américaine, influença la psychiatrie par l'apport des théories psychoanalytiques dans les départements universitaires, et la relative mise à l'écart des théories neurobiologiques. La notion de névrose sous le terme de « *noirōze* » devient commune, ainsi que l'usage des tranquillisants mineurs.

L'interdiction du confinement à domicile en 1950 par la loi d'hygiène mentale fut une des évolutions majeures de l'époque, et amena à un véritable boom au niveau de la construction d'établissements privés de santé mentale. Néanmoins dans le contexte d'industrialisation rapide et de croissance économique de l'époque, la loi de 1950 devient appliquée de façon flexible pour justifier un nombre croissant d'hospitalisations sous contrainte, et la majorité du budget de la santé mentale nationale devient allouée à ces hospitalisations avec peu d'impératifs pour les médecins quant aux soins thérapeutiques et la nécessité de réintégrer ces malades dans la société. La révision attendu en 1965 de la loi d'hygiène mentale afin d'améliorer la politique de soins communautaires fut perturbée par l'agression de l'ambassadeur Américain Edwin O Reschauer par un jeune homme de 19 ans souffrant de troubles mentaux. Cet incident amena à renforcer la politique de surveillance des malades mentaux, sous la responsabilité de la police qui répertoriaient les noms de ces personnes puis les arrêtaient et les hospitalisaient [51].

Peu à peu les critiques internationales augmentent, accusant la psychiatrie japonaise d'être un système de confinement de masse, le manque de soins spécialisés, et le management orienté vers le profit financier. Un mouvement antipsychiatrie se forme et l'unité de psychiatrie de l'université de Tokyo sera démantelée comme beaucoup d'autres dans le pays, et occupée par des étudiants pendant les dix années suivantes. Malgré ce mouvement la structure et le fonctionnement des hôpitaux privés de santé mentale

s'avèreront résistantes aux changements.

La relative courte prédominance post guerre de la psychiatrie Américaine fut rapidement remise en question au début des années 1950 par les intellectuels de l'époque, ayant pour la majorité réalisés leurs études en Allemagne, qui ne tardèrent à replacer la neurobiologie Kraepelienne comme enseignement de référence. En parallèle à cela le concept de *shinkeishitsu*, tempérament anxieux caractérisé par une hypersensitivité, fut développé à la même époque par Morita Masatake qui développe également un concept de thérapie originale, la thérapie de Morita, en réponse à ce trouble. Il apporta sa propre contribution à la psychologie japonaise en opposition à la neurobiologie et à la psychanalyse Américaine.

La nosologie actuelle de dépression « *utsubyô* » devient de plus en plus usitée, et la notion de dégénérescence héréditaire qui lui était associée de plus en plus critiquée. La dépression se médicalise et le nombre de patients ambulatoires consultant pour dépression à l'université Jikei de Tokyo double entre 1964 et 1971 [50]. Naît une volonté de réduire le stigma associée à la dépression et les psychiatres japonais se détachent des théories de déterminisme génétique de la dépression. Se développent de nouvelles théories avec notamment l'introduction par Shimoda Mitsuzô, Professeur à l'université impériale de Kyûshû, d'une nouvelle psychopathologie de la dépression. En observant qu'un nombre considérable de patients considérés comme neurasthéniques partageaient des traits de personnalités communs tels que le caractère sérieux, méticuleux, studieux, honnête et responsable les amenant parfois à une tendance à l'excès de travail, il fit le parallèle avec la théorie psychopathologique du « Typus Melancholicus » développé par le phénoménologue Allemand Tellenbach en 1961. Cette théorie amène l'hypothèse d'un terrain prédisposant à la dépression qui apparaît comme une réaction biologique adaptative à l'épuisement [50]. Cette théorie sera reprise et particulièrement développée dans le Japon actuel concernant la dépression liée au travail, mais connut relativement peu d'écho à l'époque où elle fut développée. Shimoda apporte cependant une nouvelle manière d'illuminer la relation complexe entre biologie, psychologie et environnement social dans la dépression.

Un autre aspect particulièrement important pour notre étude dans ce mouvement visant à destigmatiser la dépression, est celui du développement de la médecine psychosomatique (*shinryô naika*). Les théories biomédicales occidentales à l'époque sont fondées sur le

dualisme Cartésien opposant le corps et l'esprit comme deux unités indépendantes. La médecine psychosomatique, prônant une relation intime entre le corps et l'esprit, n'est pas spécifique au Japon mais ce qui semble particulier à l'approche japonaise est la focalisation portée sur les soins « au corps » dans un premier temps, avec la croyance que cela permettra une amélioration psychique. Un des élèves de Shimoda, Shinfuku Naotake, évoqua pour la première fois au Japon en 1969 la notion de dépression masquée, forme de dépression qui sera très usitée dans les années 1960-1980 avec un tableau clinique composé principalement de symptômes somatiques et l'absence de sentiment dépressif évident. Les psychiatres japonais tentent en effet de rendre la dépression plus familière en la mettant en parallèle avec les métaphores traditionnelles au Japon, présentant la dépression comme une maladie touchant le corps dans son intégralité ou comme une baisse de l'énergie vitale (à mettre en parallèle avec les théories concernant le *Ki*). Certains auteurs parlent du phénomène de « dépsychologisation » de la dépression au Japon [50].

Enfin en 1975 Kasahara Yomishi et Kimura Bin, deux célèbres psychiatres et psychopathologistes japonais, développèrent un système de diagnostic de la dépression et de la manie incluant les critères symptomatiques, le pronostic, les traits de personnalité prémorbide et les situations causales ( Annexe 1). Cette classification resta longtemps une référence pour l'apprentissage des psychiatres japonais avant l'introduction du DSM 3 en 1982.

## **De la fin de l'ère Taishô en 1989 à l'ère actuelle Heisei**

Le mouvement antipsychiatrique se termine de façon symbolique en 2001 par la réintégration d'un professeur de Neurobiologie dans le département de psychiatrie de l'université de Tokyo. Selon Junko Kitanaka ce mouvement aurait permis de façon temporaire d'annihiler la prédominance de la neuropsychiatrie et des théories de l'hérédité.

L'abolition du système hiérarchique contrôlé par l'université et les forces de police a permis l'orientation vers une psychiatrie orientée vers la communauté, et les jeunes psychiatres commencent à s'installer dans des structures privées de taille plus réduite et offrant des soins ambulatoires [50]. Les lois de 1987 et 1995 sur la santé mentale sont

fondamentales pour la désinstitutionalisation, la normalisation et la réhabilitation des malades mentaux

Un autre point tournant est l'introduction du DSM-3 en 1982. Malgré les critiques précédentes de la psychiatrie Américaine par les psychiatres Japonais la psychiatrie se « réaméricanise ». L'influence du DSM 3 reste discutée mais s'avère « profond » selon Kitanaka [50].

A travers ces changements profonds de la psychiatrie japonaise et aussi l'introduction des antidépresseurs en 1960 la conceptualisation de la dépression évolue elle aussi parallèlement. La théorie de Shimoda concernant la relation complexe entre biologie, psychopathologie et environnement social dans la dépression est reprise et développée devant le nombre croissant de cas de dépression liée au travail, forme de dépression qui est actuellement reconnu comme maladie professionnelle au Japon. Kato reprit les théories du Typus Mélancolicus dans ses travaux concernant la psychopathologie de la dépression liée au travail [58], mettant en avant la difficulté d'adaptation du Typus Melancholicus dans la société actuelle, potentiellement facteur d'entrée dans la dépression qui devient une réponse adaptative à l'épuisement.

Le stigma attaché à la dépression reste néanmoins encore très fort jusque dans les années 1990, et l'attitude du public envers la dépression défavorable. Le poids de l'histoire et la connotation évoquant une maladie grave du mot "*utsubyou*" est toujours présente. Au contraire le mot dépression utilisé dans le monde anglophone est plus général est peut être utilisé dans différents contextes, ce qui le rend probablement moins stigmatisant, à la différence du terme "*utsubyou*" qui est utilisé uniquement en psychiatrie. Dans le langage général une variété d'expression est utilisée pour exprimer la tristesse telle que "*ki ga omoi*" (esprit lourd), "*ki ga harenaï*" (l'esprit ne s'éclaire pas) [57].

En 1999 l'introduction du premier antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine au Japon (Fluvoxamine) va s'accompagner de campagnes de déstigmatisation de la part des compagnies pharmaceutiques, utilisant l'expression "*kokoro no kaze*" ( le rhume du coeur) pour qualifier la dépression et la rendre plus acceptable aux yeux de la population. Avec cette "popularisation" de la dépression le nombre de patients diagnostiqués dépressifs va considérablement augmenter passant de 441 000 en 1999 à

1 041 000 en 2003 (57). Mais malgré ces campagnes et les efforts actuels du gouvernement japonais, la dépression reste une maladie toujours empreinte du poids de la stigmatisation au Japon.

Enfin, selon Kitanaka beaucoup de médecins japonais aujourd'hui considèrent encore la dépression comme une maladie affectant le corps (*karada no byouki*) et l'individu dans sa globalité [50]. Ce concept semble important à prendre compte dans notre discussion ultérieure sur la place des symptômes somatiques dans la symptomatologie de la dépression au Japon.

-

## II.c CONCEPTS IMPORTANTS POUR LA COMPREHENSION DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION AU JAPON

Nous avons choisi après ce bref historique de la psychiatrie et de la dépression au Japon d'exposer quelques notions nous semblant importantes à prendre en considération pour la compréhension ultérieure de la psychopathologie de la dépression et du lien entre dépression et somatisation au Japon. Cet exposé ne se peut exhaustif, mais sera focalisé sur deux aspects qui nous ont semblés primordiaux : la conceptualisation au Japon de toute chose en terme de *Omote* et *Ura* et des relations humaines en termes de *Tatemaie* et *Honne* selon la théorie du psychanalyste Doi Takeo, et la construction du Moi à travers l'importance du groupe dans la société Japonaise et les conséquences sur les modes de communication entre individus. Ces deux aspects seront repris dans la discussion étayant nos descriptions cliniques et le lien entre dépression et somatisation au Japon.

### **1. L'oeuvre de Doi Takeo : la relation psychodynamique entre l'endroit (*omote*) et l'envers (*ura*)**

Takeo Doi est un psychiatre et psychanalyste Japonais, célèbre pour avoir introduit dans son oeuvre "Le jeu de l'indulgence" la notion psychopathologique d'*amae*. Il fut élève de Kosawa et bénéficia d'une formation aux Etats-Unis où il fut amené à s'interroger sur les différences culturelles qu'il constata, et s'interrogea sur les rapports entre psychiatrie et culture de par cette expérience.

A travers une approche philologique de la langue Japonaise il émit l'hypothèse de la particularité du « Moi Japonais » à travers la notion du sentiment d'*amae*, notion difficilement traduisible du vocabulaire japonais, "désir d'indulgence de la part de l'autre" (être certain que l'autre répondra avec amour) en référence à la relation materno-infantile [43]. Cette théorie novatrice à l'époque Doi la décrit comme universelle, mais de part son caractère particulièrement japonais tente d'explicitier le mode de fonctionnement de cette société. Ces travaux étaient les seuls à l'époque pour un auteur Japonais à être reconnus comme ayant un impact pour la pensée psychiatrique occidentale.

Dans cette lignée et en relation intime avec la psychopathologie de l'*amae*, il proposa à partir d'une analyse de concepts linguistiques récurrents et fondamentaux dans la langue Japonaise, les concepts de *Omote* et *Ura* et de *Tatemaie* et *Honne*, une explication sur les modes de pensée et de comportement des Japonais dans son oeuvre traduit en Français sous le nom de "l' Endroit et l'Envers" en 1985 [46].

Le postulat de base de l'analyse de Doi est que le langage peut refléter certaines particularités propres à la culture qui l'entoure et qui l'a façonné. Autrement dit si "le langage impose à la pensée et donc à l'action, on peut tenter d'analyser des faits langagiers pour saisir les modes de comportement d'un groupe donné de locuteurs" [46]. Doi avait déjà utilisé cette théorie pour son oeuvre "le jeu de l'indulgence" en décrivant certains comportements et aspects de la mentalité japonaise à travers le terme d'*amae*. Il fait de même dans "l'endroit et l'envers".

A noter que dans le cas du Japonais les mots qui seront analysés ici sont écrits en caractères chinois (sinogrammes ou kanjis), ces caractères étant arrivés au Japon vers le IVe siècle via la Corée, le Japonais n'ayant pas de système d'écriture à l'origine.

### **Omote (表)et Ura(裏)**

*Omote*(表) peut se traduire de façon commune en Japonais par l'endroit ou le devant, et *Ura* (裏) par l'envers ou l'arrière. Ces deux notions sont largement utilisées dans bon nombre d'expressions japonaises. Par exemple *omote-ji* est le tissu utilisé autrefois pour la partie visible d'un vêtement tandis que *ura-ji* (裏地) s'utilise pour la doublure. Ce couple à la fois contraire et complémentaire mais indissociable, est à replacer dans le prolongement des réflexions sur l'*amae* et l'ambivalence retrouvée dans la psychopathologie Japonaise selon Doi.

*Omote* est ce qui est visible, et donc donné à voir en surface, tandis que *Ura* est ce qui est caché derrière cette surface qu'est l'*Omote*. Rapporté à l'être *Omote* constituerait son interface sociale et ce qu'il donne à voir aux autres sujets, tandis que *Ura* pourrait se ramener à l'intimité du sujet et à sa subjectivité. Ces deux notions ne sont pas seulement contraires et complémentaires, mais aussi indissociables car sans *Omote* il n'y a pas

d'*Ura* et la présence de l'un implicite celle de l'autre. Ce sont les deux faces d'une même unité. Cela est particulièrement implicite dans l'expression "*Omote wo tateru*" qui signifie littéralement "bâtir une façade" (implicite pour cacher l'*Ura*).

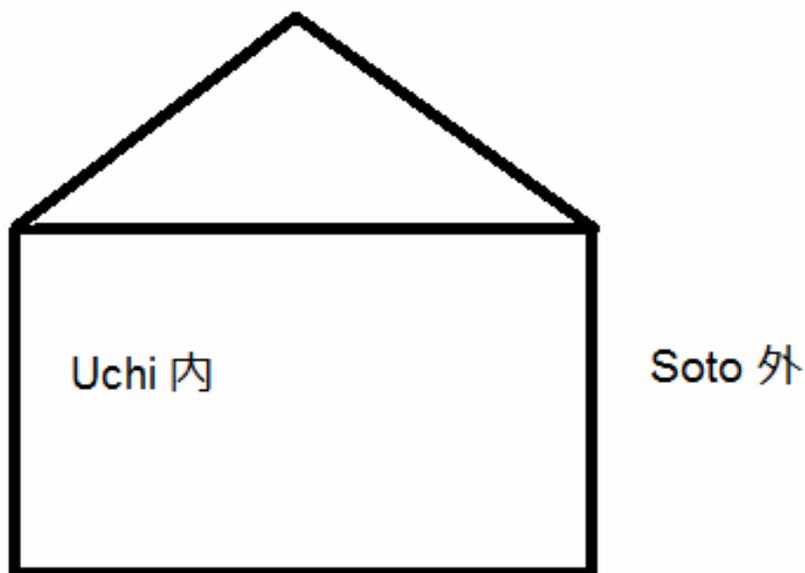
Dans le sens commun la façade cache ce qui est à l'arrière de celle-ci, mais Doi insiste particulièrement sur la relation dynamique de *Omote* et *Ura* car *Omote* peut cacher l'*Ura* mais *Omote* est avant tout ce qui révèle *Ura* et l'exprime. Doi le traduit par "*Omote et Ura, cela peut être le visage, qui révèle ou masque l'esprit, cela peut être aussi être la parole, qui traduit ou travestit la pensée.*"[46]. Il utilisera également pour expliciter ce concept la métaphore des masques de Nô, théâtre traditionnel japonais utilisant une centaine de masques différents dont un aspect de l'émotion du visage est accentué au défaut des autres. Au Japon ce couple de notions complémentaires est largement usité, soulignant selon Doi l'attention portée à l'ambivalence des choses.

Une autre signification importante du couple *Omote/Ura* dans le cadre des rapports humains, est celle de dehors/dedans, qui se traduit plus fréquemment en Japonais par les termes *Soto* (外) et *Uchi* (内). Dans la société Japonaise ce rapport entre l'extérieur *Soto* et l'intérieur *Uchi* est un concept clef important à prendre en compte pour la compréhension des rapports humains.

Les concepts de *Soto* et *Uchi* portent sur la notion du groupe, concepts universels mais particulièrement importants dans la société Japonaise. *Uchi* se rapporte au groupe privé c'est à dire la famille, mais aussi l'entreprise ou l'école, alors que *Soto* se rapporte à tout ce qui est extérieur à cela. Il s'agit de groupes relevant d'une sphère spatiale mais aussi et avant tout d'une sphère relationnelle. Dans de nombreuses situations lorsque l'on s'adresse à une personne on s'interroge sur l'appartenance de cette personne à son propre groupe (*Uchi*) ou non (*Soto*), et le niveau de politesse du langage employé variera fortement en fonction de cette appartenance. Un même individu appartiendra à différents groupes *Uchi* et *Soto*, et ce qui est *Soto* à un moment peut devenir *Uchi* à un autre.

A noter que *Uchi* peut s'écrire par le biais de deux idéogrammes en Japonais, 内 et 家.

Il signifie lorsqu'il est écrit avec le premier idéogramme "intérieur, dedans", et "la maison" lorsqu'il est écrit avec le deuxième, ce qui connote fortement la signification presque "familiale" du groupe *Uchi* pour le sujet.



Il existe une troisième signification moins usitée du couple *Omote/Ura*, il s'agit de *Kao* et *Kokoro* : visage et coeur.

En Japonais classique *Omote* signifie le visage 面 (*Kao* en japonais moderne) et *Ura* signifie implicitement coeur, esprit, âme (*Kokoro* actuellement). A l'exception d'une autre forme de théâtre japonais le *Kabuki* où les masques sont appelés *Omote*, très peu d'expressions utilisent encore actuellement *Omote* et *Ura* dans cette signification. Cependant Doi en déduit que la dualité de *Omote* et *Ura* s'est construite sur celle de visage et coeur en la généralisant à d'autres concepts, ce qui nous permettra de mettre cette dualité plus tard en parallèle avec celle du corps et de l'esprit dans notre discussion.

Doi fait ensuite le lien entre les notions de *Omote/Ura*, *Soto/Uchi* avec celles de *Tatemaie/Honne*, autres notions importantes à prendre en compte dans la compréhension de la psychopathologie au Japon.

## *Tatemae et Honne*

Cet autre couple de termes complémentaires est relié à un mode de comportement qui serait la aussi spécifique à la culture Japonaise selon Doi.

Dans la lignée de l'*Omote* le *Tatemae*, ou littéralement la façade, signifie ce qui est de principe en tant que règle établie et admise par la communauté du sujet qui l'applique tandis que le *Honne*, le fond des choses, représente les pensées propres à l'individu et serait lui relaté à l'*Ura*. De la même façon que *Omote* et *Ura* ces deux notions sont contraires mais aussi indissociables et fonctionnent de manière diyadique. Il n'attribue pas de valeur morale à l'un ou l'autre.

Doi explicite ce couple *Honne/Tatemae*, comme théorie universelle en la comparant à l'opposition public et privée, à l'institution et l'individu, ou encore à "l'ordre légitime" de Max Weber, mais il conclue néanmoins "qu' il est indéniable que la conjugaison du *Tatemae* et du *Honne* est une façon proprement japonaise de penser et de sentir les choses", et que les japonais ont pensé les rapports humaines depuis longtemps en ces termes [46].

Dans la sphère de *Soto* et *Uchi* les notions de *Tatemae* et *Honne* prennent toute leur signification: il n'est ainsi pas facilement envisageable qu'un japonais présente son *Honne* dans un espace de type *Soto*, et à l'inverse dans un espace *Uchi* il n'est pas nécessaire de se limiter au *Tatemae* et les sentiments véritables peuvent transparaître.

Doi conclue que ces deux unités que sont le *Honne* et le *Tatemae* sont vectrices d'ambivalence mais aussi d'équilibre pour le psychisme de l'être humaine.

Nous pouvons proposer le schéma récapitulatif suivant :



Ces notions nous ont paru importantes à placer en préambule pour une meilleure compréhension des particularités de la psychopathologie de la dépression au Japon, et seront repris lors de la discussion. Ils nous permettent de faire le lien avec la partie suivante portant sur les particularités de la construction du Moi et de son lien au groupe au Japon.

## **2. Particularités du Moi au Japon et la notion de corps social**

### **Le Moi et son lien au groupe au Japon**

La psychanalyse bien que peu pratiquée cliniquement au Japon, est connue de la plupart de nos confrères japonais et enseignée dans certaines écoles. Qu'en est il de la construction du Moi et de ses caractéristiques, dans une société connue pour l'importance

qu'elle accorde au collectivisme? Nous aborderons des notions d'abord générales concernant la construction du Moi et ses caractéristiques au Japon, puis la notion de "Moi de Groupe", principalement relatée par des auteurs occidentaux, pour arriver enfin à celle de corps social en évoquant l'importance des modes de communication indirectes.

Markus et Kitayama avancèrent en 1991 la théorie selon laquelle dans beaucoup de pays non occidentaux et notamment en Asie, le Moi est construit de manière interdépendante et que la personne est reliée au groupe social qui l'entoure [53]. De façon générale la société Japonaise est une société orientée vers le groupe et une grande importance est accordée à l'unité sociale. La recherche de l'harmonie sociale est une valeur culturelle primordiale chez les Japonais, et de ce fait les comportements et modes de communication sont construits et utilisés en ce sens, afin de ne pas déranger ou perturber l'ordre social. L'individu, et donc le Moi qui le caractérise, est indissociable du groupe social environnant. Doi Takeo, dans son ouvrage le "Jeu de l'indulgence ", évoque la particularité du Moi Japonais comme socialement intégré, connecté et dépendant du groupe social et donc de l'autre [53]. Dans la même ligne d'idées Jerome Young évoque la vision qu'ont les Japonais de leur propre identité, en tant qu'individus "socialement reliés", pour lesquels la "dépendance" et la complaisance aux désirs de l'autre est cruciale pour le maintien de l'ordre social [38]. Très tôt, dans le processus de sociabilisation de l'individu au Japon, cette attention constante vers l'autre et l'harmonie du groupe est encouragée, et la recherche d'accomplissement de ses désirs et souhaits personnels est considérée de façon secondaire devant cette recherche d'harmonie sociale.

Le Moi Japonais étant sous tendu par cette valeur fondamentale d'harmonie sociale, le terme de "Moi de Groupe" ou "Moi familial" a été proposé par Alain Roland, psychologue et psychanaliste américain, dans son ouvrage « *In search of self in India and Japan* » [44] puis repris par d'autres auteurs. Il expose à partir d'une série de cas cliniques la particularité du Moi au Japon et en Inde comme étant « étendu » et fortement lié à la famille et au groupe, en comparaison avec la notion de self plus individualisé en Occident en citant l'exemple des Etats-Unis. Cette recherche d'harmonie sociale et l'importance accordée au collectivisme a probablement pris source d'une part dans la religion et l'influence du confucianisme, une importante école philosophique, morale, politique et religieuse de Chine. Le penseur philosophique Confucius est à l'origine du confucianisme, doctrine d'Etat imposée en Chine jusque 1911 et introduite dans dans d'autres pays

d'Asie comme la Corée et le Japon. Elle prône l'individu comme soumis à la société qui lui donne sa définition, la société étant composée d'une "collection" de familles anonymes et la famille comme une micro-société, lui apprenant les règles communautaires.

Young évoque d'autre part une conception sociale du Moi au Japon, en tant que Moi divident, composé d'un "*public outer self*" (Moi extérieur) et d'un "*private inner self*" (Moi interne ou privé) [38]. Un processus clé de la sociabilisation particulièrement important au Japon est l'apprentissage de la faculté à utiliser de façon adaptée à chaque situation son Moi extérieur ou au contraire son Moi interne. Cela se rapproche fortement de la théorie de Doi Takeo exposant la balance des concepts clefs dans la pensée Japonaise de *Tatemaie et Honne*. Le "Moi interne" peut être mis en parallèle avec le *Honne* tandis que le "Moi externe" peut se rapprocher de la symbolique du *Tatemaie*. La faculté qu'aura l'individu à contrôler son « Moi externe » c'est à dire ses propres désirs, préférences ou souhaits est indispensable au maintien de l'harmonie du groupe social.

Ce qui va permettre à l'individu de contrôler cet équilibre entre Moi extérieur et Moi privé c'est le processus de sociabilisation, dépendant en partie de la volonté du sujet. Le terme volonté en Japonais se traduit généralement par *iyoku* (意欲), mais aussi par le terme utilisé de façon générale pour esprit, *seishin* 精神 (comme on peut le voir par exemple dans l'expression "Vouloir c'est pouvoir" traduisible par "*seishin ittou nanigoto ka narazaran*", 精神一到何事か成らざら). Le terme de *seishin* est important à prendre en compte pour la compréhension du Moi Japonais. Il se rapporte à une valeur culturelle hautement estimée au Japon, la volonté, la morale mais aussi la pureté, le premier idéogramme composant ce terme *sei* (精) étant un caractère relaté à la pureté et la morale. Le contrôle de la balance entre *Honne* et *Tatemaie*, ou le "moi intérieur" et le "moi extérieur" est donc fortement dépendant de l'esprit "*seishin*". Avoir un "*seishin* faible" (*seishin ga yowai*) cela peut être une menace pour l'harmonie du groupe social et le risque d'être mis à l'écart de ce même groupe. Un "*seishin* fort" (*seishin ga tsuyoi*) au contraire c'est en partie savoir utiliser des modes de communication implicites ou dits indirects, valeur importante en Asie et notamment au Japon, et ce toujours dans le but de préserver l'harmonie sociale.

## **L'importance des modes de communication indirecte au Japon**

D'une manière générale il semble plus commun d'exprimer directement des sentiments déplaisants dans les sociétés qui promouvent l'individualisme, avec des limites claires dans les relations interpersonnelles, que dans les sociétés collectives comportant des niveaux plus flexibles de relations qui semblent eux valoriser l'expression indirecte des sentiments. Bien que les modes de communication non verbaux soient universels, il semble qu'en Asie Orientale (Chine, Taïwan et Japon) ils sont particulièrement valorisés.

Le Japon où l'harmonie du groupe social est un concept culturel privilégié, une importance particulière est attachée à la communication "indirecte" de façon à ne pas perturber ou "agresser" l'autre et à préserver l'harmonie sociale. Un des traits communs du caractère japonais « traditionnel » est d'orienter tout échange personnel vers la recherche d'un consensus en vue de ne pas faire perdre la face à autrui. Savoir utiliser les modes de communication indirecte, rendant la parole inutile ou secondaire à l'expression des sentiments ou pensées pouvant menacer l'intégrité du groupe est la marque d'un *seishin* fort. En Corée du Sud des concepts similaires existent, il est nécessaire pour l'individu de préserver l'harmonie (*Hwa*) du groupe et le renoncement (*Yumchi*) devient une vertu sociale [53]

L'importance accordée à ces modes de communication se retrouve dans l'existence de verbes et termes s'y rapportant. En Corée lire la pensée dans les yeux d'autrui se dit *Noonchi*, et ce type de communication non verbale est valorisé et "enseigné" à être décodé dès l'enfance et au sein de la famille [53]. En chinois, *Yi Xin Chuán Xin* signifie « communiquer par le cœur sans langage énoncé ». En japonais, *Ishin denshin* (以心伝心) se traduit par "communication de coeur à coeur" (traduisible aussi par télépathie). Le psychanalyste japonais Doi remarqua à ce propos lors de son séjour aux Etats-Unis que les Occidentaux sont mals à l'aise face au silence mais que les Japonais peuvent s'asseoir ensemble de longs moments sans converser. Le silence est une valeur culturelle, se rapportant à la dimension du "Moi interne".

Nous terminerons cet exposé des notions importantes, pour la compréhension ultérieure de la psychopathologie de la dépression au Japon, par l'introduction du concept de corps

social en lien avec l'importance accordée à la collectivité au Japon et l'individu en souffrance, et plus particulièrement de l'individu souffrant de dépression.

### **La notion de "corps social"**

La sociabilisation, processus universel permettant à l'être humain de développer ses modes de relation avec les autres membres de la société et au cours duquel il apprend et intériorise les normes et les valeurs communes, est un processus universel mais dont les modalités seront propres au "groupe socio-culturel" du sujet. Comme nous l'évoquions précédemment le processus de sociabilisation au Japon implique une importance particulière à l'harmonie du groupe social et familial. Qu'en est-il dans ce contexte de l'individu en souffrance, et plus particulièrement de l'individu souffrant de dépression?

La souffrance peut s'inscrire dans un contexte de difficultés sociales, que ce soit au travail ou dans le milieu familial. Dans un souci de préoccupation du maintien de l'équilibre du groupe environnant, professionnel ou familial le corps, c'est à dire les différentes plaintes somatiques pouvant être exprimées par le patient lors du vécu d'un syndrome dépressif, peut être dans cette perspective un moyen d'exprimer cette souffrance. Il peut permettre aussi d'interférer sur le comportement des membres du groupe proche, d'où la notion de "corps social". Le corps est en effet considéré traditionnellement au Japon comme "faible" et prompt à devenir malade au delà de la volonté de contrôle du sujet, et donc indépendamment du Moi. La maladie physique est plus à même d'attirer la sympathie, l'indulgence et la compassion des sujets proches du patient. Au contraire exprimer directement son désaccord ou ses difficultés face à une situation donnée peut être considéré comme un acte délibéré potentiellement perturbateur pour les autres membres et témoin d'un "Moi faible".

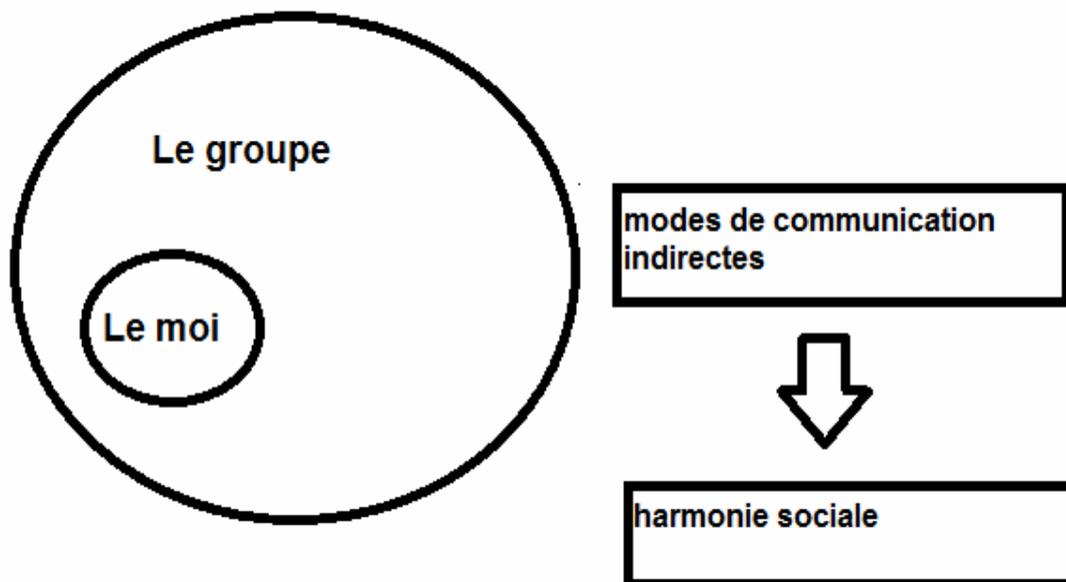
Le corps et sa souffrance deviennent levier potentiel de changements de comportement des personnes proches du patient, et parfois même reflet, ou métaphore d'une prise de position voire même de signes de protestations sociales [5]. Le corps social c'est donc le corps de l'individu comme une partie d'un groupe, en tant que terrain où les normes et attentes sociales s'inscrivent, supposant que la souffrance exprimée par un individu malade témoigne aussi de celle du groupe socio-familial environnant. Kleinman développera l'importance du contexte global dans laquelle s'inscrit l'expérience de la

maladie avec la notion de souffrance sociale (*social suffering*) [55]. Là où les mots n'arrivent pas (ou plus) à contenir la souffrance, le corps de l'individu est considéré comme une partie d'un tout, et ce qui est exprimée à travers ce corps malade peut aussi être témoin de celle du corps social en entier. Cette notion de "corps social" est notamment intéressante à prendre en compte dans le cas du stress au travail et de la dépression liée au travail. Ce type de dépression est étudié et reconnu comme maladie professionnelle et potentiellement indemnisable au Japon.

Pour résumer ces quelques notions préalables à notre étude concernant le lien entre le Moi, le groupe et la présentation symptomatique de la dépression au Japon ressortent plusieurs notions importantes:

- Celle du "Moi dit familial ou de groupe", orienté vers la collectivité et de la valeur primordiale de l'harmonie sociale
- La valorisation des modes de communication indirecte afin de préserver cette harmonie et de maintenir l'intégrité sociale.
- La notion de "corps social", c'est à dire le corps comme moyen d'expression d'une souffrance propre au groupe social, ou comme signe de protestation ou prise de position sociale.

Nous terminerons avec ce schéma explicatif :



## **Conclusion**

Les notions exposées dans cette première partie nous ont permis de placer le contexte de notre étude, la psychiatrie ne pouvant prétendre se détacher de l'histoire de son pays et de sa culture.

La dépression au Japon, maladie encore fortement stigmatisée dans le cadre historique et social dans lequel elle s'est inscrite, est un véritable problème de santé publique au Japon à l'heure actuelle.

Il semblerait qu'aujourd'hui encore, beaucoup de médecins japonais considèrent la dépression comme une maladie affectant le corps et l'individu dans sa globalité. L'individu

étant fortement relié au groupe social qui l'entoure, et l'aptitude à la sociabilité dépendante en partie de la balance entre le Honne et le Tatemae, chez l'individu souffrant de dépression au Japon ces concepts seront importants à considérer dans la compréhension du lien entre somatisation et dépression au Japon.

Nous exposerons dans la partie suivante les bases théoriques pré-existantes générales concernant le lien entre culture, dépression et somatisation. Beaucoup de travaux se sont portés sur cette question, nous nous intéresserons donc aux différents contextes culturels évoqués lors de ces études, tout en citant de façon privilégiée ceux concernant l'Asie et le Japon.

-

### **III. DEPRESSION, SOMATISATION ET CULTURE: APPORTS DES DIFFERENTS COURANTS THEORIQUES**

#### **III.a DEFINITIONS ET GENERALITES**

##### ***1. Définition de la somatisation chez les patients dépressifs***

La somatisation est un phénomène qui se relate à de nombreux champs tels que l'anthropologie, la psychologie et la psychiatrie, et de ce fait de nombreuses définitions en ont été proposées.

Dans le langage courant il s'agit d'un concept récent qui apparaît dans les dictionnaires en 1980 sous la définition suivante: " la somatisation est le fait de somatiser, ce qui signifie convertir des troubles psychiques en troubles somatiques".

Dans le domaine psychiatrique les travaux de Lipowski dans les années 1980 furent parmi les premiers à définir le processus de somatisation comme « une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale. » Ce processus de somatisation interviendrait en réponse à un « stress psychosocial ou une souffrance psychologique » [3].

Le concept de somatisation tel qu'il est défini ci-dessus recouvre en fait trois situations théoriquement différentes selon les travaux de Cathébras et Rousset [4] :

- La somatisation en tant que manifestation associée à un trouble psychiatrique ou venant le « masquer ».
- La somatisation en tant que désordre psychiatrique tels que les troubles somatoformes dans le DSM-IV TR, comportant le trouble somatisation, le trouble de conversion, l'hypocondrie, le trouble douloureux et le trouble somatoforme indifférencié. La différenciation n'est pas toujours simple car il existe une co-morbidité importante entre le trouble somatisation et d'autres affections psychiatriques comme le trouble dépressif.

- La somatisation comme un style de comportement vis-à-vis de la santé en général et de la maladie, dit « comportement-maladie » (« *illness behaviour* »). Ce comportement sera influencé par plusieurs facteurs dont les facteurs familiaux et socio-culturels.

Ce qui va nous intéresser plus particulièrement dans cette étude est la première et dernière situation. En Psychiatrie une forte association entre somatisation et trouble dépressif a été montrée, ainsi que dans les troubles anxieux. Dans cette étude nous allons nous centrer uniquement sur la somatisation dans le cadre précis des troubles thymiques, qui peut être défini de la façon suivante : **la somatisation chez les patients dépressifs peut être défini comme la perception sélective voire la focalisation sur les manifestations somatiques du trouble dépressif, avec une minimisation voire un déni des changements affectifs et cognitifs.**

Cette définition assez vaste se réfère à plusieurs types de phénomènes que nous allons essayer de préciser. Deux profils de somatisation peuvent être retenus de façon générale chez les patients souffrant de dépression.

1. Premièrement celui représenté par des patients souffrant de troubles psychiatriques qui vont se présenter aux services de soins avec des symptômes somatiques, sans plainte psychologique évidente. Se trouve sous tendu le déni de la souffrance psychologique et la mise en avant de symptômes somatiques. Dans cette perspective la somatisation est utilisée en tant que stratégie défensive contre la prise de conscience et l'expression d'une souffrance psychologique. Elle se rapporte d'un point de vue psychodynamique à l'Alexithymie, concept proposé par Nemiah et Sifnéos en 1970, pour décrire une difficulté voire incapacité à exprimer ses émotions et sentiments par des mots, et de difficultés de distinction entre les émotions et les sensations physiques. Elle s'inscrit dans le champ de la névrose pour certains auteurs.

2. Le deuxième profil que l'on peut retrouver est celui de patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques connus, mais qui vont reporter de façon répétée la présence de symptômes physiques non expliqués par les examens cliniques et para-cliniques. Quelques travaux tentant d'expliquer ce phénomène ont proposés le concept d'amplification somato-sensitive, c'est à dire la perception amplifiée et intensifiée de signes somatiques et notamment douloureux.

Chez les patients présentant un épisode dépressif majeur, la somatisation peut rentrer dans ces deux types de cas. On retrouve soit la perception sélective et la focalisation sur les manifestations corporelles de la dépression avec minimisation des changements sur le plan affectif et cognitif propres au diagnostic d'épisode dépressif majeur, soit un déni à proprement parler de ces composantes affectives et cognitives avec une présentation purement somatique. Ces patients n'ont pas d'anomalie biologique ou somatique discernable, ou présentent une maladie physique mais en amplifient les symptômes et ont recours de façon fréquente aux services médicaux. Il s'agit d'une situation problématique et fréquente dans les services d'urgence.

Pour résumer on peut proposer une répartition de la somatisation chez les patients souffrant de dépression majeure en 3 groupes :

- Ceux qui semblent appartenir à un modèle purement somatique de la maladie
- D'autres qui vont exprimer des plaintes purement affectives et cognitives
- La vaste majorité percevant à la fois la composante symptomatique, affective mais aussi somatique de la dépression.

## ***2. Définition de la culture***

L'anthropologie médicale étudie la manière dont les différentes sociétés perçoivent, définissent et expliquent la maladie et la mort, événements de vie universels qui peuvent prendre des formes d'expression et de réponse spécifiques au cadre socio-culturel où ils surviennent. La maladie selon les théories anthropologiques est vécue comme une expérience culturelle, subjective à un contexte socio-culturel donné. Cela nécessite une définition préalable de la culture.

La culture, phénomène humain universel, peut être définie comme un système à l'échelle macroscopique incluant les croyances, valeurs et pratiques dans un environnement ou milieu social donné. Il n'existe pas d'homme sans culture et l'idée d'un homme universel existant en dehors d'un contexte culturel est réfutée [5]. La culture est un système très

complexe et mouvant, en fonction des différents mouvements extérieurs mais aussi de ses propres mouvements internes. Il s'agit d'un système non uniforme qui est composé lui-même de plusieurs sous-cultures toujours en mouvement. Les philosophes la définissent comme un «découpage rationnel » définissant des catégories permettant d'appréhender le monde, et de donner du sens aux évènements internes et externes. Ces catégories sont arbitraires dans le sens où elles sont transmises de manière implicite, et sont partagées par un groupe culturel fondant la pertinence des représentations pour ce groupe donné.[5]

Ce qui va être fondamental dans notre étude est la notion de modèle culturel. En effet la culture au niveau individuel est assimilée en tant que modèles culturels qui influencent la perception et l'attention individuelle envers les stimuli externes et internes, incluant l'attention envers les sensations physiques et émotionnelles. Dès l'enfance ces modèles culturels influencent la manière dont sont vécus sur le plan émotionnel et physique les sensations, leurs fluctuations et la manière dont elles seront assimilées et élaborées. Ce codage, acquis par un processus d'enculturation, permet de lire le monde à travers le « filtre » de la culture et module les perceptions, ressentis et interprétations. On peut comparer ces représentations culturelles à une « interface entre le dehors et le dedans ». [5] Ce codage culturel s'inscrit dans les catégories mises à disposition de l'individu, comme nous l'avons développé ci dessus, mais aussi dans la langue maternelle du sujet.

Pour résumer on peut définir la culture comme un ensemble dynamique non uniforme, se traduisant par des modèles ou représentations culturelles permettant au sujet de lire le monde à travers un « codage culturel » partagé au sein du même groupe, et permettant de mettre un sens sur la réalité interne et externe du sujet qui est toujours en interaction avec celle-ci. Le postulat que tout homme a une culture et que c'est peut-être cela qui fonde son humanité et son universalité (Nathan, 1986) nous permet de faire le lien avec la partie suivante et le postulat de Georges Devereux à la base de l'ethnopsychanalyse, « l'universalité psychique ».

### III.b CONTRIBUTION DE LA PSYCHIATRIE CULTURELLE : ENTRE UNIVERSALISME ET PARTICULARITES CULTURELLES

#### 1) La psychiatrie comparée et la nouvelle psychiatrie transculturelle

##### - La psychiatrie comparée

La psychiatrie comparée, ayant pris origine dans un contexte de colonisation et notamment depuis le voyage de Kraepelin à Java en 1904, met en avant l'idée d'une nosographie universelle telle qu'on la retrouve dans la classification des maladies mentales à l'époque. Se fondant sur des modèles bio-médicaux, les troubles mentaux étaient considérés comme des dysfonctionnements relevant d'un trouble organique sous jacent, et n'étant pas influencés par la culture environnante. Les particularités observées par Kraepelin lors de ce voyage étaient mises sur le compte d'un « niveau de développement inférieur », selon les théories évolutionnistes de l'époque. Les pathologies telles qu'elles étaient constatées en Occident étaient considérées comme la « forme vraie », la culture ne venant que modifier ces tableaux dans les autres aires.

Ce courant repose sur la dichotomie forme/contenu.

- Le contenu représente les éléments pathogéniques déterminants du trouble mental, c'est à dire les processus biologiques

- La forme représente les éléments pathoplastiques, telles que les variations culturelles et personnelles

La procédure diagnostique est de se débarrasser des éléments culturels pour accéder à la « présentation vraie » de la pathologie (Baubet T) [5], comparée par Littlewood à l'ouverture successive de poupées russes : *"les déterminants biologiques essentiels permettant de spécifier une maladie sont entourés d'une série d'enveloppes culturelles et idiosyncrasiques qui doivent être ôtées une à une au cours de la procédure diagnostique, afin que la "vraie" maladie puisse se révéler"* [6].

Cela a amené dans les années 1950 certains médecins coloniaux à affirmer que la dépression n'existait pas ou était très rare en Afrique noire, se basant sur les critères pathogéniques propres à la dépression telle qu'elle était décrite dans les classifications occidentales. En Asie et en Afrique les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas nécessairement attribuées à une maladie organique, et elles peuvent témoigner d'un modèle de classification des faits sociaux et d'un ordre différent [6]. Les psychiatres occidentaux utilisant leurs outils diagnostics locaux cherchèrent à mettre à évidence les critères diagnostiques de la dépression, tels que la tristesse de l'humeur, le sentiment de culpabilité et d'indignité et ne les trouvant pas construisirent ce type de théorie évolutionniste.

Après les années 1950 les sciences sociales et médicales abandonnèrent progressivement ces idées, notamment en réponse à l'eugénisme de la psychiatrie Allemande de l'époque nazie, et l'idée que le biologique et le développement conditionnaient les différentes manières d'agir et d'expression fut critiquée. La psychiatrie comparée, bien que toujours valide pour certains auteurs, est contestée à partir des années 70 par un nouveau courant appelée "Nouvelle Psychiatrie Transculturelle".

### **- La Nouvelle Psychiatrie transculturelle**

Ce nouveau mouvement est initié par un article de Arthur Kleinman, psychiatre Américain et professeur d'anthropologie médicale (1977), article contestant que la dépression telle qu'elle est décrite dans les classifications occidentales soit un phénomène universel et invariant. Ce nouveau courant reconnaît que toutes les sociétés sont détentrices d'une culture et admet les particularités du vécu et de l'expression de la souffrance psychique. Il remet en question l'universalisme des entités nosologiques de la psychiatrie occidentale et le concept de "formes primitives" de catégories universelles [5]. La souffrance et son expression peuvent donc relever de facteurs socio-culturels impliquant les normes et croyances. Cette théorie implicite la particularité propre aux entités nosologiques occidentales comme elles aussi issues de leur contexte culturel, proposant une « lecture anthropologique de la psychiatrie occidentale [5]. La dépression peut donc selon ce nouveau courant s'exprimer, se manifester et se comprendre par d'autres systèmes thérapeutiques que ceux reconnus à l'époque en Occident.

Dans les années 1970 et 1980 de nombreux travaux en découleront, avec par exemple concernant l'Afrique Subsaharienne la mise en évidence par Ovuga en 1986 de différentes formes cliniques de dépression, et du caractère inconstant de la tristesse dans la présentation symptomatique. Hanck et Coll (1986) proposèrent le terme de « masque noir de la dépression », constitué de manifestations psychotiques aiguës et de plaintes somatiques [5], reprenant le concept de « dépression masqué » développé également dans les années 70. Ces manifestations psychotiques sont le plus souvent des idées délirantes de persécution, de possession, d'envoûtement, mais ne sont pas toujours des idées délirantes "vraies", elles peuvent se rencontrer chez des individus « normaux » et peuvent être pour le malade un moyen d'exprimer un stress ou une souffrance d'une manière qui est comprise par le groupe. On est dans le registre du codage culturel de la souffrance [5]. La réponse apportée sera adaptée, avec finalement peu d'attente vis à vis du système de santé, mais plutôt le recours une personne familière des différents réseaux sociaux du patient, tel qu'un chef spirituel ou de la communauté.

Le postulat que l'expression des émotions dont celles liées à la souffrance puisse relever de facteurs socio-culturels environnants, nous amène à nous poser la question de l'expression de la souffrance expérimentée lors du vécu d'un état dépressif, et les éventuelles particularités culturelles qui s'y rattachent. Ce problème a été abordé dans de nombreux travaux à partir du nouveau courant de psychiatrie culturelle. Certains de ces travaux vont supporter l'hypothèse que les plaintes somatiques sont fréquentes ou représentent le motif de consultation initial, notamment chez des patients d'Afrique et d'Amérique du Sud. Une étude retrouvait des taux similaires de prévalence de la dépression chez les populations hispaniques résidants aux Etats-Unis et la population locale, mais un taux plus élevé de plaintes somatiques chez les populations hispaniques [7]. Pour les pays d'Asie certaines études retrouvaient également une expression de plaintes somatiques plus fréquente chez des patients dépressifs en Asie, comparé à des populations Caucasiennes [8.9.10].

Ces études amènent l'hypothèse de la plainte somatique en tant que vecteur privilégié d'expression de la souffrance psychique dans un contexte culturel donné, ce qui est décrit souvent sous le terme de "*idiom of distress*". Le concept de "*idiom of distress*" est utilisé en Anthropologie médicale et Psychiatrie Transculturelle pour décrire l'expérience

culturelle spécifique de la souffrance physique et psycho-sociale. Ce terme prend tout son sens dans le cadre de la souffrance psychique, mais ne rentre pas exclusivement dans le cadre de la maladie mentale. Un individu reportant des symptômes somatiques nombreux ou inexpliqués dans le cadre d'un syndrome dépressif, peut être compris comme l'expression d'un modèle culturellement codé de la souffrance psychique. Ce sont des modes "culturellement prescrits" de compréhension et de narration de la maladie, véritable « vocabulaire symptomatique », mais aussi de problèmes personnels et sociaux. Ils prennent sens dans le contexte culturel du patient mais auront une toute autre signification en dehors de ce contexte. Le choix de tel ou tel mode de « *idiom of distress* » peut être influencé par de nombreux facteurs culturels dont :

- La conception de la relation entre le corps et l'âme, relation n'ayant pas toujours la même valeur et n'étant pas aussi tranchée dans certains pays. Notamment en Asie le corps, l'âme et la société sont des concepts reliés et interdépendants. Cette dichotomie ne prend pas toujours sens en dehors du contexte occidental d'où elle est issue.
- Les idées ethnophysiologiques concernant le corps et la symbolique y étant attachée, amenant parfois à l'expression de plaintes somatiques spécifiques. Ces plaintes ne rentrent pas toujours dans les critères diagnostiques des classifications internationales et peuvent amener à des "errances" diagnostiques .En Corée par exemple une échelle de symptômes somatiques incluant des items fréquents dans la population coréenne, tels que sensation de poitrine lourde ou encore d'obstruction thoracique, avait été proposée [29], mettant en avant la spécificité culturelle de ces symptômes. On peut citer comme autre illustration le report fréquent en Afrique Equatoriale d'une sensation de "tête qui brûle ou qui pique", à mettre en lien avec le fait que la tête est considérée comme centrale, et le "feu" à l'origine de la constitution de la personne dans certaines régions d'Afrique. Au Japon les douleurs cervicales et des épaules sont clairement mises en lien avec le stress social et notamment au travail et sont une des plaintes somatiques retrouvées fréquemment chez les patients dépressifs au Japon. Ces symptômes médicalement non expliqués peuvent prendre sens dans la symbolique attribuée à une partie

du corps, ou à des croyances relatées à la constitution de l'être [49].

- Le "choix" inconscient et culturellement codé de l'expression d'une souffrance par le biais de la plainte somatique, notamment dans le cadre d'un conflit intersocial ou relationnel. Dans cette hypothèse plutôt qu'une stigmatisation potentielle de la société face à la maladie mentale, la question est celle de la "bonne manière d'exprimer un conflit" dans un contexte socio-culturel donné [5].

Ces hypothèses furent critiquées et controversées par la suite, mais elles restent des tentatives d'explication novatrices et représentent ce courant de pensée neuf qu'est la Nouvelle Psychiatrie Transculturelle. Ce courant va être à l'origine de la théorie de l'universalité psychique et de la spécificité culturelle, proposée par Georges Devereux en 1970.

## **2) Universalisme psychique et spécificité culturelle**

Georges Devereux, psychanalyste et anthropologue Franco-Américain est considéré comme le fondateur de l'ethnopsychanalyse en 1970. Il en a défini les fondements à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse, ainsi que la méthode qui est le complémentarisme. Cette discipline repose sur le principe *d'universalité psychique* postulant que le fonctionnement psychique est le même pour tous les êtres humains, mais que si tout homme tend vers l'universel il y accède par le particulier propre à sa culture d'origine.

La maladie psychique et sa psychopathologie sont nécessairement soumises elles aussi à ce processus de codage culturel, ainsi que les réactions face à la souffrance témoignant ainsi de leur caractère de production humaine universelle. La psychopathologie, si elle est bien présente sous toutes les latitudes, prend cependant une « coloration » particulière selon le terreau culturel dans lequel elle s'enracine [11]. Ainsi la culture intervient à la fois dans la manière dont le patient va expérimenter ses symptômes et dans la manière dont il va les communiquer à son entourage et au clinicien, selon ceux qu'il va considérer comme grave ou bénin, et comme communicable ou devant rester caché. La maladie

mentale n'échappe pas cette interprétation et la dépression, bien que maladie universelle existant dans toutes les aires culturelles, peut être vécue d'une manière spécifique à travers le prisme culturel, ce qui va influencer la manière dont le patient interprètera et communiquera sa souffrance et ses symptômes à son entourage ainsi qu'aux soignants.

Mais ce que Georges Devereux a apporté de singulier avec cette théorie, c'est qu'au delà des différences culturelles, il convient de toujours savoir reconnaître le fond anthropologique commun et l'unité fondamentale du psychisme humain.

### **3) L'apport de ces différents courants et la somatisation dans la dépression**

Avant d'entreprendre plus avant notre étude sur le lien entre dépression, somatisation et culture, il nous semblait important de redéfinir la place des symptômes somatiques dans le diagnostic de dépression.

#### **- Symptômes somatiques et diagnostic de dépression**

Le langage utilisé dans la littérature médicale pour décrire les symptômes somatiques dans la dépression est multiple, et parfois confusiogène et contradictoire. Un grand nombre de termes tels que symptômes physiques, symptômes médicalement inexplicables, somatisation, symptômes somatoformes ou encore symptômes psychosomatiques ont été utilisés de manière interchangeable dans les études pour décrire le phénomène de douleurs et autres symptômes somatiques retrouvés dans la symptomatologie de la dépression [12]. Cette redondance de termes est le reflet de la difficulté entre diagnostic clinique et diagnostic différentiel dans ces situations.

Jusqu'à sa révision, le DSM-IV n'incluait pas de symptômes somatiques dans les critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur. La version révisée, le DSM-IV-TR et la CIM10 incluent dans leurs critères diagnostics des symptômes émotionnels, affectifs et cognitifs tels que l'humeur dépressive, la diminution des intérêts, l'anhédonie, les difficultés de concentration. D'après le DSM-IV-TR les symptômes somatiques à prendre en compte dans le diagnostic de trouble dépressif majeur sont la baisse ou l'augmentation de l'appétit, l'amaigrissement ou une prise de poids, la fatigabilité et l'asthénie ainsi que les

douleurs. Les autres symptômes somatiques non spécifiques sont référencés à la section “ Troubles somatoformes”. Dans la CIM 10 le diagnostic de dépression inclut une asthénie, des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il n'est pas fait mention d'autres symptômes somatiques pouvant participer aux critères diagnostics mais elle inclut dans la partie « Autres épisodes dépressifs » la nosologie de dépression masquée avec la persistance de symptômes somatiques douloureux et d'asthénie non attribuable à une cause organique.

Les symptômes somatiques associés au diagnostic de dépression sont à différencier des troubles somatoformes tels que définis dans le DSM-IV (conversion, hypochondrie, trouble somatisation), différenciation rendue difficile par le fait qu'il existe une prévalence importante de dépression chez les patients souffrant de troubles somatoformes [12]

Au delà des classifications internationales le fait qu'une grande variété de symptômes somatiques douloureux et non douloureux coexistent fréquemment avec les autres symptômes affectifs et cognitifs chez les patients dépressifs a été bien établi. Une étude retrouvait que plus de 50% des patients souffrant de dépression font l'expérience de symptômes douloureux comorbides tels que céphalées, douleurs cervicales et dorsales, douleurs thoraciques et symptômes gastro-intestinaux [13]. Au Japon une étude récente (2012) chez des patients dépressifs retrouvait des symptômes douloureux associés chez 59,9% de ces patients dont les plus fréquentes étaient des céphalées (35,7% ), douleur des épaules (21,5%), symptôme fréquemment reporté au Japon et désigné sous le terme de *Katakori* (qui signifie littéralement "épaule dure"), douleurs gastriques (20,9%) et des douleurs cervicales (17,6%) [14].

De façon générale Les plaintes somatiques retrouvées fréquemment en pratique quotidienne sont :

<b>Symptômes non douloureux</b>	<b>Symptômes douloureux</b>
<b>Asthénie , Fatigabilité</b> <b>Modification des rythmes de sommeil et/ ou de l'appétit</b> <b>Sensations de lourdeur du corps ou d'une partie corporelle</b> <b>Symptômes gastro-intestinaux</b> <b>Dyspnée , hyperventilation</b> <b>Palpitation</b> <b>Vertiges</b> <b>Sueurs diurnes et/ou nocturnes</b>	<b>Symptômes douloureux</b>  <b>Céphalées</b> <b>Douleur musculo-squelettique ( douleur lombaire ++)</b> <b>Douleur abdominale</b> <b>Douleur thoracique</b>

Aucun de ces symptômes n'est spécifique du diagnostic de trouble dépressif majeur, mais selon plusieurs auteurs dans environ deux tiers des cas le tableau clinique est dominé par des symptômes somatiques tels que l'asthénie et des douleurs, et de ce fait très souvent les patients seront vus et traités dans un premier temps par leur médecin généraliste ou aux urgences [15,16]. S'en suivra dans certains cas des investigations paracliniques et un traitement symptomatique. Il est très difficile à cette étape pour les soignants de reconnaître le trouble dépressif sous-jacent, sous tendu par la difficulté de conceptualiser le trouble dépressif sans que le patient perçoive un changement de son humeur et ne l'exprime.

Le concept de somatisation tel que nous l'avons défini plus haut est basé sur l'assomption selon laquelle les symptômes psychiques de la dépression sont plus "centraux" que les symptômes somatiques. Les critères diagnostiques des classifications internationales confirment cette tendance avec la présence de l'humeur dépressive ou l'anhédonie,

nécessaire au diagnostic d'épisode dépressif, au premier plan et l'absence ou le peu de références faites aux critères diagnostics somatiques. Ce concept fut discuté dans de nombreuses études, dont celle de l'OMS dont les résultats suggèrent que les symptômes somatiques sont aussi une composante importante dans l'épisode dépressif [17]. La révision du DSM IV incluant les symptômes somatiques dans le diagnostic de l'épisode dépressif est probablement révélatrice de la prise de conscience de l'importance de ces symptômes dans la démarche diagnostique. La prise en compte des symptômes somatiques contribuerait significativement au diagnostic de dépression selon l'étude de Barkow [18], et permettrait d'éviter de mettre en route de coûteuses démarches diagnostiques ou un traitement inadéquat, renforçant le risque de iatrogénie voire même de dépendance à certains antalgiques, ou encore de "renforcer l'aspect hypochondriaque" de certains patients. De plus il a été montré que le traitement précoce de l'épisode dépressif permettait un raccourcissement de la durée de l'épisode, d'éviter le risque de chronicisation ainsi que la survenue de complications notamment le suicide.

Dans les années 1970 a été décrit le concept de dépression masquée qui est encore utilisée dans la CIM 10 (Kielholz 1973), "*Dépression endogène ou psychogène dans laquelle les symptômes corporels se situent, sans équivoque, au premier plan alors que les symptômes psychiques restent totalement à l'arrière plan*". Les symptômes fréquemment mis en avant sont des algies à type de céphalées faciales atypiques, dorsalgies et lombo-sciatalgies. Les plaintes psychiques ne sont pas exprimées ou ne sont retrouvées qu'après l'entretien, mais non mises en avant spontanément par le patient voire banalisées [19]. Cette notion de dépression masquée n'est plus vraiment utilisée en pratique courante mais on peut citer comme exemple type de cette situation le patient souffrant de douleur chronique. Comme nous l'avons déjà cité on retrouve une association fréquente entre douleur chronique et dépression. Certains patients souffrant de ce type de symptôme douloureux, dénie ou minimisent la composante affective et cognitive de la dépression, ou encore qualifient leur état dépressif de "secondaire" à la douleur chronique. Très souvent cet aspect est partagé par les praticiens considérant la réaction dépressive secondaire à la douleur et se focalisant donc sur le traitement de cette dernière. En résulte une inadéquation dans le traitement, un risque accru d'effets secondaires indésirables, l'utilisation d'examens diagnostiques coûteux. Parfois ces comportements hypochondriaques peuvent être à l'origine de bénéfices secondaires, en raison de l'intérêt porté par les médecins à ces symptômes somatiques inexpliqués, de l'utilisation

d'examens et traitements coûteux, des prestations sociales éventuellement reçues et de certains changements à l'intérieur de la structure familiale amenant le patient à être dépendant des soins administrés par autrui. Il est dans ce cas encore plus difficile d'amener le patient vers la guérison ou la rémission.

Le lien entre dépression et douleur chronique reste encore discuté cependant. Des hypothèses neurobiologiques comme celles montrant que douleur et dépression partagent des mécanismes communs, notamment les mécanismes de neurotransmission impliquant noradrénaline et sérotonine, coexistent avec d'autres hypothèses psychodynamiques notamment le fait que la pénibilité de la douleur chronique avec le sentiment de perte de contrôle qu'elle engendre puisse mener à la dépression. Cette dernière hypothèse est valorisée sur la base d'études montrant que l'apparition des douleurs précède le plus souvent dans le temps celle de la dépression. Néanmoins la question du lien de causalité est encore débattu : l'association de ces deux pathologies serait elle plutôt en termes d'influence réciproque, de coexistence ou encore d'aller-retour, plutôt qu'en termes de lien de causalité linéaire?

#### **- Les modes d'action de la culture sur la présentation clinique, affective et somatique de la dépression**

Beaucoup de travaux dans la lignée de la nouvelle psychiatrie transculturelle, ont étudiés la question de la diversité des modes de représentation, de perception et de présentation clinique de la maladie mentale selon l'attachement culturel. Un nombre important d'entre eux portent sur le lien entre dépression, somatisation et culture notamment dans les années 1980 à 2000. Les premiers travaux de psychiatrie transculturelle apportent pour certains l'hypothèse que les patients issus de cultures non occidentales sont plus prompts à "somatiser" leur souffrance psychique, notamment chez les populations Africaines et Asiatiques. Il a été notamment avancé que les patients Chinois avaient tendance à « exprimer » la dépression en termes de symptômes somatiques, les interprétant comme des signes de « faiblesse nerveuse » et minimisant ou déniaient les symptômes affectifs et cognitifs [20]. Dans les années 1980 Arthur Kleinman, psychiatre Américain et professeur d'anthropologie médicale célèbre pour ses travaux autour de la maladie mentale en Chine,

reporta que le diagnostic de dépression était parallèlement très rare en Chine et que beaucoup de patients recevaient le diagnostic de neurasthénie [20], une entité clinique comportant une grande part de manifestations somatiques. Il reporta dans une autre étude que 87% de patients diagnostiqués comme souffrant de neurasthénie rentraient dans les critères diagnostics du DSM-III [20].

Ces études furent critiquées sur le plan méthodologique notamment, beaucoup de ces travaux ayant été menés sur de petits groupes de patients ou comparant des patients de structures médicales différentes. Une étude à large portée de l'OMS sur 5438 patients issus de 12 pays différents retrouvait des taux élevés de somatisation dans tous les centres avec une moyenne de 19,7% mais à des taux très variables selon les localités, de 7,6% à 36,8%. Les taux les plus élevés étaient retrouvés en Amérique du Sud [21]. Kirmayer suggère que la somatisation dans le cadre de la dépression est un phénomène ubiquitaire et non spécifique de groupes socio-culturels donnés [22] mais il admet cependant qu'il peut y avoir des différences dans l'expression de la souffrance selon le contexte socio-culturel et aussi le genre masculin ou féminin. La perception, la représentation et la présentation symptomatique de la maladie dépressive peuvent donc être influencés par le contexte socio-culturel. Dans cet ordre d'idées une étude médico-anthropologique montrait que les Japonais associent plus souvent le mot dépression « *yoku utsu* » (抑鬱) à des référents extérieurs tels que la pluie, les nuages ou encore avec des symptômes somatiques tels que céphalées [23]. Cependant chez des personnes japonaises émigrées aux Etats-Unis les réponses données étaient différentes avec l'association préférentielle à des mots relatés à l'humeur tel que la tristesse et la solitude. Ce résultat évoque l'existence d'un changement de conceptualisation de la dépression en fonction de la culture environnante.

Nous allons détailler les différentes façons de penser l'action de la culture environnante sur la présentation clinique de la dépression, et la présence des symptômes somatiques associés.

- ***Influence linguistique***

Pour donner un sens et exprimer la maladie l'individu va avant tout penser et s'exprimer grâce à l'outil qui est à sa disposition, en l'occurrence sa langue maternelle. Chaque langue a ses propres mots, descriptions et concepts permettant un partage à l'intérieur du groupe des informations et représentations autour de la maladie.

Cependant il semblerait que dans certaines aires culturelles la linguistique associée à la dépression soit faible voire inexistante. Par exemple dans certaines minorités au Nigeria il n'existerait pas de mots pour décrire la dépression en tant qu'état émotionnel [24]. L'expression « le coeur est faible », « le cœur est mauvais » ou encore « mon cœur est glacé » serait utilisée dans ces minorités pour signifier la tristesse de l'humeur. Une observation similaire avait été faite pour la langue chinoise par Tseng et Hsu [25]. L'expression « avoir la tête serrée » signifie de la même manière la tristesse chez les Tamouls.

Dans beaucoup de sociétés le langage des émotions a évolué en partant de termes assez vagues impliquant le corps en association avec un état affectif donné, pour ensuite évoluer vers des termes plus différenciés en termes de plaintes somatiques ou affectives. Ces expressions sont universelles et l'association linguistique du corps aux émotions par le biais de métaphores symboliques attribuées aux organes se retrouve dans toutes les sociétés. On pensera par exemple à l'expression française « avoir mal au cœur » qui signifie au sens propre avoir la nausée, ou mal à la poitrine mais peut aussi signifier la tristesse. Ne pas prendre en compte ces détours linguistiques et culturels peut amener à de nombreux incompréhensions. Ce degré de différenciations vers des plaintes plus « spécifiques » à la souffrance psychique serait selon Leff lié au niveau d'occidentalisation de la société [26]. On comprendra donc que dans certaines cultures la dépression, vu au travers du regard de la structuration linguistique, puisse encore à notre époque être considéré comme une maladie due à un épuisement nerveux par exemple. Kleinman que nous citons précédemment pour ses travaux sur la maladie mentale en Chine, montrait que des patients Chinois souffrant de trouble dépressif majeur s'étaient présentés initialement en consultation pour des motifs somatiques et considéraient leur état comme neurologique et du fait d'un épuisement nerveux [27].

- ***Expression et régulation des émotions***

Les émotions sont des phénomènes fondamentalement sociaux, expérimentées et exprimées dans des situations sociales données, et leurs conséquences et retentissements comprises dans le contexte et les normes socio-culturelles de l'individu. Il existe un "set" universel d'émotions mais certains sentiments plus complexes sont issus d'interactions sociales et d'un contexte culturel spécifique. Les institutions et pratiques culturelles donnent le contexte et les règles influençant les processus interactionnels sous jacents aux émotions complexes, et définissent les expériences émotionnelles propres à être exprimée et celles qui sont plus difficiles à articuler. Les expériences émotionnelles négatives telles que celles ressenties lors d'une baisse thymique, tristesse, désespoir et manque de plaisir, prennent forme et seront exprimées et interprétées au sein de la société et de la culture de l'individu. Ces variations ont une influence probable sur l'expérience et l'expression de la dépression [22].

Par exemple aux Etats Unis une grande importance est accordée à l'expression ouverte de conflits interpersonnels et à la confrontation dans la vie courante et professionnelle. Au contraire dans d'autres cultures orientées vers la collectivité, notamment certains pays asiatiques comme le Japon, il est primordial de privilégier l'harmonie sociale et la confrontation directe est évitée au profit de la suppression ou la contenance des conflits à la fois internes et interpersonnels. La perception et l'expression d'états émotionnels négatifs comme ceux ressentis lors de la dépression peut être perçu de façon négative dans ces sociétés orientées vers la collectivité, ce qui pourrait favoriser l'utilisation de stratégies permettant de «déplacer la charge émotionnelle» sur les symptômes physiques, expliquant une fréquence plus importante de symptômes somatiques retrouvés dans certaines études transculturelles de patients dépressifs en Asie ou au Japon.

- ***La représentation du corps et de l'esprit***

En Occident la dichotomie corps et esprit est un concept qui a une longue histoire. René Descartes notamment qui tenta de décrire de façon scientifique cette distinction entre l'esprit et le corps, marqua certainement la pensée psychiatrique occidentale. La médecine moderne fait elle aussi une distinction nette entre le corps et l'esprit. Néanmoins

la distinction cartésienne corps et âme n'a pas toujours d'équivalence dans toutes les aires culturelles, et les médecines traditionnelles telles que la médecine chinoise, coréenne ou encore ayurvédique placent le corps et l'esprit dans une relation proche et faite d'interconnexions. De ce fait la différenciation entre maladie somatique et maladie psychique n'est pas toujours évidente dans certaines aires culturelles. Le corps reste cependant de façon universelle une composante expérimentale et symbolique importante dans l'expérience de la souffrance, aussi bien physique que morale.

- ***Syndrômes liés à la culture***

Des syndrômes liés spécifiquement au contexte socio-culturel ont été décrits sous le terme de syndrômes liés à la culture. Ces syndrômes se composent souvent d'une association de symptômes psychiques et physiques. Ils représentent des modèles cohérents et porteurs de sens, transmis de génération en génération dans une tradition culturelle continue, et on considère qu'ils sont intimement liés à la manière qu'à chaque société de comprendre l'individu et d'édicter ses propres normes [6]. Ils permettent également de créer du lien entre la souffrance du corps et des facteurs psychologiques et sociaux. Ces syndrômes, bien que décrits comme étant caractéristiques de la société au sein de laquelle ils sont observés, peuvent être rattachés à des catégories nosologiques, telle que certaines formes de dépression. Le DSM-IV inclut en annexe plusieurs syndrômes relatés à la culture pouvant probablement coexister ou être reliés à un diagnostic de syndrome dépressif.

Voici quelques exemples de syndrômes liés à la culture nous semblant pertinents à mettre en lien ou pouvant rentrer dans la catégorie diagnostique de syndrome dépressif :

- En Occident un exemple de nosographie pouvant se penser dans le cadre de ces symptômes liés à la culture est la neurasthénie, décrite par l'Américain Beard en 1880, pathologie essentiellement diagnostiquée en Europe et Amérique du Nord. La neurasthénie était ramenée au champs névrotique mais peut être considérée comme un équivalent dépressif à tonalité mixte anxieuse, propre au contexte socio-économique de croissance industrielle de l'époque. La neurasthénie était considérée comme une maladie organique, due à un épuisement nerveux provoqué par un excès de travail, des difficultés familiales ou une autre maladie

physique. Les symptômes retrouvés étaient des céphalées, une dyspepsie, insomnie, asthénie, des troubles de la mémoire et de la concentration, des douleurs notamment lombaires, ou encore des paresthésies et des irrégularités menstruelles. Le terme de neurasthénie fut progressivement abandonné en Occident mais resta un diagnostic porté fréquemment au Japon et en Chine jusque dans les années 1990. L'évolution de ce diagnostic est à mettre dans le perspective du phénomène de « psychologisation » selon Kirmayer [22].

- En Corée du Sud ont été décrits des syndrômes liés à la culture pouvant eux aussi être mis en parallèle avec le diagnostic de dépression, associant symptômes dysthymiques et de nombreux symptômes somatiques :

Le *Han*, un syndrome incluant un sentiment passif et chronique de regret, une dysphorie et une sensation d' "obstruction" des régions épigastriques et respiratoires

Le *Shingyungshayak*, un syndrome incluant asthénie, tristesse de l'humeur, un sentiment d'insuffisance personnelle, des maux de tête, une hypersensitivité à la stimulation sensorielle et des symptômes de dyspepsie et insomnie. Ce syndrome est similaire au concept de neurasthénie. [28]

Le *Hwabyung* décrit comme un syndrome associant sentiment actif de colère, asthénie, insomnie, sentiment de mort imminente, affects dysphoriques, et des symptômes somatiques tels que dyspnée, palpitations, douleurs diffuses, dyspepsie, baisse de l'appétit et brûlure ou une sensation de masse épigastrique, associé à une colère intense et un sentiment d'injustice collective.

- Au Japon le *shinkeishitsu* est une nosographie décrite par Morita en 1919, qui en proposa trois formes dont une se rapprochant de la neurasthénie, le nervosisme simple. Cette forme comporte de nombreux symptômes somatiques tels que sensation de pression sur la tête, céphalées, asthénie et vertiges, insomnie, fatiguabilité, troubles sensoriels. Le *shinkeishitsu* était traité le plus souvent par la thérapie de Morita, une thérapie en trois étapes avec isolement et repos total puis activités d'ergothérapie et resocialisation progressive.

Ces associations de symptômes peuvent sembler atypiques en dehors du contexte d'où

elles sont issues et peuvent mener à des erreurs diagnostics si ce dernier n'est pas pris en compte. Par exemple en Afrique Equatoriale une sensation de "chaleur" dans la tête est un symptôme commun qui pourrait amener à un diagnostic erroné de troubles psychotiques si la signification socio-culturelle n'était pas prise en compte, ici la notion de feu "central" à l'origine de la constitution de la personne.

Ces syndrômes relatés à la culture sont porteurs de sens à la fois sur le plan émotionnel, somatique et social. Laurence J Kirmayer suggère en effet que ces syndrômes, plutôt que de constituer des entités nosologiques distinctes, permettent pour la plupart d'entre eux d'apporter une explication ou une attribution causale à la maladie [22]. Le *hwa-byung* Coréen est attribué au refoulement de la colère ressentie lors d'une injustice ou d'un préjudice, résultant en la formation d'une "masse" dans la cage thoracique, à l'origine des symptômes digestifs et respiratoires associés. De la même façon en Amérique centrale et du Sud a été décrit le *susto*, syndrome associant asthénie, anorexie, anxiété, insomnie, ralentissement psycho-moteur et baisse de la libido. Ce syndrome est fortement évocateur de dépression mais il s'explique par une origine surnaturelle ou religieuse, *susto* signifiant perte de l'âme.

Ces syndrômes, que ce soit en Occident autrefois avec la neurasthénie ou encore actuellement en Asie, se réfèrent à la manière culturellement codée d'expression de la souffrance ou "*idiom of distress*" [22]. Ils sont importants à prendre en compte afin de favoriser la compréhension et de faciliter l'alliance thérapeutique en situation transculturelle.

- ***Dépression, Culture et schémas cognitivo- comportementaux***

Sur le plan physiologique la dépression est un trouble psychobiologique avec perturbations de différents systèmes de neurotransmission, et notamment la diminution de la neurotransmission sérotoninergique. Mais il a été démontré que la dépression est aussi un phénomène psychosocial. L'expérience subjective qu'aura le patient du syndrome dépressif est en grande partie influencée par sa culture mais aussi ses expériences familiales passées notamment pendant l'enfance, ce que nous avons exposé précédemment sous le terme de modèles culturels. Ce sont les cognitions qui vont permettre au sujet de créer du lien entre les sensations ressenties lors d'un épisode

dépressif sur le plan végétatif, corporel et affectif, et ces modèles culturels. C'est ce que Katon, psychiatre américain spécialiste en sciences cognitivo-comportementales a exposé dans ce modèle.

### **Le modèle cognitif de Katon and Al concernant le lien dépression somatisation**

Il s'agit d'un modèle assez ancien (1982) mais novateur à l'époque et découlant du courant de la nouvelle psychiatrie transculturelle.

Le syndrome dépressif comporte de manière schématique trois composantes : cognitive, affective et végétative [30]. Le modèle de Katon a pour concept clé la composante cognitive du syndrome dépressif et la notion de modèles culturels.

Pour rappel, la cognition peut être défini comme étant le processus permettant d'élaborer la pensée et son contenu. Elle inclut la manière de percevoir l'environnement et d'en tirer les informations appropriées, les stratégies de résolution face aux problèmes ainsi que les mécanismes et le contenu de la mémoire ainsi que ceux de la communication.

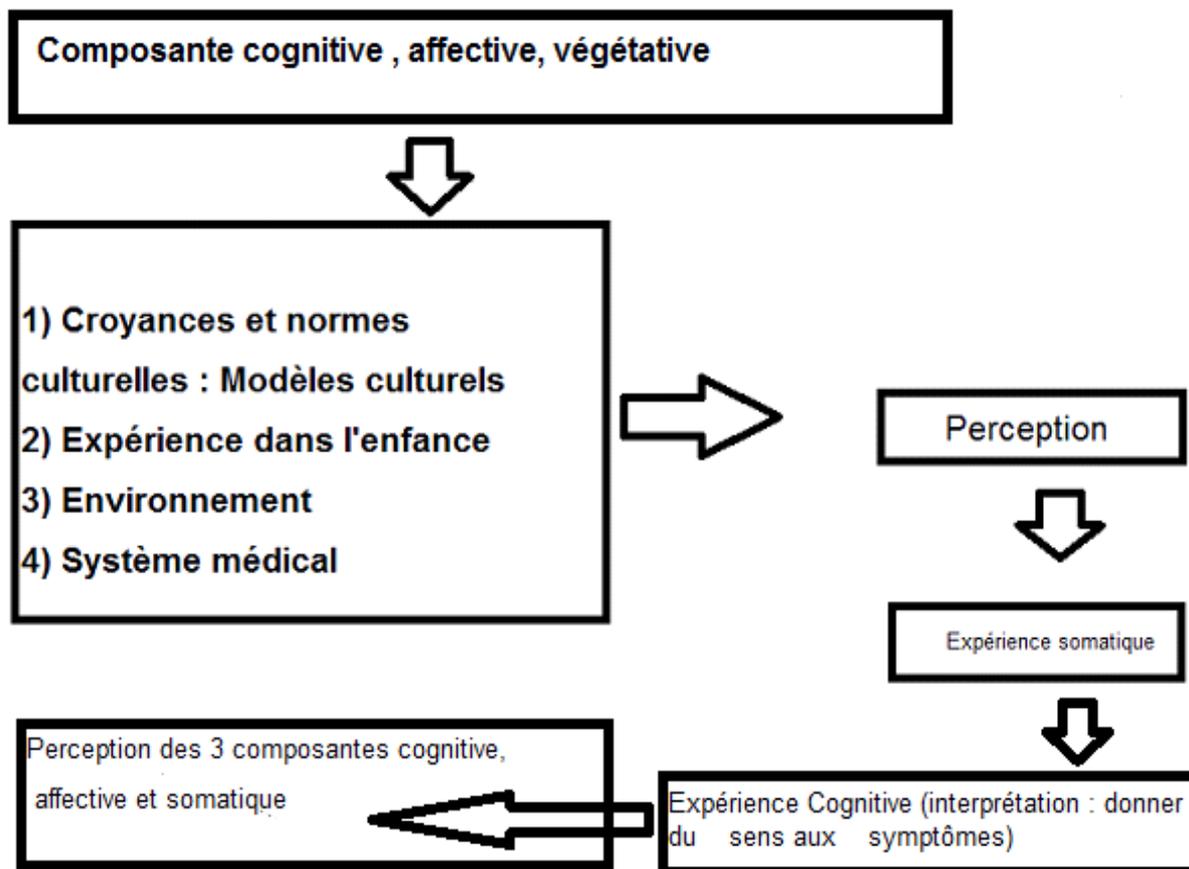
Percevoir les différentes composantes de la dépression est un processus composé de trois aspects: subjectif (percevoir une sensation anormale, physique mais aussi psychique et affective), cognitif (l'interpréter comme un signe de maladie) et comportemental. La composante affective de la dépression ne pourra être perçue par le patient que par le biais de l'aspect cognitif, c'est à dire percevoir, identifier, interpréter, mettre en ordre et donner de la valeur aux émotions internes. Sans perception cognitive de la composante affective le syndrome dépressif n'existerait qu'en tant que syndrome somatique exprimé par des symptômes végétatifs. La capacité de percevoir et nommer les émotions va donc en grande partie dépendre du vocabulaire émotionnel dont dispose le patient et des mécanismes cognitifs qu'il aura développé. De façon similaire cette perception sera la base du «feedback» en terme de conséquences sociales.

Le lien entre Culture et Cognition dans ce modèle se fait par le biais des modèles culturels évoqués précédemment. Ces modèles culturels, découlant du milieu socio-culturel ambiant, vont influencer directement dès l'enfance les perceptions, croyances, valeurs et comportements individuels. Ces perceptions et réponses se faisant par le biais des

cognitions elles vont être modulées et dirigées envers les sensations physiques et émotionnelles prenant sens pour l'individu et son groupe culturel, ou vont permettre leur interprétation postérieure. La maladie, physique ou mentale, n'échappe pas à ce processus et il en va donc de même pour les symptômes présent lors de l'expérience de la dépression.

Ce phénomène rentre dans le phénomène plus large de l'enculturation de l'être humain [29]

### Dépression et somatisation : modèle de Katon et Al



Ce modèle basé sur des théories cognitivo-comportementales, valide l'importance des normes et croyances culturelles dans l'expression des plaintes somatiques chez les

patients souffrant de dépression et propose une théorie novatrice sur le mode d'action de la culture sur l'expression symptomatique de la dépression.

- ***Dépression, culture et systémique***

On peut penser que le « processus de somatisation » tire son origine très tôt dans la vie du patient. En effet à la naissance il existe un stade d'indifférenciation somatopsychique entre l'angoisse et la douleur physique, et le nourrisson ne semble pas distinguer la différence entre stress physique et psychologique. Ce sont les réactions de la personne prenant soin de l'enfant, à fortiori la mère et le père, qui vont apprendre à l'enfant à distinguer la différence entre douleur morale et physique. Par le biais des soins la mère va médiatiser les rapports du nourrisson avec le monde et ses propres ressentis, phase triangulée par la suite par la relation avec le père et l'Oedipe, essentielle à la structuration psychique [19].

La capacité de perception et la réaction qu'aura un parent face à un changement de comportement de son enfant joue un rôle important dans ce processus, et permet à l'enfant d'attribuer un sens à ces statuts émotionnels internes. Par le biais de ces différentes attitudes parentales l'enfant recevra un message attribuant aux émotions ou à certaines d'entre elles une connotation qui peut être négative voire tabou, et il sera plus difficile dans ce cas pour l'enfant d'élaborer le processus de différenciation entre état thymique lié à ces émotions et symptômes physiques. Le lien avec la culture peut être aussi fait dans ce modèle, chaque famille peut être considérée comme un sous groupe culturel ou comme une unité d'un groupe culturel plus vaste, unité ayant ses propres normes et règles d'interprétation et de défense face à différents problèmes incluant les émotions déplaisantes.

De façon générale on peut penser qu'il existe deux spectres familiaux, le premier se composant de familles expérimentant et exprimant plus difficilement les sentiments sur le plan psychologique, et l'autre se composant de familles qui perçoivent et expriment plus facilement ces émotions. Dans ces familles n'ayant pas développé le langage «psychologique» permettant de manipuler les émotions déplaisantes, il sera plus fréquent de rencontrer des cas de patients dépressifs se focalisant sur les symptômes somatiques.

Dans ce type de famille il serait plus facile de recevoir de l'attention et des soins des autres membres par le biais de la douleur ou autre symptôme somatique que par le biais de la douleur émotionnelle. Les symptômes physiques deviennent la «voie légitime» sur le plan familial pour recevoir des soins, renforçant de façon rétro-active ce processus [25]. On peut parler de bénéfices primaires, par le biais de la modification avantageuse des relations avec l'entourage. Freud distingue deux parties dans les bénéfices primaires [19] :

- la partie interne, réduction de la tension et de conflits parfois pénibles pour le sujet

- la partie externe liée aux modifications interpersonnelles dans les relations du sujet. Le symptôme peut être "utilisé" dans une recherche d'amour et de compréhension dans une dimension régressive propre aux mécanismes psychosomatiques archaïques du nourrisson, ou plus dans une dimension de libération de l'agressivité dans un contexte de règlement de conflits relationnels anciens au sein de la famille.

En résumé chaque famille, en tant que sous-groupe culturel au sein d'une plus vaste entité qu'est la culture, possède sa propre homéostasie psychosomatique, et la somatisation peut être un moyen plus ou moins légitime au sein de l'unité familiale de recherche d'attention ou de bénéfices secondaires. Ce phénomène peut se replacer dans le cadre des troubles thymiques et notamment dépressifs.

-

## **Conclusion**

Les symptômes somatiques non expliqués médicalement dans le cadre d'un diagnostic de syndrome dépressif sont relatés dans de nombreux pays, et la somatisation est commune à toutes les cultures et tous les groupes sociaux.

Certains auteurs l'ont cependant définie comme un concept occidental (Kirmayer et Young 1998) et difficile à transposer dans les pays non occidentaux, et le phénomène de somatisation selon ce point de vue peut être discuté en terme de niveau d'"occidentalisation" et/ou d'acculturation.

Le concept selon lequel la somatisation est plus fréquente chez les patients issus de sociétés non Occidentales a été contesté, et l'étude à large portée de L'OMS sur la prévalence de la somatisation chez des patients de 14 pays différents ne retrouvait pas de corrélation directe entre la somatisation et le niveau de développement, et suggérait par ces résultats que la présentation somatique de la dépression est un phénomène universel [8].

Mais au delà de cette dualisation société "occidentalisée" ou "traditionnelle", on retrouve de façon constante des différences d'expression, de signification des symptômes et de "comportements-maladie" (*illness behaviour*) selon la culture et les croyances locales. Il est donc important de se poser la question, lors de la rencontre avec des patients dépressifs en situation transculturelle, du sens et de la signification du symptôme pour ce patient, et au delà prendre en considération son cadre familial et socio culturel. Il est primordial de pouvoir définir d'autres cadres interprétatifs selon la culture du patient et d'en tenir compte lors du diagnostic et de la prise en charge. Là où certains signes somatiques sont vus comme simple indicateurs d'une pathologie somatique, ils sont parfois de véritables moyens d'expression de la souffrance "*idiom of distress*".

Nous allons dans notre dernière partie et à partir de l'exemple de 6 cas cliniques de patients japonais souffrant de dépression, étudier les particularités de l'expression, la signification et la symbolique pouvant être attribué aux symptômes somatiques dans la dépression, et ce afin d'en dégager plusieurs hypothèses psychopathologiques sur le lien entre dépression, somatisation et culture au Japon.

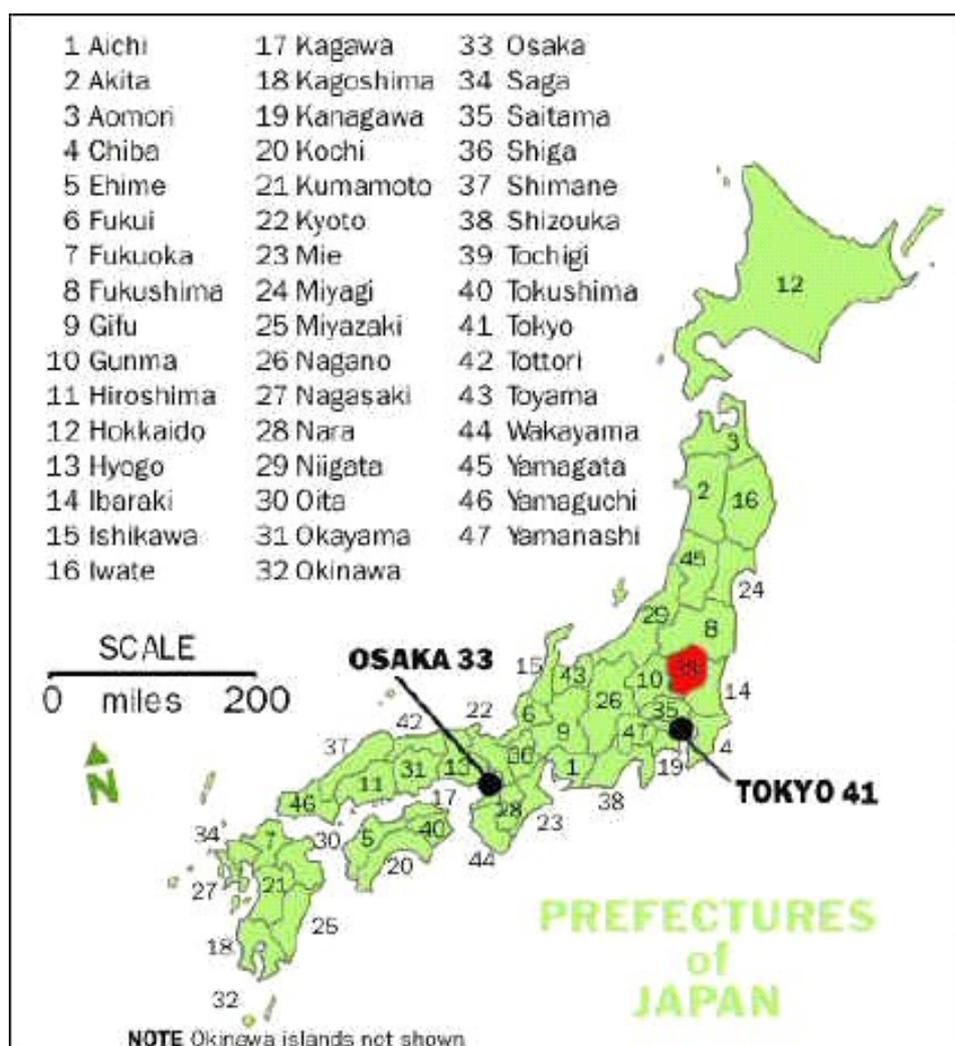
# IV/ DEPRESSION, SOMATISATION ET CULTURE : ETUDE DE SIX CAS CLINIQUES DE PATIENTS DEPRESSIFS JAPONAIS

## IV. a. METHODES

### *Population*

Les six cas cliniques présentés sont des patients ayant été hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi, préfecture de Tochigi (en rouge ci dessous) entre novembre 2011 et mai 2012.

Carte des préfectures du Japon



## ***Recrutement et Recueil des données***

Les cas cliniques retenus ont été recueillis lors d'un stage réalisé dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi. Il s'agit de patients hospitalisés dans la période de août 2011 à mai 2012 .

Le principal obstacle au recueil des données était la barrière de la langue, avec en arrière plan notre statut de médecin étranger, ce qui a rendu les entretiens difficiles dans un premier temps. Mais notre connaissance certes incomplète de la langue japonaise, et les efforts de nos confrères japonais et du Professeur Kato en termes de traductions en anglais et français ainsi que notre introduction progressive auprès des patients et de leur famille, ont permis le recueil entre autres des six cas cliniques suivants.

Le recrutement s'est fait sur la base principale de conférences hebdomadaires de cas cliniques dirigées par le Professeur Kato. Cette conférence visait à la formation des différents étudiants et praticiens du service mais aussi à la discussion clinique. L'ensemble des médecins du service et les professeurs universitaires, les étudiants en médecine, deux psychologues et la cadre infirmière y participaient. Après lecture d'un résumé du cas clinique le patient était dans un premier temps invité à un entretien semi standardisé, auquel assistaient les différents membres de l'équipe, pendant une trentaine de minutes. Puis une fois le patient sorti, les différentes membres de l'équipe ainsi que le praticien se chargeant du patient discutaient du diagnostic, de l'analyse éventuelle et une prise en charge était proposée. Un compte rendu écrit résumant le motif d'hospitalisation, les antécédents, l'histoire de la maladie, les examens réalisés, l'évolution dans le service et le diagnostic a été le support principal de cette étude.

Les données recueillies ont pu être étoffées par le biais :

- d' entretiens directs avec les patients

- d' entretiens et discussions avec les praticiens prenant en charge les patients pendant et après leurs hospitalisations, et la possibilité de continuer à rencontrer en consultations externes également une patiente (Madame M Chihiro)

- Consultation des dossiers médicaux informatisés auxquels l'accès nous a été gracieusement autorisé. Ces dossiers étaient remplis quotidiennement par les médecins psychiatres et infirmières. Ils comportaient une partie subjective relatant les propos du patient et l'observation du psychiatre, la partie objective avec la traduction en termes cliniques de l'examen, la partie relatant les examens médicaux biologiques et d'imagerie et la dernière partie proposant une conduite à tenir. Une autre partie centrée sur la vie dans le service était réservée à l'équipe infirmière.

Le consentement oral des patients a été obtenu pour cette étude.

### ***Objectif de cette étude***

L'objectif est de dégager à partir de l'étude clinique de 6 cas de patients souffrant de dépression, des particularités éventuelles propres à l'expression et l'interprétation clinique de la dépression dans la culture Japonaise, et notamment de la place des symptômes somatiques dans la présentation symptomatologique allant de leur fréquence, leurs localisations particulières éventuelles, et le sens et la symbolique qui peuvent leur être attachés.

Dans une première partie les cas cliniques seront exposés de manière descriptive puis dans une deuxième partie nous tenterons de les regrouper et les comparer pour mieux en dégager le substratum de notre étude.

Enfin en nous basant sur les théories de la psychiatrie culturelle évoquées plus haut, mais aussi en exposant d'autres théories plus spécifiques à la culture Japonaise, nous tenterons de dégager les spécificités propres à cette culture et leurs liens avec la présentation affective et somatique de la dépression chez les patients Japonais.

## IV.b. CAS CLINIQUES ET DESCRIPTION

### Cas numéro 1 : Mr O Atsushi 73 ans

Mr O Atsushi est un des premiers patients qui nous a été présenté. Il s'agit d'un patient de 73 ans hospitalisé dans le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Jichi ( en service de chirurgie viscérale d'abord puis en psychiatrie) après une tentative de suicide par éventration. Nous avons choisi de le reporter, après avoir fait sa rencontre lors de la réunion de cas cliniques et discussion avec le psychiatre qui le suivait, en raison du caractère particulier de sa tentative de suicide par éventration, et de la symptomatologie centrée sur la zone abdominale présentée et mise en avant par ce patient.

#### Antécédents personnels et familiaux

Il présente des antécédents d'intoxication éthylo-tabagique chronique sevrée au moment de son hospitalisation. On retrouve une notion de démence non précisée chez le frère.

#### Mode de vie

Mr O est le quatrième d'une fratrie de huit enfants.

Il travaillera pendant 19 ans comme charpentier dans la métropole de Tokyo. Il sera incarcéré quatre fois pour faits avec coups et blessures et après une tentative de meurtre. Après sa sortie de prison n'ayant pas de contact avec sa famille il intègre un foyer quelques temps. Il a un enfant avec qui il n'a pas de contact.

Il s'agit d'une personne isolée vivant seule avant son hospitalisation, n'ayant pour seule visite que celle d'un bénévole dans le cadre de la réinsertion post-carcérale.

#### Histoire de la maladie

Environ 2 ans avant son hospitalisation Mr O commence à se plaindre progressivement de façon répétée de douleurs abdominales et lombaires. Il perd beaucoup de poids en raison d'une diminution de l'appétit associée.

Un an après le début de ses symptômes il se sent triste, tristesse qu'il met en lien avec

ses douleurs abdominales chroniques, très peu soulagées par les traitements antalgiques usuels qu'il a reçus de son médecin traitant.

En janvier il consulte pour la première fois un psychiatre, un traitement par antidépresseur est prescrit suite à cette consultation. Néanmoins, suite à la persistance des douleurs abdominales et ce malgré les traitements proposés, il est hospitalisé un an plus tard dans un service de gastro-entérologie. Il bénéficiera d'une fibroscopie gastro-duodénale et d'autres examens ne retrouvant qu'une légère inflammation gastrique, n'expliquant pas ces douleurs chroniques. Le traitement symptomatique sera modifié sans amélioration. Bénéficiant d'une permission lors de cette hospitalisation, il se rend à son domicile, s'y alcoolise et de façon soudaine s'ouvre l'abdomen avec un couteau de cuisine. Aucun propos suicidaire préalable n'avait été évoqué par Mr O lors de son hospitalisation. Il préviendra lui-même les secours, sera transféré à l'hôpital universitaire de Jichi, et sera opéré en urgence en raison d'un hémopéritoine. Il est ensuite transféré dans l'unité de psychiatrie 15 jours après l'intervention chirurgicale, étant stable sur le plan somatique.

(Photo fournie par le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi)



## Evaluation dans le service

Les premiers jours dans le service ce patient apparaissait très déprimé dans sa présentation, bien que ne mettant pas en avant cette tristesse lors des entretiens. Il ressent un sentiment de désespoir teinté d'incurabilité quand à ces douleurs, et n'arrive plus à se projeter dans l'avenir. Il émettra ces propos : "Puisque mes douleurs abdominales ne s'améliorent pas je ne vois pas l'intérêt de vivre". Il expliqua lors des entretiens médicaux avoir des idées suicidaires depuis un an et demi, et il avait accumulé les traitements anti dépresseurs prescrits auparavant et aurait également envisagé la pendaison un certain temps.

Après l'intervention chirurgicale et les premiers jours d'hospitalisation, il continuera à se plaindre de douleurs abdominales lombaires, et relate également des tremblements des mains qui ne seront pas constatés par les soignants. Les examens réalisés sur le plan somatique ne retrouvaient rien d'anormal, notamment le scanner abdomino-pelvien, en dehors d'un léger épanchement péritonéal post-interventionnel qui n'expliquait pas les douleurs abdominales persistantes. L'appétit était toujours fortement diminué avec nouvelle perte de poids après l'hospitalisation d'environ 7 kilogrammes. Il reste la plupart du temps dans sa chambre, ne prenant pas part aux activités du service, et en restant isolé la plupart du temps.

Devant ces éléments évocateurs d'un syndrome dépressif majeur le traitement antidépresseur est réajusté. Après un mois et demi d'hospitalisation les symptômes affectifs et les douleurs se sont améliorés, douleurs n'étant presque plus mises en avant par le patient sur la fin de son hospitalisation. L'appétit s'est également restauré avec une reprise pondérale. Il ne présentait plus d'idées suicidaires et semblait pouvoir à nouveau se projeter dans l'avenir.

Après 3 mois d'hospitalisation il fut transféré en soins de suite avec projet d'intégrer dès que possible une institution médico-sociale.

## Diagnostic DSM-IV-TR

- 1) Episode dépressif grave, premier épisode
- 2) Délire hypochondriaque

### 3) Personnalité Anti-sociale

#### Facteur déclenchant

On ne retrouve pas de facteurs déclenchants identifiés clairement en dehors d'une désinsertion et d'un isolement social

#### En résumé

Il s'agit d'un patient de 73 ans hospitalisé pour une tentative de suicide par éventration dans un contexte de premier épisode dépressif. La plainte principale de ce patient est axée sur la zone du ventre, avec des douleurs abdominales sans substratum organique et perte de l'appétit conjointe, évoluant depuis un an, bien avant l'expression de plaintes affectives. Ce patient consulte dans un premier temps un médecin généraliste et sera également hospitalisé en gastro-entérologie du fait du caractère persistant de ses douleurs abdominales.

Ce qui a motivé le passage à l'acte suicidaire est un sentiment d'incurabilité important et la présence d'idées hypochondriaques concernant ces douleurs abdominales. Ce passage à l'acte par éventration, finalement mode de suicide assez rare au Japon n'est pas sans nous rappeler le mode de suicide traditionnel pratiqué autrefois au Japon appelé *Seppuku*, même s'il s'inscrit ici dans un contexte tout autre. D'autres plaintes somatiques vagues à type de douleurs lombaires et de tremblements seront évoquées. Les plaintes affectives sont peu verbalisées avant l'hospitalisation, mais on retrouve un ralentissement psychomoteur important.

Le traitement permettra l'amélioration notable de la composante affective et somatique du syndrome dépressif de ce patient qui intégrera un foyer de vie à sa sortie de l'hôpital.

## Cas numéro 2 : Madame Y Miyako 71 ans

Nous rencontrons Madame Y Miyako en Mars 2012 lors de la conférence de cas cliniques hebdomadaires. Elle est âgée de 71 ans et est hospitalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi pour rechute dépressive dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 2, avec un tableau dominé par des préoccupations hypochondriaques variées, centrées par une plainte autour de la constipation.

### Antécédents personnels et familiaux

Elle a comme antécédents médico-chirurgicaux une cataracte bilatérale, mise en place d'une prothèse de hanche droite suite à une fracture du col du fémur et une intervention récente pour un glaucome à angle fermé de l'oeil droit. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques dans la famille.

### Mode de vie

Elle vit seule avec son mari, ils n'ont pas d'enfants.

### Histoire de la maladie ancienne:

A l'âge de 55 ans suite à une baisse de la vue le diagnostic de cataracte bilatérale et de glaucome à angle ouvert de l'oeil droit est posé, pour lesquels elle subira plusieurs interventions chirurgicales la même année. Suite à cette intervention elle se décrit comme particulièrement anxieuse et se verra prescrire un traitement anxiolytique par benzodiazépines.

L'année suivante elle commence à se plaindre de réveils nocturnes, insomnie et d'une aboulie. Elle consulte pour la première fois un psychiatre aux consultations externes de l'hôpital de Jichi, le diagnostic de dépression est évoqué et elle reçoit un traitement antidépresseur. Après une amélioration passagère elle se plaint d'une nouvelle recrudescence anxieuse et de douleurs des membres inférieurs, décrivant cette douleur comme l'impression que des insectes fourmillent dans ses jambes, ainsi qu'une sensation un peu vague de modification de sa vision. Elle consulte à nouveau en ophtalmologie et

en médecine interne mais l'état clinique est resté stable depuis la dernière intervention. Elle consultera dans divers établissements, inquiète quant à cette sensation de modification visuelle. Les symptômes précédents s'amélioreront mais elle présentera un épisode ponctuel d'exaltation psychomotrice et de logorrhée, ce qui avait amené le psychiatre la consultant à évoquer un trouble bipolaire.

A l'âge de 66 ans elle présente à nouveau un fléchissement thymique avec diminution des intérêts, insomnie et se plaint de façon plus marquée de sécheresse oculaire, de douleurs des jambes similaires à celles ressenties dix années avant et d'une constipation. Elle consulte en Neurologie à l'hôpital de Jichi et sera de nouveau adressée aux consultations externes de psychiatrie. Les symptômes dépressifs s'améliorent après introduction d'un traitement antidépresseur mais on note en revanche à nouveau un épisode logorrhéique et une tachypsychie, évoquant un nouvel épisode hypomaniaque. Un traitement thymorégulateur est prescrit ce qui permettra une amélioration. Persisteront néanmoins les symptômes somatiques tels que les douleurs des membres inférieurs et les préoccupations autour du transit intestinal.

La même année elle présentera un épisode de vomissements et crise convulsive sur hyponatrémie dans un contexte de potomanie, réactionnelle aux préoccupations autour de la constipation. Elle sera hospitalisée suite à cet épisode dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi où elle mettra en avant essentiellement des plaintes hypochondriaques autour de la constipation. Le diagnostic d'épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 2 est posé et le traitement antidépresseur et thymorégulateur est réajusté. Après amélioration des symptômes elle sortira au bout de 2 mois et demi et poursuivra un suivi en ambulatoire.

### Histoire de la maladie actuelle

Après 6 ans sans nouveaux épisodes notables elle présente, sans événements déclenchants particuliers, un affaissement thymique, un désintérêt de ses activités habituelles, une projection difficile dans l'avenir, insomnie, aboulie, difficultés à prendre des décisions et de jugement, une anorexie et des préoccupations hypochondriaques similaires aux épisodes précédents tels que la constipation et la sécheresse oculaire. Elle est hospitalisée 3 semaines plus tard en raison de la difficulté de mettre en place un

traitement en ambulatoire, la patiente craignant d'éventuels effets secondaires des traitements antidépresseurs renforçant son anxiété et de la difficulté pour l'époux vivant seul de prendre en charge la patiente.

### Evaluation à l'entrée

A l'entrée dans l'unité elle apparaît très ralentie sur le plan psychomoteur. Elle se plaint essentiellement d'insomnie, constipation et d'une sensation de bouche sèche ainsi que de sécheresse oculaire rendant sa vision trouble. L'examen somatique ne retrouvait rien d'anormal hormis le syndrome sec oculaire connu. Le transit semblait également régulier. Le traitement antidépresseur et thymorégulateur est ajusté et l'on constatera une amélioration du ralentissement et des symptômes thymiques rapidement. Le délire hypochondriaque avec des éléments de négation persiste cependant, la patiente répétant à chaque entretien «Je suis horriblement constipée» alors que les selles sont quotidiennes, " j'ai la bouche très sèche ce qui m'empêche de manger" alors qu'elle mange la totalité de ses repas, "je ne dors pas du tout" alors que au passage de l'équipe infirmière de nuit la patiente dormait à chaque tour. Le traitement est réajusté mais les plaintes somatiques persisteront jusqu'à sa sortie d'hospitalisation.

### Diagnostic DSM-IV-TR

- 1) Trouble bipolaire de type 2, épisode actuel dépressif
- 2) Délire hypochondriaque

### Facteurs déclenchants des troubles:

Diminution de l'acuité visuelle suite à la cataracte bilatérale

### En résumé

Madame Y Miyako est une dame de 71 ans hospitalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi pour décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble bipolaire connu, avec des préoccupations hypochondriaques centrées sur la sphère digestive et abdominale dans un contexte de trouble bipolaire de type 2 évoluant depuis une dizaine

d'années. Il s'agit du troisième épisode dépressif depuis l'âge de 55 ans, sans événement déclenchant particulier. Les plaintes somatiques récurrentes lors des épisodes dépressifs sont des douleurs et paresthésies des membres inférieurs, une sensation d'anomalie de la vision et des préoccupations hypochondriaques centrées sur le transit abdominal, plaintes l'ayant amenée à consulter en premier lieu un ophtalmologue et un médecin somaticien à plusieurs reprises.

Elle présente des plaintes affectives de type tristesse de l'humeur, difficultés décisionnelles, aboulie et baisse de la volonté et des plaintes somatiques récurrentes, existant déjà lors des précédents épisodes, à type de constipation, sécheresse oculaire, insomnie et baisse de l'appétit. La plainte autour de la constipation est centrale lors de l'épisode récent, et persistera malgré l'amélioration sur le plan thymique après son hospitalisation.

### Cas numéro 3 : Mr S Naoki 62ans

Nous avons rencontré ce patient sur les dernières semaines de notre stage. Il nous a été présenté dès son entrée par le médecin qui le prit en charge et nous avons pu effectuer de nombreux entretiens avec lui ainsi que le présenter lors de la conférence de cas cliniques. Il est âgé de 62 ans et fut hospitalisé dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi 2 mois pour un premier épisode dépressif sévère avec symptomatologie délirante hypochondriaque portant sur la zone abdominale, ce qui nous a motivé à l'inclure dans notre étude.

#### Antécédents médicaux et familiaux

Il ne présente pour seul antécédent qu'un glaucome à pression normale. Il n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial.

#### Mode de vie

Né dans le Nord du Japon il fera des études en faculté des sciences et technologies et est employé dans la même entreprise depuis la fin de ses études. Il travaille beaucoup à raison de plus de 40 heures par semaine. Il vit avec sa femme avec qui il a deux enfants, ayant déjà quittés le domicile familial, ainsi qu'avec sa belle-mère.

#### Histoire de la maladie

Mr S se plaint tout d'abord de troubles du sommeil, s'installant progressivement l'été précédent son hospitalisation soit environ 8 mois avant : il ne dort plus que 3 heures par nuit avec des réveils intermittents et de grandes difficultés à se réendormir. Apparaissent ensuite environ un mois après l'apparition des premiers troubles du sommeil une sensation de lourdeur d'estomac et une perte de l'appétit avec une diminution du goût des aliments. Il perdra 6 kilogrammes en deux mois. Il consulte un médecin généraliste en fin d'année 2011 qui lui prescrit un traitement hypnotique amenant peu d'améliorations.

En début d'année suivante il ressent une diminution de ses capacités de concentration et mnésiques jusqu'à avoir des difficultés dans son travail, et consulte pour la première fois un psychiatre. Il révèle lors de l'entretien que en juin dernier il fut particulièrement affecté par le décès de son beau-père. Il a alors pris en charge la plupart des formalités

administratives concernant les funérailles ce qui représenta un stress important pour lui. Les premiers symptômes à type de troubles du sommeil puis gastro-abdominaux ont débutés peu après les 49 jours, traditionnels dans la religion bouddhiste, où l'on conserve l'urne des cendres du défunt au domicile pour ensuite l'amener au cimetière. Il dit également lors de ce premier entretien ne pas se sentir particulièrement déprimé ou triste mais fait part de son inquiétude importante d'avoir une maladie grave en lien avec cette sensation de lourdeur d'estomac. Il compare cette gêne gastrique au psychiatre "comme une sensation de barre oppressante au niveau de l'estomac, cela m'angoisse et m'empêche de dormir". Il évoque aussi le fait d'avoir remarqué qu'il y avait de la rouille et de la moisissure sur sa ceinture de travail et se demande si cela n'aurait pas des conséquences néfastes sur sa santé et n'aurait pu s'introduire dans son abdomen. Ces symptômes s'accompagnent également de constipation qui aggravent ses inquiétudes et renforcent l'angoisse d'avoir une maladie grave.

Il se verra prescrire au décours de cette consultation un traitement antidépresseur et un arrêt de travail de un mois. En raison d'une anxiété importante vis à vis des traitements médicamenteux l'observance n'était pas très bonne, et il n'y aura pas d'amélioration notable après quelques semaines de prise irrégulière. Il sera de ce fait et en raison de la gravité de son état hospitalisé deux mois après en Hospitalisation libre dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi.

### Evaluation dans le service

A l'admission dans le service Mr S semblait très ralenti sur le plan psycho-moteur et se plaignait d'une asthénie importante ainsi que d'un sentiment de lassitude. Les entretiens furent donc dans un premier temps réalisés au lit du patient en raison de l'asthénie et du ralentissement majeur. Ils révélaient un discours très pauvre, avec un sentiment d'incurabilité et aucune projection possible dans l'avenir. Il ressent également une sensation de lourdeur vague de tout son corps ("karada ga nantonaku omoi"), et des angoisses hypochondriaques envahissantes centrées sur la zone gastro abdominales avec la peur d'avoir une maladie grave. L'appétit se révélait également fortement diminué.

Des examens complémentaires sont réalisés ne retrouvant pas d'étiologie organique, notamment oncologique au vu de l'altération de l'état général, mais le scanner abdominal retrouvait une constipation avérée. Un double traitement antidépresseur fut prescrit et un

mois après le début de ce traitement les idées hypochondriaque d'introduction de moisissure et de rouille dans l'abdomen étaient beaucoup moins présentes et critiquées partiellement. On constatait une légère amélioration thymique mais la dimension aboulitique et anhédonique persistait. Il décrivait également fréquemment l'impression d'avoir la tête lourde et des épisodes de vertiges.

Il put commencer progressivement à participer aux activités thérapeutiques du service. Néanmoins il restait encore la plupart du temps dans sa chambre à dormir, se réveillant principalement au visites de son épouse. Le sommeil s'améliora progressivement également. Il était encore hospitalisé lors de mon départ du stage mais est sorti 2 mois après une franche amélioration thymique et amélioration des idées hypochondriaques, et aurait repris son activité professionnelle à l'heure actuelle. Il est encore suivi en ambulatoire un an après.

#### Diagnostic DSM-IV-TR

1) Episode dépressif majeur, épisode simple d'intensité grave avec symptômes hypochondriaques associés

#### Facteur déclenchant

Le décès du beau père du patient

#### En résumé

Il s'agit d'un patient de 62 ans hospitalisé pour épisode dépressif majeur avec délire hypochondriaque d'introduction de rouille et de moisissure dans son abdomen. Les symptômes initialement amenés par le patient sont des troubles du sommeil, une sensation de pesanteur épigastrique, une constipation et une perte d'appétit, quelques temps après le décès de son beau père. Petit à petit le patient met en lien les symptômes présentés avec l'angoisse d'avoir une maladie grave, dans le cadre d'idées délirantes hypochondriaques d'introduction de la moisissure et de la rouille (présente sur ses vêtements et sa ceinture de travail) à l'intérieur de son ventre.

Il ne consultera un psychiatre que quelques mois après le début de ses symptômes et après avoir consulté à plusieurs reprises un médecin somaticien en raison de son

insomnie et des symptômes gastro-intestinaux. L'hospitalisation est rendu nécessaire par la difficulté à mener un traitement en ambulatoire et le tableau d'altération de l'état général important. Le tableau est dominé par les plaintes somatiques centrées sur la zone abdominale, un ralentissement psycho moteur important, une aboulie et une anhédonie. La tristesse de l'humeur ne sera exprimée que tardivement et peu mise en avant tout au long de l'évolution de la maladie. La prescription d'un traitement antidépresseur et l'hospitalisation permettront une amélioration du tableau et au patient la reprise de son activité professionnelle quelques mois après.

## **Cas numéro 4 : Madame E Shouko 73ans**

Madame E Shouko nous fut présentée quelques temps après son admission et nous eûmes l'occasion de la rencontrer à travers quelques entretiens individuels, de groupes d'activités thérapeutiques, ainsi que de la conférence de cas cliniques.

Elle est âgée de 73 ans au moment de son hospitalisation pour syndrome mixte anxio-dépressif avec des angoisses hypochondriaques sévères polymorphes portant notamment sur la région abdominale.

Nous avons choisi de la présenter car elle semble représenter l'exemple d'un cas de dépression de la personne âgée au Japon avec des symptômes somatiques et hypochondriaques prédominants le tableau clinique.

### Antécédents médicaux et familiaux

Madame E fut opérée d'une tumeur maligne bronchique à l'âge de 72 ans. Elle se plaint de douleurs gastriques régulièrement depuis l'âge de 50 ans et s'auto médicamente en antalgiques à cet effet. Sur le plan des antécédents familiaux la fille aînée de la patiente était hospitalisée dans un autre établissement pour syndrome dépressif au moment de l'hospitalisation de la patiente.

### Mode de vie

Madame E est originaire de Tokyo mais vit dans la région de Tochigi avec son mari depuis le départ de ses deux filles il y a environ 14 ans. Elle interrompit ses études après l'école primaire pour aider au foyer parental et fut mère au foyer.

### Histoire de la maladie ancienne

Quatre ans avant son hospitalisation en raison d'une sensation de lourdeur d'estomac inhabituelle et persistante elle consulte un gastro-entérologue. Lors d'un contrôle radiologique pulmonaire effectué dans le cadre de ces douleurs on lui découvre une tumeur bronchique maligne. Elle subit une intervention chirurgicale suivie de deux cures de chimiothérapie. Elle était au moment de l'hospitalisation stabilisée sur le plan

carcinologique.

### Histoire de la maladie récente

Lors des consultations de suivi en pneumologie elle évoque toujours des douleurs abdominales non expliquées par les bilans réalisés. Elle se plaint également d'accès vertigineux et sera hospitalisée deux fois dans un autre établissement sans étiologie retrouvée. Elle émettra diverses plaintes d'allure hypochondriaque lors de ces consultations, comme celle de ne plus avoir d'appétit, d'avoir des palpitations ou encore de difficultés respiratoires : « je n'arrive plus à manger, je suis très inquiète ; j'ai le cœur qui bat vite parfois, ça m'inquiète ». Elle est orientée peu de temps avant son hospitalisation vers un médecin psychiatre et lors de la première consultation était noté une perte de l'élan vital, une aboulie, un ralentissement psychique, une diminution des capacités mnésiques et décisionnelles, une baisse de l'appétit et des angoisses hypochondriaques et des plaintes somatiques telles que celles décrites auparavant. Le diagnostic de syndrome dépressif est évoqué lors de ce premier contact et différents traitements anti dépresseurs et anxiolytiques furent prescrits, mais tous stoppés par la patiente rapidement.

Devant l'impossibilité de mener le traitement en ambulatoire, et l'altération de l'état général ainsi qu'un tableau d'incurie, la patiente sera hospitalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi.

### Evaluation dans le service

Dans le service elle reste la plupart du temps dans sa chambre et les entretiens sont réalisés au lit dans un premier temps. Les entretiens sont très pauvres et les plaintes de la patiente sont essentiellement d'ordres somatique, non expliquées par les différents examens biologiques et d'imagerie réalisés. Dans ces nombreuses plaintes ressortent celle d'avoir une sensation vague de malaise gastrique "nantonaku i ga itai", parfois accompagné de nausées, une constipation et des sensations vertigineuses rendant la marche difficile et justifiant l'impossibilité pour la patiente de sortir de sa chambre.

Les traitements symptomatiques proposés sont tous refusés, elle présente une attitude négativiste, un sentiment d'incurabilité « je ne guérirai pas, ça ne sert à rien » (*mou dame desu*) avec une expression douloureuse constante sur le visage. L'appétit était fortement

diminué avec refus parfois total de manger et de boire ayant amené la patiente à être réhydratée par voie intra-veineuse pendant 4 jours, ce qu'elle accepta également difficilement par crainte d'effets secondaires. Elle passe la plupart du temps dans sa chambre, évitant les contacts avec les autres patients. Elle évoquera également des idées délirantes de culpabilité de manière épisodique « j'ai fait du mal à tout le monde », ainsi que des idées de persécution « Il y a des gens qui m'observent dans le voisinage ».

Devant ce tableau dépressif sévère d'allure endogène un traitement par antidépresseurs tricycliques injectable est débuté mais en raison de nausées il est refusé par la patiente et interrompu rapidement. Une électroconvulsivothérapie d'urgence est débutée rapidement en raison de l'impossibilité de mener le traitement per os et de l'aggravation clinique. Au bout de 4 séances une franche amélioration de l'état thymique de la patiente est déjà constatée et les plaintes somatiques sont elle aussi beaucoup moins présentes. Elle bénéficiera en tout d'une dizaine de séances, permettant une amélioration importante sur le plan thymique, la disparition des symptômes somatiques et des angoisses hypochondriaques hormis la constipation. Une reprise des activités et des centres d'intérêts est notée progressivement, la patiente ayant même pris l'initiative d'organiser dans le service un atelier d'origami (pliage de papiers japonais) ainsi que d'exercices de calligraphie.

Des permissions au domicile seront organisées, et après stabilisation de son état la patiente est sortie après 3 mois d'hospitalisation.

#### Diagnostic DSM IV-TR

- Episode dépressif majeur grave avec caractéristiques psychotique : délire hypochondriaque

#### Facteur déclenchant

Le diagnostic de cancer du poumon et l'intervention chirurgicale consécutive

#### Résumé

Il s'agit d'une patiente de 73 ans présentant un syndrome mixte anxio-dépressif après une intervention chirurgicale pour un cancer bronchique, avec de nombreuses angoisses

hypochondriaques. Le tableau est dominé par une altération de l'état général et un ralentissement psychomoteur avec perte d'appétit, une sensation de douleur gastrique, des nausées et une constipation. Les affects sont peu verbalisés, mais elle présente une perte d'intérêt et des difficultés de concentration.

Elle consultera de nombreux médecins somaticiens avant d'être orientée vers un médecin psychiatre. Le traitement est rendu particulièrement difficile en raison des angoisses hypochondriaques et d'un délire de négation, avec un refus ou un arrêt de tout les traitements antidépresseurs proposés en raison d'effets secondaires. L'électroconvulsivothérapie permettra une amélioration rapide du tableau clinique avec apaisement des angoisses hypochondriaques, et reprise d'activités dans le service puis à l'extérieur.

## Cas numéro 5 : Mr T Kenji 31 ans

Mr T Kenji est un des premiers patients que nous rencontrons à notre arrivée à l'hôpital de Jichi. Il s'agit d'un patient de 31 ans hospitalisé pendant près de 4 mois pour un premier épisode dépressif dans un contexte d'épuisement professionnel.

Rencontré lors de la conférence de cas cliniques et après discussion avec le psychiatre et la psychologue qui le prenait en charge, les multiples symptômes somatiques qu'il rapporte avant et pendant son hospitalisation nous ont amené à l'inclure dans notre étude.

### Antécédents personnels et familiaux

Il ne présente pas d'antécédents personnels sur le plan psychiatrique. Il a un antécédent d'hernie discale et présente des céphalées fréquemment depuis l'enfance.

Sa mère a souffert d'un épisode dépressif réactionnel dans un contexte de violence conjugale, et sa sœur cadette un refus scolaire anxieux et des troubles du comportement alimentaire.

### Mode de vie

Il est l'aîné d'une fratrie de deux. Après la fin du lycée il travaille directement comme employé pour un supermarché où il est toujours employé actuellement. Il est marié depuis l'âge de 19 ans et a trois enfants.

### Histoire de la maladie

Quelques mois avant son hospitalisation Mr T a une promotion et devient gérant du rayon primeur de 9 supermarchés de la région. Son rythme de travail devient beaucoup plus intense et il doit parcourir près de 5000Km par mois pour se déplacer entre les différentes enseignes. Quatre mois après cette promotion il est particulièrement stressé et commence à se désintéresser de ses activités habituelles comme la lecture des mangas ou la mécanique, et il s'isole de plus en plus ne souhaitant plus discuter avec ses collègues et amis. Il présente des difficultés à se concentrer ce qui entraîne des erreurs dans son travail. Il commence à se plaindre de céphalées de plus en plus fréquentes et de nausées

s'accroissant lors des journées de travail avec des épisodes de vomissements.

Un soir il présente un épisode de céphalée frontale d'apparition brutale et se rend aux urgences locales d'où il sera transféré en urgence à l'hôpital de Jichi dans le service de Neurologie. Les examens d'imagerie et biologiques ne retrouvaient pas d'anomalie et il sortira rapidement. Il y aura une deuxième hospitalisation en Neurologie pour le même motif 15 jours après sa sortie, Mr T se plaignant cette fois de paresthésies des membres supérieurs et inférieurs. Devant l'absence d'étiologie retrouvée une consultation de psychiatrie est demandée, retrouvant une humeur dépressive, une aboulie, un sentiment de culpabilité quant à son incapacité à mener son travail depuis cette mutation. Il avoue avoir des idées suicidaires et signale une perte de 11 kilogrammes en un mois. Le diagnostic de syndrome dépressif est évoqué et il est hospitalisé quelques temps après dans le service de psychiatrie.

#### Evaluation dans le service

Mr T présentait à l'entrée un ralentissement psycho-moteur sévère, avec un visage peu expressif et des déplacements très lents. Les plaintes somatiques à type de céphalées accompagnées de nausées, une perte d'appétit et parfois des paresthésies des membres sont mises en avant.

Un traitement par antidépresseur tricyclique est prescrit et une surveillance est instaurée. Rapidement le ralentissement psychomoteur s'améliorera et il pourra exprimer lors des entretiens son mécontentement vis à vis de ses conditions de travail, une dévalorisation quant à ses capacités de mener à bien son travail, une labilité émotionnelle avec des pleurs fréquents, et des idées suicidaires persistantes. Il présente une très faible estime de lui. Il continue à avoir très peu d'appétit et disait ne plus ressentir le goût des aliments « Lorsque je mange c'est comme si je mangeais de la gomme » « Les aliments me donnent la nausée ». Le sommeil était perturbé également avec des réveils nocturnes. Au fil de l'hospitalisation apparaissent également une irritabilité et des accès d'agitation nécessitant un isolement provisoire.

Le traitement est réajusté avec ajout d'un thymorégulateur. Lors des entretiens il évoque des épisodes de vomissements mais non constatés par l'équipe, et des accès de céphalées « J'ai mal à la tête plusieurs fois pendant la journée » (*atama ga itai*). Il émit le

souhait d'abandonner son poste actuel, ne se sentant plus capable de tenir ces responsabilités.

Les symptômes thymiques s'améliorent progressivement après un mois d'hospitalisation avec une diminution de l'aboulie et du ralentissement. Les plaintes de céphalées étaient beaucoup moins présentes après un mois d'hospitalisation et on assistait à une reprise pondérale rapide. De nouvelles plaintes somatiques furent néanmoins évoquées en cours d'hospitalisation telles que des crampes des membres inférieurs, et une douleur de l'oeil gauche. Une consultation organisée en ophtalmologie ne retrouvait qu'une sécheresse oculaire. Après 2 mois d'hospitalisation l'appétit est restauré et il ne se plaint plus de nausées ni de vomissements. On retrouve chez ce patient cependant une faible estime de soi, un sentiment de dévalorisation constant et une psychothérapie cognitivo-comportementale sera débutée pendant l'hospitalisation. Il sortira du service 3 mois après le début de son hospitalisation pour poursuivre le traitement en ambulatoire. Il a abandonné son poste de travail actuel et était à la recherche d'un nouvel emploi.

#### Diagnostic DSM-IV-TR

- Episode dépressif majeur, épisode simple d'intensité moyenne
- Trouble somatoforme non spécifique

#### Facteur déclenchant

Promotion à un poste à responsabilité avec une surcharge de travail conséquente.

#### En résumé

Il s'agit d'un patient de 31 ans hospitalisé pour épisode dépressif, après transfert de Neurologie où il était hospitalisé pour céphalées non expliquées et paresthésies des membres supérieurs et inférieurs.

Les plaintes de ce patient sont somatiques au premier plan avec des épisodes de céphalées accompagnés de nausées et vomissements, une perte d'appétit et de goût, un amaigrissement conséquent de 11 kilogrammes, des paresthésies des membres inférieurs

et supérieurs et des douleurs oculaires. Un ralentissement psychomoteur sévère est aussi prédominant. Pourront être évoqués dans un deuxième temps une humeur triste, une perte de volonté et de capacité décisionnelle et des idées suicidaires.

Un traitement antidépresseur par tricycliques a permis une amélioration significative des symptômes somatiques puis une amélioration thymique franche. Une psychothérapie cognitivo-comportementale a été débutée et est poursuivie en ambulatoire.

## Cas numéro 6 : Madame M Chihiro 64 ans

Madame M Chihiro est une patiente de 64 ans hospitalisée pour la deuxième fois dans le service de psychiatrie de Jichi pour syndrome dépressif. Elle est une des seules patientes que nous avons pu rencontrer à la fois pendant son hospitalisation et en consultations ambulatoires. Bien que son profil diffère quelque peu de celui des autres patients et que le diagnostic de syndrome dépressif était discuté par l'équipe médicale en raison de son caractère atypique, nous avons décidé de l'inclure en raison de la présence chez cette patiente de nombreux symptômes somatiques dont celui particulièrement intéressant dans la culture japonaise de katakori, sensation de douleur ou de contracture des épaules. Elle nous semblait également en lien avec la dépression de la personne âgée dans un contexte de pertes affectives.

### Antécédents personnels et familiaux

Madame M a été opérée d'une hernie discale et on lui a également extrait une tumeur thyroïdienne bénigne. Il s'agit de la deuxième hospitalisation pour cette patiente dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi. La première hospitalisation s'inscrivait dans le même contexte symptomatologique.

### Mode de vie

Madame M est née dans la région de Tochigi, dans une zone rurale. Elle suit une scolarité normale jusqu'à l'équivalent japonais du baccalauréat puis à travaillé en tant qu'employé de bureau jusqu'à l'âge de 23 ans. Après son mariage elle subira 3 fausses couches puis donnera naissance à un fils après une grossesse normale. Deux ans après la naissance de son fils elle fera une nouvelle fausse couche et abandonnera l'idée d'avoir un deuxième enfant, malgré le souhait de son mari. Elle a occupé par la suite de nombreux emplois de courtes durées. Elle vit actuellement avec son mari qui travaille en tant que cuisinier. Leur fils aîné travaille dans la région et a quitté le domicile familial quatre ans auparavant après son mariage .

### Histoire de la maladie ancienne

Après le départ du fils du domicile familial Madame M ressent des sensations vertigineuses et des douleurs de la face interne des genoux. Suite à l'apparition de ces douleurs elle s'inquiète beaucoup se demandant si elle ne souffre pas d'une maladie grave : "Mes jambes ne fonctionnent plus normalement, est ce que cela va guérir ? ", "C'est peut être mon cerveau qui m'envoie un signal, c'est probablement grave». Suite à l'apparition de ses douleurs elle perd une partie de son autonomie, restant immobilisée au lit et se retrouvant en grande partie dépendante de son mari. Un mois après l'apparition de ces douleurs, elle rapporte l'impression d'avoir des billes qui bougent dans les mollets, et le sentiment que quelque chose lui enserre la jambe. Elle consulte un praticien de ville et est hospitalisée en neurologie du 16 au 23 janvier de l'année suivante. Aucune pathologie organique n'est retrouvée à partir des examens pratiqués pendant cette hospitalisation. Les symptômes s'allègent après sa sortie de façon inexplicable.

Pendant un an elle se porte plutôt bien. Quelques temps après elle ressent des douleurs de l'épaule gauche, et en août de la même année elle se plaint d'une sensation de lourdeur vague de tout son corps, (karada ga nantonaku omoi) d'une sensation de pression sur l'hémicorps et surtout l'épaule gauche (kata ga hipparete imasu). Elle consulte un somaticien qui lui prescrit un antidépresseur tricyclique pour les douleurs et un traitement de médecine chinoise, sans que lui soit évoqué directement le diagnostic d'épisode dépressif.

En octobre elle consulte à nouveau pour sensations de lourdeur du dos et des fourmillements atypiques du corps entier. Elle consulte le cardiologue de son mari qui suspecte une dépression masquée et lui prescrit un antidépresseur IRS. Quelques temps après elle relate l'impression que sa joue droite et ses mains fourmillent, puis des difficultés à se déplacer. Devant ces symptômes atypiques une IRM cérébrale est réalisée sans anomalies retrouvées. Elle est hospitalisée une première fois dans le service de psychiatrie de Jichi et le diagnostic de dépression masquée est à nouveau évoqué devant l'absence de plainte thymique franche et les nombreux symptômes somatiques inexplicables. Le traitement est modifié mais il n'y aura pas d'amélioration notable. 11 séances d'électroconvulsivothérapie permettront un allègement des symptômes somatiques hormis le sentiment de lourdeur de l'épaule gauche. Le médecin qui la prend à charge à l'époque relate l'impression que ces symptômes rentrent dans cadre d'un

processus névrotique lié au départ de son fils et à son relatif isolement. Elle sort de l'hôpital après 160 jours d'hospitalisation.

### Histoire de la maladie récente

Après sa sortie d'hospitalisation la sensation de pesanteur de l'épaule gauche persiste mais elle arrête les traitements et le suivi. Les symptômes semblent s'aggraver au point qu'elle ne peut plus quitter son lit. Elle consulte en septembre décrivant l'impression de « tourner comme une toupie », et souhaitant à nouveau être hospitalisé. Le traitement est repris et modifié à plusieurs reprises sans efficacité et elle est à nouveau hospitalisée.

### Evaluation dans le service

A l'entrée Madame M décrit une sensation de pesanteur au niveau de l'épaule et de l'omoplate gauche lui donnant l'impression "d'avoir un carcan de fer entre l'épaule et le coude". " C'est comme si je portais un mikoshi sur l'épaule" (énorme char porté par plusieurs hommes lors des festivals japonais). Il n'y avait pas de perte d'appétit ni de trouble du sommeil, ni de plainte affective évidente.

Lors des entretiens familiaux le mari explique qu'en raison de l'état de son épouse et du fait qu'elle passe la majeure partie de son temps au lit la situation est très difficile pour lui et il a demandé à son fils de revenir à la maison avec son épouse. Lors des entretiens la patiente a un discours superficiel, assez pauvre en émotions et nie ressentir tout symptôme dépressif. On a pu observer une amélioration des symptômes un certain temps lors de l'évocation par son mari du retour du fils au domicile parental, mais une fois la date du déménagement fixé les symptômes ont repris.

Elle est sortie d'hospitalisation 2 mois après sans amélioration notable, avec poursuite d'un suivi ambulatoire. Le fils de la patiente était revenu au domicile parental avec son épouse. Lors d'une consultation externe nous avons pu revoir la patiente dont l'état restait similaire, avec même une aggravation des symptômes selon elle après sa sortie d'hospitalisation.

### Diagnostic DSM IV-TR

- Trouble somatoforme non spécifié
- Trouble dépressif chronique

### Facteur déclenchant

Le départ du fils du domicile familial.

### En résumé

Il s'agit d'une patiente de 63 ans hospitalisée pour la deuxième fois dans le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Jichi et présentant des plaintes hypochondriaques et somatiques multiples, avec pour plainte principale une sensation atypique de contracture et de traction de l'épaule et hémicorps gauche. Ces symptômes s'inscrivent dans une évolution d'allure chronique, depuis le départ de son fils aîné du domicile familial.

Elle consultera de nombreux médecins somaticiens tout au long de l'évolution de la maladie, avec une hospitalisation en Neurologie n'ayant pas permis d'expliquer ces symptômes. Après avis psychiatrique le diagnostic de dépression est évoqué et une première hospitalisation avec un traitement par électroconvulsivothérapie a permis une amélioration notable. Une rechute a motivée la réhospitalisation peu de temps après, la résistance aux différents thérapeutiques entreprises et l'aggravation des symptômes lors de l'évocation de la sortie de la patiente amène à penser au diagnostic de trouble dépressif chronique autour de l'isolement et du départ du fils du domicile familial, probable élément déclenchant réactivateur de pertes plus anciennes liées aux deux précédentes fausses couches.

## **Description des cas cliniques**

Nous avons précédemment présenté six cas de patients hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Jichi pour syndrome dépressif. Ces six patients nous ont tous semblé représentatifs de la problématique de notre étude concernant les plaintes somatiques chez les patients dépressifs et l'influence de la culture sur cette symptomatologie.

Nous allons les décrire en regroupant leurs caractéristiques communes, et tenter de dégager leurs particularités respectives.

### **Caractéristiques socio-démographiques**

Ces six patients vivent dans les régions de Tochigi ou d'Ibaraki, régions à la fois très urbanisées mais aussi rurales, avec une production agricole des plus importantes du Japon.

Cinq d'entre eux ont plus de 60 ans à l'exception de Mr T Kenji qui est âgé de 30 ans. Ils sont encore actifs professionnellement pour Mr S Naoki et Mr T Kenji, retraités pour Madame E Shouko et Madame M Mizunuma et non précisé pour Mr O Atsushi et Madame Y Miyako.

Ils sont tous mariés et ont des enfants à l'exception de Mr O Atsushi qui est divorcé.

### **Caractéristiques cliniques**

- Ces six patients ont tous été hospitalisés dans les suites d'un diagnostic de syndrome dépressif selon l'axe 1 du DSM IV-TR. Ce diagnostic fut posé en consultation ambulatoire ou après transfert d'un autre service pour Mr T Kenji et Mr O Atsushi.
- Quatre d'entre eux présentent un épisode d'intensité sévère avec des symptômes délirants hypochondriaques : Mr S Naoki, Madame E Shoukou, Madame Y Miyako et Mr S Atsushi.

- Il s'agit d'un premier épisode dépressif pour Mr S Naoki, Mr T Kenji, Madame E Shouko et Mr O Atsushi. Les autres présentent une récurrence : madame Y Miyako dans le cadre d'un trouble bipolaire connu et pour Madame M Chihiro dans le cadre d'un trouble dépressif non spécifié évoluant de manière chronique.
- La principale caractéristique commune sur le plan clinique de nos patients est celle de présenter de nombreux symptômes somatiques dès le début de l'évolution des troubles. Ces symptômes sont au premier plan, amenant chez nos six patients la consultation auprès de médecins somaticiens dans un premier temps. Certains de ces symptômes somatiques rentrent dans le cadre diagnostique de l'épisode dépressif majeur :
  - Troubles du sommeil pour Mr S Naoki, Mr T Kenji et Madame Y Miyako
  - Baisse de l'appétit pour tous sauf Madame M Chihiro.

Les autres sont des symptômes aspécifiques, que nous pouvons partager en symptômes douloureux et non douloureux. La plupart de ces symptômes sont non expliqués par les divers examens cliniques et paracliniques réalisés, et persistants.

- Pour les symptômes douloureux on retrouve:
  - Douleurs des membres inférieurs chez Mme M Miyako
  - Des douleurs abdominales et lombaires pour Mr O Atsushi
  - Une sensation douloureuse de pesanteur gastrique chez Mr S Naoki
  - Des douleurs abdominales chez Mme M Shoko
  - Des céphalées et des douleurs oculaires chez Mr T Kenji
  - Une douleur de l'épaule gauche à type de contracture pour Mme Chihiro. A noter que dans le langage courant général au Japon la sensation de contracture douloureuse des épaules est appelée "*katakori*", *kata* signifiant épaule, et *kori* évoquant la contraction. Même si la patiente n'utilisera pas ce terme lors des entretiens il nous semblait intéressant d'évoquer la fréquence de ce symptôme

dans la population japonaise.

Si nous regroupons ces symptômes selon les régions corporelles on retrouve la répartition suivante :

Zones corporelles	Nombre De plaintes symptomatiques	Sous-localisations	Nombres de plaintes symptomatiques
Zone céphalique et cervicale	5 (14,2%)	céphalées	1
		douleurs/ sécheresse oculaire	2
		Bouche sèche	1
		Douleurs cervicales/ épaules	1
Zone du thorax/dorsale	1 (2,8%)	Douleurs lombaires	1
Zone abdominale	13 (37,14%)	Nausées/vomissement	2
		Baisse de l'appétit/ amaigrissement	5
		Troubles du transit	3
		Douleurs/ pesanteur abdominale	3
Membres supérieurs et inférieurs	3 (8,6%)	Douleurs des membres	1
		Paresthésies des membres	2
		Lourdeur corps	2
		Troubles du sommeil	3
		Ralentissement moteur	4

Symptômes non localisés	13 (37,14%)	Asthénie	1
		Sensations vertigineuses	1
		Palpitation	1
		Dyspnée	1
Plaintes somatiques totales	35		

- Ce qui ressort en premier plan de l'étude des symptômes somatiques présentés par nos patients est la fréquence des plaintes liées à la sphère digestive : trois de ces patients présentent des douleurs abdominales, et cinq présentent des symptômes autour de la sphère gastro-intestinale accompagnant ou non des douleurs abdominales
- La sensation vague de lourdeur corporelle (*karada ga nantonaku omoi*) était un symptôme souvent évoqué, retrouvé chez Mr S Naoki et Madame M Chihiro, rentrant dans le cadre probable du ralentissement psychomoteur.
- les symptômes présentés par Madame E Shouko tels que les palpitations, les vertiges et les difficultés respiratoires semblent plus rentrer dans la sphère anxieuse.
- Les symptômes de la sphère affective et cognitive sont évoqués tardivement ou dans un second temps pour Mr S Naoki, Mr Kenji et Mr O Asushi. Ils ne seront pas exprimés chez Madame M Chihiro et très peu pour Madame E Shouko qui parlera cependant d'une perte des intérêts et de difficultés à se concentrer. Madame Y Miyako est la seule à se plaindre précocement d'une humeur triste, d'une aboulie et d'une difficulté à prendre des décisions. Pour tous ces patients le tableau est dominé par les plaintes somatiques évoquées précédemment, et les affects dépressifs ne peuvent être verbalisés pour la majorité que dans un second temps.

Le tableau ci-dessous résume les plaintes affectives, cognitives et somatiques de nos 6 patients.

	<b>Plaintes affectives</b>	<b>Plaintes cognitives</b>	<b>Plaintes somatiques</b>
<b>Y Miyako</b>	Tristesse de l'humeur  Aboulie	Baisse de la capacité décisionnelle	Douleurs des membres inférieurs  Insomnie  Baisse de l'appétit, constipation  Sensation de modification de la vision/ sécheresse oculaire  Bouche sèche
<b>O Atsushi</b>	Idées suicidaires	Ralentissement psychique	Douleurs abdominales  Douleurs lombaires  Diminution de l'appétit et perte de poids importante  Ralentissement moteur
<b>S Naoki</b>	Tristesse de l'humeur évoquée secondairement	Ralentissement psychique  Difficultés de	Insomnie  Pesanteur/

	Aboulie Anhédonie	concentration	Douleur gastrique Diminution de l'appétit avec perte du goût Constipation Asthénie Sensation de lourdeur du corps Ralentissement moteur
<b>T Kenji</b>	Humeur triste Aboulie Idées suicidaires	Diminution de la capacité décisionnelle	Céphalées Nausées+/- vomissements Baisse de l'appétit et du goût Troubles du sommeil Douleurs oculaires Ralentissement moteur
<b>E Shouko</b>	Perte d'intérêts	Difficultés de concentration Ralentissement	Douleurs abdominales Nausée Constipation Sensations

		psychique	vertigineuses Baisse de l'appétit Palpitations Sensation de dyspnée Paresthésies des membres supérieurs et inférieurs Ralentissement moteur
<b>M Chihiro</b>	Non exprimées	Non exprimées	Sensation de lourdeur corporelle Douleur/ Raideur de l'épaule gauche Paresthésies des doigts

- Selon la définition de la somatisation telle que nous l'avons citée au début de cette étude nous pouvons classer nos patients en deux profils de "somatisation":
  - Ceux des patients exprimant des plaintes somatiques au premier plan déniaient ou minimisant toute plainte affective tels que Mr O Atsushi, Madame E Shoukou et Madame M Chihiro.
  - Le deuxième profil se rapporte à l'expression de plaintes à la fois affectives et du report de nombreux somatiques inexplicables tels que Mr T Kenji, Madame Y Miyako et Mr S Naoki.
- A noter que chez Mr S Naoki, Madame Y Miyako, Mr O Atsushi et Madame E

Shoukou ces symptômes rentrent aussi dans une dimension d'hypochondrie voire de délire hypochondriaque.

### Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants de l'épisode dépressif ou de la rechute chez ces patients sont :

- La perte de la vue suite à une cataracte bilatérale pour Madame Y Miyako
- L'isolement et la perte de rôle social chez Mr O Atsushi
- Le décès du beau père et les démarches consécutives aux funérailles pour Mr S Naoki
- Le cancer bronchique de Madame E Shouko
- L'augmentation de la charge de travail liée à une mutation professionnelle pour Mr T Kenji
- Le départ du fils aîné après son mariage pour Madame M Chihiro.

Ces facteurs déclenchants sont pour la plupart liés à une expérience objective ou subjective de perte : perte de la santé (Madame Y Miyako et Madame E Shouko), perte d'un proche (Mr S Naoki), changements intra-familiaux suite au départ du fils unique du domicile familial (Madame M Chihiro) avec probable reviviscence de pertes plus anciennes liées aux deux précédentes fausses couches, perte de tout repère social et marginalisation après un retour d'incarcération (O Atsushi), perte de la stabilité et des repères professionnelles lié à un changement de poste (Mr T Kenji). Ces pertes sont potentiellement à mettre en lien avec les pertes liées à l'entrée dans le « vieillissement » pour Madame Y Miyako, Madame E Shouko, Mr S Naoki et Madame M Chihiro.

## IV.c DISCUSSION : APPROCHE SOCIO-CULTURELLE DE LA SOMATISATION CHEZ LES PATIENTS DEPRESSIFS JAPONAIS

### *Généralités*

A travers l'étude de ces 6 cas cliniques et des éléments théoriques généraux de psychopathologie transculturelle évoqués ci dessus, nous allons développer différentes théories et notions plus spécifiques à la culture Japonaise et tenter d'en dégager des hypothèses explicatives quant à la fréquence des symptômes somatiques dans la dépression chez les patients souffrant de dépression au Japon.

Nos six patients ont tous dans leur présentation clinique une symptomatologie somatique importante et parfois occultant même les autres symptômes dépressifs, affectifs et cognitifs. Ils ont pour quatre d'entre eux le point particulier de présenter de nombreux symptômes gastro-intestinaux.

Beaucoup d'études ethnopsychiatriques menées principalement dans les années 90 avec le courant de la nouvelle Psychiatrie Transculturelle, mettent en avant dans différents pays Asiatiques dont le Japon une inter-connection importante entre la souffrance physique et psychique, avec une fréquence importante de symptômes somatiques dans la dépression [28.29.31.32.33.34.35]. La somatisation en tant que « *idiom of distress* » de la souffrance mentale dans certaines cultures en Asie est un concept qui a été souvent évoqué dans ces travaux mais aussi critiqué [49]. Rappelons que le terme de "idiom of distress" est un concept utilisé pour décrire l'expérience culturelle spécifique de la souffrance psychosociale et qu'elle ne se ramène pas forcément aux troubles mentaux.

Parmi ces études focalisons nous plus particulièrement sur celles réalisées au Japon. Parmi les études portant sur les symptômes de patients dépressifs Japonais on retrouvait une coexistence de symptômes somatiques dans la dépression chez 13 à 57% des patients [27 ;48]. Une étude menée pendant 2 ans dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi chez des patients diagnostiqués épisode dépressif majeur selon le DSM-IV, retrouvait des symptômes somatiques associés chez 57% d'eux, avec une majorité de patients (61,2%) se plaignant d'au moins trois symptômes somatiques non expliqués.

Voici le détail des types et localisation des symptômes retrouvés dans cette étude :

**Tableau 3 [48]**

<b>Symptômes somatiques</b>	<b>Taux retrouvé</b>	<b>Symptômes somatiques</b>	<b>Taux retrouvé</b>
Constipation	40,8%	Sensation de bouche sèche	8,2%
Difficultés à uriner	14,3%	Douleurs Abdominales	8,2%
Céphalées	14,3%	Sensation de baisse de vision	6,1%
Lombalgies	14,3%	Acouphènes	6,1%
Douleurs dans la poitrine	12,2%	Difficultés respiratoires	6,1%
Sueurs	12,2%	Diminution de la sensibilité	6,1%
Palpitations	10,2%	Tremblements des mains	6,1%
Paresthésies des membres supérieurs	10,2%	Difficultés à la marche	6,1%
Douleurs des membres inférieurs	8,2%		
Douleurs dentaires	8,2%		

**Tableau 4 : Répartition des plaintes selon la localisation anatomique [48]**

<b>Localisations</b>	<b>Fréquence des plaintes somatiques</b>
Céphalique	42,90%
Thoraco-dorsale	26,50%
Abdomen	49,00%
Membres supérieurs et inférieurs	24,50%
Non localisées	55,00%

Ce qui ressort de cette étude, en dehors de la fréquence de plaintes somatiques non localisées (55%) est la fréquence des plaintes situées autour de la zone abdominale (49%) et céphalique (42,9%). Waza ayant comparé les symptômes de patients dépressifs Japonais et Américains retrouvait lui aussi une différence significative dans le nombre et la nature des plaintes somatiques entre les deux groupes [32] : le nombre de symptômes physiques retrouvés étaient plus importants chez les patients japonais et le pourcentage de patients ne se présentant qu'avec des plaintes somatiques étaient trois fois plus élevé chez les patients japonais (27%) que chez les patients Américains (9%), et l'inverse était également constaté pour le pourcentage de patients ne se présentant qu'avec des symptômes affectifs, plus nombreux chez les patients Américains. Il retrouvait aussi un taux significatif chez les patients Japonais de symptômes abdominaux, céphalées et douleurs cervicales et des épaules. Dans la même ligne Saint Arnaud retrouvait chez des patientes japonaises dépressives un taux significatif de symptômes somatiques associés tels que douleurs abdominales et gastriques, céphalées, vertiges, sensation de faiblesse, douleurs articulaires, douleurs des épaules et palpitations [29]. Lock décrivit également la tendance chez des patientes japonaises à se présenter avec des plaintes somatiques non spécifiques (*futeishō*) incluant maux de tête, sensation de froid, douleur et raideur des épaules "*katakori*", douleurs lombaires.

Cette fréquence importante de symptômes somatiques associés à la dépression au Japon est peut être une des raisons du sous-diagnostic des patients dépressifs dans les populations suivies en médecine générale. En effet Yoshino [31] trouvait que parmi des patients suivis en clinique de médecine générale 5,8% d'entre eux souffraient de trouble dépressif majeur et 7,2% de trouble dépressif mineur non diagnostiqué par leur médecin traitant au moment de l'étude. Parmi ces patients on retrouvait en première ligne en tant que motif de consultation des douleurs lombaires ainsi que des troubles gastro-intestinaux.

A travers les résultats de ces études et l'étude de nos 6 cas cliniques, semble se confirmer la fréquence de la plainte somatique dans la symptomatologie de la dépression au Japon. En nous référant à cette constatation, aux éléments théoriques évoqués précédemment et à la description clinique de nos 6 patients, nous allons leur mettre en parallèle différentes théories à la fois anthropologiques, sociales, linguistiques et phénoménologiques propres au Japon et à sa culture, et ce afin d'apporter une hypothèse psychopathologique quant la fréquence de la plainte somatique dans la symptomatologie des patients dépressifs japonais.

## **1. La somatisation pensée à travers la relation entre corps et esprit en Asie et au Japon**

L'étude de nos 6 cas de patients dépressifs Japonais retrouve une symptomatologie somatique riche, souvent au premier plan du tableau clinique. Les différentes études citées précédemment confirment cette constatation. Ces symptômes rentrent dans le cadre de la somatisation telle que nous l'avons définie précédemment chez les patients dépressifs, définition universelle certes, mais nous amenant à nous poser la question d'éventuelles particularités culturelles propres au Japon. Mais étudier la question de la somatisation au Japon nous semblait indissociable de l'abord du lien entre le corps et l'esprit à travers la culture Japonaise et ses caractéristiques.

En Occident la dichotomie corps et esprit est un concept qui a une longue histoire. René Descartes notamment, qui tenta de décrire de façon scientifique cette distinction entre l'esprit et le corps, marqua certainement la pensée psychiatrique occidentale. Déjà avant Descartes l'esprit était considéré comme le « siège » de la rationalité et ne peut donc être lié aux émotions, qui sont avec les désirs reliées au corps, qui est donc à l'inverse irrationnel.

En Asie cette distinction n'a pas toujours été aussi claire et la dichotomie corps/esprit n'a pas une histoire aussi ancienne qu'en Occident, ou n'est tout au moins pas conceptualisée de la même façon. Par exemple en Chine de manière traditionnelle, les émotions sont mises en lien avec le corps par le biais des différents organes internes, le foie est lié à la colère et le coeur est lui relié à l'anxiété et à la peur. Dans cette ligne d'idée Ots, dans son étude sur l'interaction entre des médecins Chinois et leurs patients, retrouvait une attention importante portée aux sensations corporelles lors d'entretiens relatés pourtant à l'état émotionnel du patient, le foie était mentionné comme lié à la colère et le coeur à l'anxiété, la peur et l'incertitude [37]. Le Japon est un pays qui fut très influencé sur le plan culturel par son voisin Chinois et ce même s'il développa très rapidement sa propre particularité culturelle. Dans la pensée Japonaise ancienne le lien entre émotions et raison, corps et esprit est fait d'interdépendance et d'action réciproque [38]. En ce sens la distinction entre corps et esprit semble différente et comprise et conceptualisée d'une manière différente

que celle de la pensée Occidentale.

La séparation entre esprit et corps devient pourtant évidente dans la psychiatrie japonaise depuis la publication du DSM-III dans les années 1980 et de l'introduction du trouble somatoforme. Néanmoins le diagnostic de « somatisation » semble délicat à transposer et à comprendre, voire non transposable dans la pensée Japonaise traditionnelle, qui ne place pas le corps et l'esprit dans une relation duelle aussi tranchée que la pensée philosophique occidentale, tout comme d'autres pays Asiatiques comme la Chine et la Corée. D'une manière plus générale le concept de maladie mentale semble lui aussi problématique à la lumière d'une telle conception, et les contours de ce que les classifications occidentales nomment "troubles somatoformes" plus floues. Il est important de noter que les classifications internationales, et leur validité parfois discutée dans les pays non occidentaux, ont amenés au développement de classifications locales en Asie, comme par exemple la *Chinese Classification of Mental Disorders* (CCMD-3) qui présente sur la base de la CIM-10 des ajouts et variantes catégorielles mais supprime la nosologie troubles somatoformes. Au Japon, la « *Japanese Society for International Diagnostic Criteria in Psychiatry* » n'a également pas retenu le diagnostic de troubles somatoformes [5, p96].

Le corps, l'esprit et les émotions personnelles sont donc reliés de façon proche dans certaines cultures asiatiques et notamment en Chine et au Japon, mais ils sont aussi intimement liés à la société environnante comme nous le développerons ensuite. La plainte évoquée par deux patients de notre étude, "j'ai le corps lourd" "*karada ga omoi*" est pour Kato intimement liée la sensation "*ki ga omoi*", difficilement traduisible en Français par "j'ai l'esprit lourd". Cette proximité entre le corps et l'esprit dans la pensée Japonaise traditionnelle semble importante à prendre en compte dans la compréhension de la place des symptômes somatiques chez les patients dépressifs au Japon.

Nous allons, à partir d'une étude philologique des termes utilisés en Japonais pour décrire le corps et l'esprit, expliciter plus précisément cette relation intime entre le corps et l'esprit dans la culture Japonaise. Cette étude révélera que le concept d'esprit au Japonais est d'une part, sémantiquement construit d'une manière différente qu'en Occident, et confirmera que le corps et l'esprit sont deux unités connectées et interdépendantes dans la pensée Japonaise. La manière dont la dépression est conceptualisée, aussi bien pour

les médecins psychiatres que les patients, a probablement été influencée par ces concepts.

### ***Les concepts de corps et d'esprit dans la langue Japonaise***

Le mot esprit en Japonais peut se traduire de différentes façons, la plus courante étant celle de *seishin* (精神) à l'origine du mot psychiatrie *seishinka* (精神科). Il existe cependant d'autres termes en Japonais relatés à l'esprit, tel que *Atama*, *Zunou*, *Kokoro* et *Mi* que nous allons détailler.

#### *Atama et Zunou*

Les mots *Atama* et *Zunou* peuvent être tous les deux utilisés au sens d'esprit en Japonais. Le mot *Atama*, graphiquement représenté par l'idéogramme 頭, signifie cependant le plus souvent la tête, le cerveau, l'intelligence. *Zunou* (頭腦) est composé graphiquement de deux caractères, celui de la tête et celui du cerveau, et signifie de manière plus fréquente qu'esprit le cerveau, l'intelligence, ou la volonté décisionnelle.

Ces deux termes se réfèrent donc à l'esprit et l'intellect, mais aussi à la tête et au cerveau en tant que parties anatomiques du corps humain. Cette notion nous laisse suggérer l'interconnection entre tête/cerveau et intellect/esprit dans la pensée Japonaise traditionnelle.

#### *Kokoro et Mi*

Le mot *Kokoro* (心) qui se prononce aussi *Shin* est lui aussi proche du mot esprit et s'utilise pour désigner fréquemment le coeur ou l'âme. Son utilisation la plus courante est celle de coeur, non pas l'organe (qui se dénomme par *Shinzou*), mais au sens d'affects, sentiments. Néanmoins il n'est pas rare d'entendre le terme "maladie du coeur" (*kokoro no byouki*) en Japonais pour désigner d'une façon moins "stigmatisante" dans la population générale le terme de maladie mentale, en termes médicaux dénommée par *seishin shikkan* (精神疾患). Cette mise en parallèle du mental et de l'affect dans cette expression

souligne la double signification du mot *kokoro*.

L'idéogramme *Mi* (身) prononcé lui aussi *Shin* est utilisé le plus fréquemment pour désigner le corps, mais peut aussi se traduire et signifier une personne, la position d'une personne, le self, l'âme et l'esprit. Tout comme son homonyme précédent, cet idéogramme ayant une portée plus large que le simple terme de "corps" désigne de façon similaire l'esprit et l'âme, mais aussi, et c'est ce qui nous ramènera plus bas à la notion du Moi de groupe et de corps social, désigne le self et la personne dans le cadre du groupe social où elle s'inscrit. Le terme de corps en Japonais s'inscrit dans le cadre plus global de la société en tant qu'unité d'un tout [38]. Cela est particulièrement évident dans l'expression *Mibun* (身分) qui signifie le rang social (l'idéogramme associé *bun* se rapportant à la portion, le statut, le rang). Cela sera développé par la suite mais le sens du self japonais prend racine dans l'expérience corporelle, qui est elle inscrite de façon intime dans le lien social, ce qui nous permettra d'amener le lien important entre la constitution du moi japonais et le groupe social.

Pour résumer le terme *Shin*, dans ses deux sens et graphies, se distingue de l'utilisation occidentale des termes "corps" et "esprit" et désigne, à la fois la notion de corporel (le coeur, le corps) et de mental (l'âme, l'esprit, les sentiments) et se relate aussi à la société environnante dans le cas de l'idéogramme *Mi*.

Confirmant les théories évoquées précédemment ce qui peut se dégager de l'étude linguistique de ces termes est la conception du corps et de l'âme comme un tout, n'ayant pas une dichotomie nette dans la pensée Japonaise ancienne [38]. Cette dichotomie, probablement importée par l'introduction de la médecine occidentale, apporte avec elle le "problème" de la validité de la nosologie "troubles somatoformes" dans la psychiatrie japonaise, et de la « place » des symptômes somatiques et végétatifs dans le diagnostic de dépression au Japon. Les symptômes somatiques retrouvés chez nos patients japonais et mis en avant dans les études de patients dépressifs au Japon rentrent dans le cadre de ce même problème. Peut on réellement parler de "somatisation" au sens qui lui est attribué dans la médecine Occidentale alors que les concepts de corps et d'esprit sont si étroitement enchevêtrés et en interaction?

Dans le Japon moderne, du fait de l'importation des connaissances médicales occidentales, d'abord par le biais de l'Allemagne à partir de l'ère Meiji puis Anglo-Saxonnes après la Seconde Guerre Mondiale, la dichotomie corps et esprit semble aujourd'hui un concept pensé et utilisé de façon générale dans la société et la psychiatrie Japonaise. Cependant, de cette étude de cas et de notre ressenti général au niveau des patients rencontrés lors de notre passage dans le service psychiatrie de l'hôpital de Jichi, on peut penser que ces concepts ont cependant toujours une importance dans la société Japonaise et représentent une hypothèse psychopathologique quant à la place de la plainte somatique chez les patients dépressifs japonais.

## 2. Les symptômes gastro-intestinaux et la symbolique de la zone abdominale du "*Hara*" dans la pensée Japonaise traditionnelle

Lors de notre passage dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi la fréquence relative des plaintes somatiques relevant de la sphère abdomino-digestive fut un des points de départ de notre questionnement.

Notre étude de cas cliniques révèle que quatre de nos patients mettent particulièrement en avant des plaintes somatiques localisées sur la zone gastro-intestinale au travers du vécu de leur état dépressif. Si nous les redétaillons rapidement madame Y Miyako se plaint d'une baisse de l'appétit associée à des préoccupations hypochondriaques autour du transit intestinal, Madame E Shoukou de douleurs abdominales avec des nausées ainsi que constipation et baisse de l'appétit, Mr S Naoki présente précocement une gêne épigastrique oppressante avec développement d'un délire hypochondriaque centré sur l'introduction de substances dans l'abdomen. Le dernier patient Mr O Atsushi se plaint au premier plan de douleurs abdominales rebelles avec une perte d'appétit associée et ira jusqu'à la tentative de suicide avec choix du mode particulier de l'éventration, ce mode prenant néanmoins peut être sens dans ce contexte de douleurs abdominales chroniques. Un cinquième patient Mr T Kenji présentera lui aussi des nausées et vomissements mais dans une moindre mesure et plus dans un contexte de céphalées.

Cette fréquence chez les patients japonais dépressifs à rapporter de nombreux symptômes gastro-abdominaux est confirmée par plusieurs études [29,32]. Notamment une fut menée chez des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi pour syndrome dépressif entre juin 1997 à 1999, elle retrouvait des symptômes somatiques associés chez 57% des patients dont le plus fréquent est la constipation (40,8%) [48]. Ces résultats relèvent ils d'une véritable spécificité culturelle japonaise? Nous apportons dans cette partie quelques éléments de réponse concernant cette réflexion.

Le terme de *hara* (腹) désigne la zone abdominale allant de l'hypogastre à l'ombilic. Ce terme était surtout utilisé dans le Japon ancien, mais reste présent dans le vocabulaire Japonais moderne. En se basant sur une réflexion sur le corps et les représentations qui

l'entourent nous nous sommes intéressé à la symbolique du *hara* dans le Japon ancien et moderne. Le terme *hara*, au-delà de sa signification anatomique première, a la particularité de signifier aussi le courage, la pensée, l'esprit, l'âme, la volonté ou encore l'intention. Le *hara* était en effet considéré comme le siège de l'esprit et de l'âme, où la pensée les sentiments et les affects tels que le courage et la volonté se localisent. Il était considéré aussi comme le centre physique du corps, centre de gravité et point d'équilibre du corps concentrant les forces vitales, apellées « *Ki* » en Japonais. On notera que ce concept de *hara* en tant que centre physique corporel est repris actuellement dans certaines méthodes de relaxation et de médecine douce.

La pluralité des significations attribuées au concept de "*hara*" est particulièrement intéressante dans la réflexion sur la relation entre le corps et l'esprit au Japon. En effet, de façon similaire aux idéogrammes *atama*, *zunou*, *kokoro* et *mi* étudiés dans la partie précédente, *hara* désigne et signifie à la fois à la fois le corps (l'abdomen) et l'esprit (à travers le courage et la volonté).

L'importance du *hara* dans la pensée japonaise traditionnelle se retrouve dans la fréquence d'utilisation de ce terme dans un bon nombre d'expressions liées aux émotions et au courage. Elle se reflète également à travers à la grande importance accordée à la zone abdominale à travers la médecine chinoise et d'autres pratiques communes au Japon tel que le port du *Haramaki*, qui nous évoquent une continuité et une persistance de l'importance de la zone du *Hara* dans le Japon actuel. On retrouve enfin toute l'importance de la symbolique du *Hara* dans le célèbre suicide rituel pratiqué autrefois par les samourais Japonais, appelé *Hara-kiri* ou *Seppuku*.

Nous allons détailler ces trois aspects.

## **Les expressions liées aux émotions et le terme de "Hara" en Japonais**

Beaucoup d'expressions en japonais se rapportant aux émotions et aux affects utilisent le terme « *Hara* » dans leur construction. Notre étude de la langue Japonaise, les références de nos collègues japonais et la consultation de dictionnaires nous ont permis d'en relever certaines, résumées dans les tableaux ci-dessous. Ils sont organisés de la façon suivante avec sur la gauche leur écriture en idéogramme, leur lecture romanisée (romaji) dans la colonne centrale puis leur traduction littérale et objective.

太っ腹	<i>Futoppara</i>	<i>Littéralement:</i> Gros ventre  Grand cœur, généreux
腹黒い	<i>Haraguroi</i>	<i>Littéralement</i> Ventre noir  Sournois
腹が膨れる	<i>Hara ga fukureru</i>	Le ventre gonfle  Souffrir de ne pas pouvoir exprimer le fond de sa pensée
腹を決める	<i>Hara wo kimeru</i>	Décider

腹が坐る	<i>Hara ga suwaru</i>	Le ventre est fixe, s'assoit Être résolu, confiant
腹を立てる	<i>Hara wo tateru</i>	Elever, dresser le ventre Se mettre en colère
腹の中	<i>Hara no naka</i>	A l'intérieur du ventre Les intentions
腹に一物 ある	<i>Hara ni ichimotsu aru</i>	Avoir un poids sur le ventre Comploter quelque chose, avoir des intentions cachées

腹を割って 話す	<i>Hara wo watte hanasu</i>	Parler en ouvrant le ventre Parler à coeur ouvert
腹の虫が 収まらない	<i>Hara no mushi ga osamaranai</i>	L'insecte dans le ventre n'est pas satisfait La fureur
腹を探る	<i>Hara wo saguru</i>	Sonder les intentions de quelqu'un

Les exemples d'expression utilisant le terme *Hara* en Japonais sont nombreuses et ne pourraient tous être cités ici. Il est important de considérer que ces expressions sont pour la plupart encore utilisées dans le langage japonais courant, et même si certaines sont

plus obsolètes (ex : *hara ga fukureru*) elles sont comprises par la majorité. Certaines de ces expressions sont uniques à la langue Japonaise et difficilement traduisibles en Français. Ce qui nous a cependant particulièrement intéressé est l'utilisation du mot *hara* de façon similaire au mot "cœur" dans la structuration linguistique de quelques unes de ces expressions. On retrouve cela par exemple dans l'expression "*futto para*" (avoir un gros ventre) qui signifie avoir un grand cœur ou être généreux, ou encore dans l'expression "*hara wo watte hanasu*" (qui se traduit littéralement par parler en divisant son ventre) et signifie parler à cœur ouvert.

Le ventre au Japon semble condenser les représentations associées au cœur en Occident telles que la générosité, la bonté, les émotions. Dans l'idéologie japonaise il n'est cependant pas un simple équivalent du cœur en Occident mais plutôt une représentation associant à la fois le cerveau, l'intellect ainsi que le cœur et les émotions.

L'utilisation du mot *hara* dans ces expressions confirme de façon particulièrement évidente la signification particulière apportée à cet organe, et ce de façon différente des représentations occidentales.

## **L'attention apportée à la zone abdominale au Japon: exemple du haramaki et de la médecine chinoise traditionnelle**

### **Le haramaki (腹巻)**

Le terme de *haramaki* peut se traduire littéralement par "rouleau pour le ventre". Il s'agit en effet d'une pièce de tissu que l'on enroule autour du ventre, utilisée à l'origine par les femmes enceintes.

Durant la période Edo il fut aussi utilisé par les soldats dans un but de protection lors des combats. Durant la 2ème guerre mondiale, les femmes japonaises tricotaient des *haramaki* de coton blanc, qui étaient supposés être pare-balle, et les envoyaient aux soldats sur le front. Aujourd'hui il est toujours utilisé par certaines catégories de métier

comme les charpentiers, les agriculteurs mais aussi les Yakuza (mafia japonaise). Il est aussi toujours un objet courant utilisé quotidiennement par la population pour se protéger du froid.

Au travers l'utilisation pouvant paraître anecdotique de cet objet, se traduit là aussi l'importance accordée à la zone abdominale autour de la symbolique qui lui est associée dans la culture japonaise.

### **La médecine chinoise traditionnelle**

La médecine traditionnelle chinoise appelée « *Kanpōyaku* » est très présente au Japon et ce même dans les structures hospitalières. Cette médecine ne place pas le corps et l'esprit dans une relation duelle mais comme interconnectés de façon très proche. Le langage du *Kanpō* retrace l'intime connection entre le corps et l'esprit chez l'individu sain et malade mais aussi avec son environnement. De plus en plus de Japonais semblent se tourner à nouveau aujourd'hui vers le *Kanpoyaku*.

Ce qui nous permet de mettre en lien la médecine traditionnelle chinoise *Kanpo* et l'importance de l'abdomen au Japon est d'une part l'attention particulière portée au toucher ("*sesshin*" en japonais) abdominal dans le diagnostic clinique des maladies, et d'autre part la croyance que le centre de l'énergie vitale, *Ki* ou *Qi* en chinois se trouve en un point abdominal situé au milieu du ventre, appelé "*Dantian*" en Chinois. Selon la médecine Chinoise il s'agit du centre énergétique, de gravité et émotionnel du corps. Ce centre serait capital dans les fondements de cette médecine pour la santé et l'équilibre physique et psychique, et un grand nombre d'arts Chinois visent à "éveiller" ce centre.

### **Le Seppuku ou Hara-kiri**

L'importance attachée à la zone abdominale dans la culture traditionnelle japonaise se retrouve enfin à travers le mode de suicide par éviscération appelé "*Seppuku*" au Japon, ou plus connu sous le nom de "*Hara-kiri*" en Occident.

Même à l'heure actuelle le mode de suicide par éviscération ne semble pas si rare au Japon parmi les patients atteints de dépression, même si le moyen le plus fréquent est la pendaison et l'intoxication médicamenteuse. Dans le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Jichi il y aurait après estimation 1 à 2 patients par an hospitalisés après une tentative de suicide par ce mode. Nous avons pu rencontrer deux patients lors de notre séjour à l'hôpital universitaire de Jichi qui avaient tenté de se suicider par éviscération, Mr O Atsushi et une autre patiente, que nous nommerons Madame S et que nous n'avons rencontré que brièvement, âgée de 83 ans souffrant elle aussi d'un épisode dépressif grave. Pour Mr O Atsushi il s'agissait d'un premier passage à l'acte autolytique dans un contexte de premier épisode dépressif. La deuxième patiente présentait elle un trouble unipolaire avec récurrence d'épisodes dépressifs, il s'agissait d'un premier passage à l'acte également. La plainte principale de Mr O Atsushi est axée sur la zone du ventre, avec des douleurs abdominales sans substratum organique et perte de l'appétit conjointe, évoluant depuis un an, bien avant l'expression de plaintes affectives. La tentative de suicide a lieu lors d'une permission accordée pendant une hospitalisation en gastro-entérologie, hospitalisation justifiée pour l'exploration de ces douleurs abdominales non expliquées. Madame S tente elle de se suicider à son domicile dans son jardin, et sera retrouvée par ses proches.

Ce phénomène est à mettre en parallèle avec prudence certes avec la tradition du *Harakiri*, et il ne s'agissait pas dans ces deux cas d'un « *Seppuku* » au sens classique du terme avec la symbolique et tout le rituel attaché à ce geste, mais le choix de ce mode d'autolyse reste particulier et suscite notre questionnement. Chez Mr O Atsushi il est à mettre en lien d'une part avec les douleurs abdominales chroniques, non expliquées et résistantes de ce patient et le sentiment d'incurabilité qui y était associé. Chez Madame S aucun élément de l'histoire de la maladie ne pouvait être mis en lien ou pouvoir expliquer le choix de l'éviscération.

Le choix de ce mode de suicide particulier est à mettre probablement en lien avec la symbolique de la zone abdominale dans le Japon ancien, et la valeur particulière accordée au *Seppuku* au Japon, qui pourrait persister à un niveau d'inconscient collectif d'après Kato. Ce mode de suicide particulier propre au Japon apparaît à l'époque Kamakura (1185-1333), mais a été pratiqué principalement à l'époque Edo (1603-1868). Ce geste permettait aux samourais japonais (*bushi*) de démontrer leur courage, honneur, loyauté et

leur volonté, notamment dans des situations de défaite ou d'humiliation. Il était pratiqué principalement dans quatre types de situations :

- La défaite au combat, situation la plus fréquente
- Les remontrances faites au souverain
- La sanction pénale
- L'accompagnement dans la mort d'un souverain par ses vassaux, pouvant amener à de véritables suicides collectifs.

Il s'agissait d'un geste suicidaire très ritualisé avec une véritable mise en scène précédant et pendant le *seppuku*. Il en existait deux formes, la forme simple consistant en une ouverture transversale, et une autre forme plus douloureuse combinant une entaille verticale. Plus douloureux était le seppuku plus grand était l'honneur du suicidé.

En comparaison on remarque qu'à la même époque en Occident les gentilhommes se suicidaient le plus souvent en se « brûlant la cervelle » par une arme à feu. Le cœur, et plus récemment avec l'avènement des neurosciences le cerveau, sont considérés comme siège de la vie en Occident alors qu'au Japon de manière traditionnelle le ventre condense les signifiants attachés à ces deux organes en Occident, d'où la probable disparité des modes de suicides les plus souvent utilisés à l'époque.

Avec l'ouverture au monde du Japon à l'ère Meiji (1868-1911) le suicide par "*Seppuku*" fut interdit. Mishima, un écrivain japonais célèbre, fut le dernier à pratiquer le seppuku en 1970 après l'échec de son coup d'état au ministère de la défense.

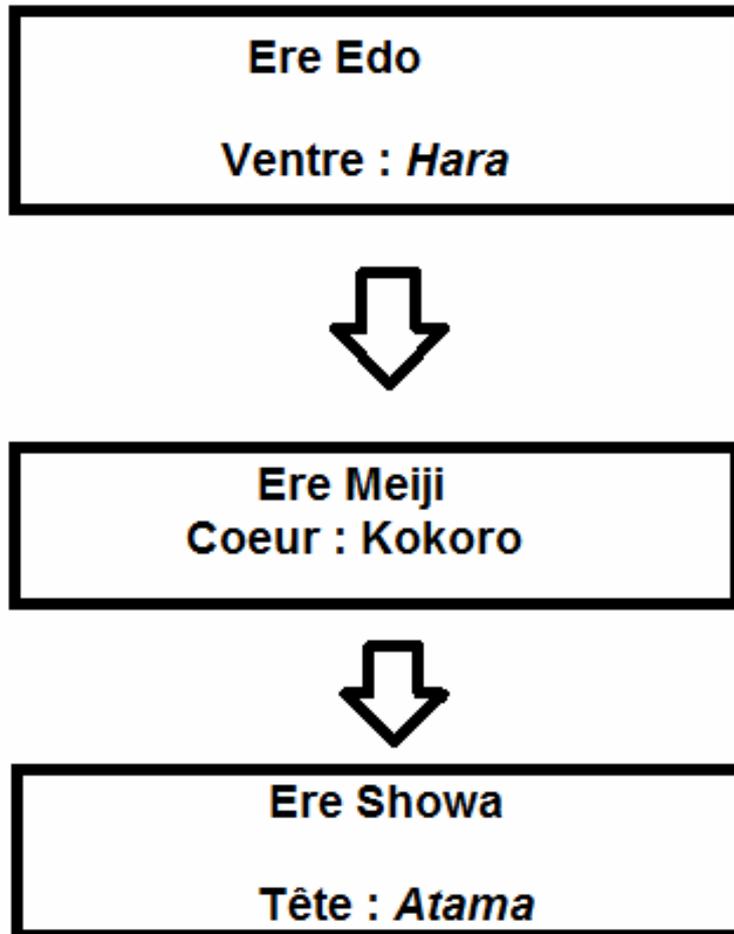
Malgré la disparition du « seppuku » reste il une trace inconsciente de cette tradition qui persista de nombreuses années dans le Japon féodal ? Cela peut il expliquer la relative fréquence du mode de suicide par éviscération chez les patients souffrant de dépression au Japon ? Ces questionnements restent ouverts, mais le choix de ce mode de suicide particulier au Japon est révélateur là encore de l'importance symbolique et de la signification particulière relatée à l'abdomen chez les japonais. La fréquence des plaintes somatiques de la zone abdominale chez les patients dépressifs au Japon s'inscrit probablement dans l'importance de cette symbolique et les traces qu'elle a laissée sur le plan des inconscients collectifs.

## **Un changement de conceptualisation?**

Les idées "ethnophysiologiques" concernant le corps et ses représentations sont importantes à considérer, pouvant amener à l'expression de plaintes somatiques spécifiques à un contexte culturel. En raison de l'association sur le plan culturel de l'abdomen aux émotions dans le Japon ancien et de la persistance de ce concept à travers notamment la linguistique, nous pouvons émettre l'hypothèse que les japonais souffrant de dépression puissent somatiser de façon préférentielle sur la sphère digestive.

Cependant la culture, en tant que système complexe et mouvant, est en perpétuelle évolution. La société Japonaise est une des sociétés ayant le plus rapidement évoluée en quelques siècles, passant d'une ère de quasi fermeture au monde à l'époque Edo, puis d'ouverture à l'ère Meiji avec les changements politiques et historiques de l'ère Showa qui s'en suivront après la défaite de la seconde guerre mondiale. Cela n'est probablement pas sans influence sur la conceptualisation du Hara et sa signification. Le concept de Hara dans le Japon médiéval et à l'époque d'Edo, en tant que localisation et siège de l'âme et des émotions, va se déplacer progressivement sur le coeur par importation des connaissances occidentales à l'ouverture du Japon de l'ère Meiji, puis à nouveau évoluer vers celui du cerveau après 1950, avec l'avènement des neurosciences sous l'occupation Américaine puis à l'époque actuelle.

Nous pouvons proposer le modèle explicatif suivant :



Les études cliniques semblent aller en ce sens. L'étude réalisée sur les symptômes somatiques de patients dépressifs dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi en 1997 retrouvait une plus grande fréquence de douleurs lombaires (14,3%) que abdominales (8,2%) même si la constipation restait le symptôme le plus fréquent (40,8%) [48]. Allant dans ce sens l'étude récente (2012) de Shimodera étudiant les signes somatiques douloureux associés à la dépression, retrouvait une plus grande fréquence de céphalées (35,7%) que de plaintes digestives (20,9%). Le symptôme *katakori*, raideur des épaules en Japonais, était lui associé dans 21,5% des cas [14]. De même selon le ministère Japonais de la santé les plaintes abdominales et digestives qui étaient le premier motif de consultation en ambulatoire en 2008 évoluent depuis récemment pour une redistribution vers les céphalées et lombalgies en première place des plaintes rapportées en consultation de médecine générale [59].

Malgré l'évolution de ces concepts il est probable que le *Hara* reste inconsciemment et métaphoriquement un concept important dans la pensée japonaise, et que le "choix de l'organe" dans l'expression de la souffrance est un concept à réfléchir à la lumière de la culture du patient. L'importance de la zone abdominale du *hara* reste probablement ancrée dans l'inconscient japonais collectif et représente une hypothèse psychopathologique quant à la place de la plainte somatique gastro-intestinale chez les patients dépressifs au Japon.

### 3. La somatisation en lien avec la stigmatisation de la maladie mentale au Japon?

Nous évoquons dans la description de nos 6 cas cliniques de patients dépressifs la particularité suivante : tous consultent dans un premier temps, de façon unique ou répétée, un ou des médecins somaticiens en lien avec leurs plaintes somatiques gênantes évoluant souvent depuis le début de leurs troubles. Madame M Miyako ira plusieurs fois consulter un médecin somaticien en raison d'une perte d'appétit et de troubles du transit, Mr S Naoki en raison de ses troubles du sommeil puis de douleurs abdominales, Madame M Chihiro divers somaticiens en raison de ses symptômes douloureux atypiques. Certains iront parfois même à être hospitalisés dans différents services de médecine en raison de la persistance et du caractère inquiétant de leurs symptômes, tel que Mr T Kenji en neurologie en raison de ses céphalées ou Mr O Atsushi en service de gastro-entérologie pour ses douleurs abdominales chroniques. Certains d'entre eux comme Madame M Chihiro se tourneront à certains moments vers des traitements de médecine traditionnelle japonaise, *Kanpoyaku*.

Ils furent ensuite pour la plupart d'entre eux réorientés vers un médecin psychiatre, en raison du caractère atypique et persistant de leurs douleurs et/ou de signes thymiques associés évocateurs de dépression. Ce qui semble important à considérer c'est que aucun d'entre eux n'a consulté à sa propre initiative un médecin psychiatre, et certains d'entre eux refusent dans un premier temps de consulter en psychiatrie même sur les conseils du médecin somaticien. Il semblerait que dans les consultations de médecine générale au Japon un nombre important de patients atteints de dépression soient sous-diagnostiqués : Yoshino [31] trouvait que parmi des patients suivis en clinique de médecine générale 5,8% d'entre eux souffraient de trouble dépressif majeur et 7,2% de trouble dépressif mineur non diagnostiqués par leur médecin traitant au moment de l'étude.

La présentation symptomatique essentiellement somatique de ces patients permet d'expliquer d'une part probablement cette tendance à consulter le médecin somaticien dans un premier temps, mais il nous semble pertinent de considérer comme autre facteur la persistance d'une stigmatisation importante au Japon autour de la maladie mentale et des soins psychiatriques. Ce phénomène est sans doute à mettre en lien avec

la fréquence des symptômes somatiques dans la présentation symptomatologique des patients dépressifs japonais, et la plus grande « acceptabilité » à aller consulter un médecin somaticien plutôt qu'un médecin psychiatre devant une souffrance même d'origine psychique.

La stigmatisation, terme dérivé du mot latin sigma, peut se définir comme une marque de disgrâce, un signe de censure ou de condamnation imprimé profondément autour d'un objet ou d'un individu. Dans le champs médical il signifie un processus sociologique lié à l'assignement d'une catégorie médicale ou d'un diagnostic à un patient amenant à des conséquences négatives pour ce dernier, pour des raisons historiques, sociologiques ou linguistiques. Ce terme est souvent utilisé autour de la maladie mentale.

Il semble exister actuellement une stigmatisation encore prononcée de la maladie mentale au Japon, plus marquée dans les régions rurales telles que celle du Tohoku (région frappée par la catastrophe du 11 mars 2011), mais persistant encore même dans les régions les plus urbanisées comme la mégalopôle de Tokyo. Les patients que nous avons évoqués sont pour la plupart issus de régions rurales comme Mr S Naoki et Madame M Chihiro, et tous les six vivent depuis longtemps dans les régions de Tochigi ou d'Ibaraki, deux départements très proches de Tokyo. Ces deux régions sont à la fois urbanisées mais gardent de nombreuses zones rurales, avec une production agricole importante et de nombreux sites naturels préservés. Les régions dont sont issues nos patients et leurs lieux de vie actuels sont encore marqués par une stigmatisation importante de la maladie mentale y compris la dépression.

Exprimer la souffrance psychologique par une somatisation de la plainte peut être un moyen inconscient, mais culturellement codé et accepté, d'attirer l'attention, la bienveillance et la sympathie de l'autre, et surtout d'éviter d'être stigmatisé en tant que personne souffrant de troubles mentaux. Cette notion est importante à considérer dans la compréhension du grand nombre de symptômes somatiques dans la dépression au Japon retrouvé dans les études citées précédemment et chez nos 6 cas cliniques. Au Japon mais aussi dans beaucoup d'autres sociétés, la maladie mentale y compris la dépression est encore connotée de façon négative et évoque la faiblesse, la culpabilité alors que la maladie « physique » a plus tendance à attirer la sympathie, l'attention, la disponibilité et les soins des autres. Il ne s'agirait pas de généraliser mais les symptômes physiques des

maladies possèderaient une fonction sociale, tandis que la dépression est encore assimilée souvent à la faiblesse morale voire à la paresse.

Rappelons nous la connotation particulièrement négative que revêtait la dépression à partir de l'ère Meiji qui est à l'époque comprise en tant que composante de la "dépression maniaque", une des deux psychoses majeures selon Kraepelin (avec la *dementia praecox*), et donc en tant que maladie chronique et incurable. Le poids de l'hérédité et le caractère particulièrement stigmatisant de la maladie mentale s'accroissent encore dans la période précédant et pendant la seconde guerre mondiale avec le développement de l'eugénisme. Un diagnostic de maladie mentale signifiait à cette époque un jugement sur la famille entière du malade, avec la notion de maladie héréditaire et de déficience grave sous-jacente, amenant le poids de la responsabilité de la famille. Ce lourd passé du poids de la maladie mentale, mettant en lien la biologie, la famille et l'hérédité de façon légale est sans aucun doute en lien avec la stigmatisation encore marquée de la maladie mentale au Japon et cela a très certainement laissé des traces dans la société japonaise actuelle. Néanmoins il faut noter qu'en ce qui concerne les troubles thymiques et la dépression ils sont mieux compris et perçus au Japon récemment, en raison des campagnes menées contre la stigmatisation par les entreprises pharmaceutiques d'une part, ainsi que la vulgarisation d'un grand nombre d'ouvrages écrits à ce propos et de la diffusion de programmes télévisés luttant contre la méconnaissance de la dépression.

La maladie mentale au Japon fut aussi longtemps considérée comme un signe de faiblesse de l'esprit, preuve d'un esprit faible (" *seishin ga yowai* ") résultant en une incapacité à surmonter les difficultés propres à la vie de tout un chacun. Elle est considérée par ce fait comme dépendante d'un manque de volonté et de contrôle du sujet et donc comme dépendante du Moi, qui comme nous le verrons par la suite est fortement relié au groupe environnant dans la société Japonaise. Avoir un "*seishin*" faible est donc particulièrement vecteur de désapprobation sociale, et propice à favoriser le sentiment de honte, "*Haji*" en Japonais. Souffrir de dépression, c'est en quelque sorte la perte de la face, à l'origine de ce sentiment de honte et de la "Self-Stigmatisation", c'est à dire le propre ressenti du patient quant au caractère négatif, voire honteux de ses troubles, influence probablement la façon dont il va interpréter et exprimer ses troubles à son entourage et aux médecins.

Nous citerons deux exemples cliniques Mr S Naoki et Mr T Kenji. Mr S Naoki 62 ans a probablement eu beaucoup de difficultés à exprimer à sa famille sa souffrance morale après le décès de son beau père. L'apparition, après les 49 jours du deuil, de symptômes somatiques à type d'insomnie et de douleurs abdominales puis d'un franc délire hypochondriaque a précédé de plusieurs semaines l'expression des plaintes affectives chez ce patient. Il est probable qu'un sentiment de honte ait pu être particulièrement présent chez ce patient vis à vis de la souffrance morale ressentie allant jusqu'à l'empêcher d'assurer sa fonction professionnelle, en regard de ses responsabilités familiales et de celles qu'il se devait d'assurer pour les funérailles de son beau-père et du deuil des autres membres de sa famille.

De la même façon Mr T Kenji 31 ans, souffrant d'une dépression dans un contexte de mutation professionnelle avec une charge de travail qu'il n'arrive plus à assumer, exprime de nombreuses plaintes somatiques et malaises, notamment sur son lieu de travail. Refuser cette mutation est probablement difficilement envisageable pour ce patient, l'abandonner aussi. Le sentiment de honte au vue de son impossibilité à assurer ses nouvelles responsabilités était particulièrement marqué chez ce patient, et l'expression du désir de changer de travail n'a pu être élaboré qu'après plusieurs mois d'hospitalisation et un travail psychothérapeutique.

Benedicte Ruth, sociologue Américaine célèbre pour son ouvrage anthropologique sur le Japon, *Le sabre et le chrysanthème* en 1974 [56], présentait la société japonaise comme celle de "la culture de la honte" ("*Haji no bunka*") de façon opposée à la culture occidentale judéo-chrétienne présentée comme "culture de la culpabilité". Cette distinction est probablement trop généraliste et fut critiquée, mais rencontre probablement toujours une résonance dans la société japonaise actuelle et dans la psychopathologie de la dépression au Japon.

Par ailleurs, comme nous l'avions évoqué précédemment, l'esprit en Japonais traduisible par *seishin*, se rapporte à la volonté, la morale mais aussi à la pureté. Le premier idéogramme composant ce terme *sei* (精) est en effet un caractère relaté à la pureté et la morale. Ce terme se rapporte au Moi interne, assimilé au "Moi pur" de l'individu, celui assimilé au "*honne*" ou intentions véritables en Japonais. Le terme de *seishin* sera de par ce fait important à prendre en compte de par sa connotation, dans la compréhension de la stigmatisation de la maladie mentale au Japon. En effet le terme psychiatrie en Japonais

est composé du mot *seishin* et de la terminaison *ka* ce qui donne *seishinka* 精神科, (*ka*" se rapportant à la section, le département soit littéralement la section de l'esprit). Quelques nosologies psychiatriques occidentales vont se traduire par le mot *seishin* et une autre terminaison, par exemple psychose se traduit par *seishin-byô* littéralement maladie de l'esprit.

Young émet l'idée que cette présence du concept de *seishin* dans la dénomination des maladies mentales au Japon implique une idée d'impureté, ou d'immoralité du Moi individuel des personnes souffrant de maladie mentale, particulièrement péjoratif [38]. L'usage du mot *seishin* pour la dénomination de certains troubles mentaux apporte une vision assez négative et participe probablement à la persistance d'une stigmatisation importante au Japon, laissant sous entendre que les troubles mentaux sont aussi des troubles "moraux". Young parle même de peur autour de la maladie mentale comparable au degré de peur ressenti autour du cancer [38].

Le terme japonais utilisé pour parler de la dépression sur le plan clinique « *utsubyou* » うつ病 n'utilise pas le terme *seishin*, mais faisant partie des troubles mentaux il est lui aussi relaté à cette idée d'impureté et d'immoralité. De plus il a une connotation particulièrement négative de par son histoire, suggérant l'idée d'une maladie grave, incurable et héréditaire.

L'association Japonaise de Psychiatrie et de Neurologie est aujourd'hui particulièrement concernée par la lutte contre la stigmatisation, et ce afin de réduire le poids lié à la discrimination se révélant être un obstacle pour la prise en charge des patients et leur insertion sociale, familiale et professionnelle. A titre anecdotique la société Japonaise de Psychiatrie a changé en 2002 le terme de schizophrénie, appelé autrefois *seishin-bunretsu-byou* par le terme de *tôgô-shiccho-shô* (統合失調症) qui peut se traduire par syndrome de la perte de coordination. En effet ce terme, utilisé depuis 1937 d'après la traduction du terme Allemand *schizophrenie*, signifie littéralement "maladie de l'esprit divisé" ce qui rendait sa connotation négative auprès des patients et de leur famille et accentuait le stigma autour de cette maladie. Le changement a été demandé à l'initiative de l'association nationale des familles des patients souffrant de troubles mentaux. Les études menées par la suite ont montrées une diminution de cette connotation négative après le changement et une meilleure information des patients autour de leur maladie

facilitant la compliance et l'adhérence à la prise en charge [39]. Le diagnostic de dépression utilise toujours le terme d'*utsubyou* à l'heure actuelle, mais depuis l'introduction des premiers IRS dans les années 90 les compagnies pharmaceutiques ont introduit le terme de « *kokoro no kaze* » qui signifie « le rhume du coeur », afin de favoriser une meilleure acceptation de la maladie et des traitements.

En raison de la présence de ce stigma, mais aussi de la situation du système de soins japonais, se pose également la question du "sous-diagnostic" des troubles mentaux dans un but de protection face au poids du stigma. Une étude menée dans une région rurale du Nebraska retrouvait que les médecins de cette région, malgré leur compétence certaine à reconnaître la dépression, avaient tendance à ne pas utiliser ce diagnostic et ce en rapport à la stigmatisation de la dépression chez ces populations et au souci de préserver une bonne relation avec leurs patients et de ne pas compromettre l'observance thérapeutique [40]. Il est probable que ce phénomène soit présent dans d'autres aires et que dans certaines régions rurales au Japon le diagnostic de dépression soit sous estimé de façon conséquente à la stigmatisation.

La stigmatisation des troubles mentaux, phénomène universel, est encore très marquée au Japon malgré le niveau de développement avancé du pays, et la lutte contre le poids de cette stigmatisation est un objectif important du ministère de la santé et de la société Japonaise de Neurologie et de Psychiatrie. L'existence de cette stigmatisation de la maladie mentale et de la dépression, en partie en raison de la nuance linguistique négative des entités nosologiques japonaises en psychiatrie, de la notion d'impureté relatée à ces termes mais aussi du lourd poids du passé de l'histoire de la dépression, est probablement à mettre en lien avec la part importante des symptômes somatiques chez les patients japonais souffrant de dépression. Cette stigmatisation de la maladie mentale est un phénomène probablement plus perceptible chez les générations précédentes, en raison des campagnes menées contre la stigmatisation de la maladie mentale auprès de la population actuellement.

Cela nous permet de faire le lien avec la partie suivante concernant la somatisation chez les personnes âgées dépressives au Japon.

#### **4. Une population vieillissante : conséquences sur la présentation clinique de la dépression chez les patients Japonais**

Parmi les patients que nous avons pu rencontrer à l'hôpital universitaire de Jichi une proportion importante d'entre eux étaient des personnes âgées de plus de 65 ans, et tous nos cas cliniques à l'exception de Mr T Kenji rentraient dans cette catégorie d'âge. Cela nous amène à nous poser la question de l'influence de l'âge et du vieillissement sur la présentation symptomatique de la dépression et la somatisation chez ces patients âgés de façon générale, mais aussi d'éventuelles caractéristiques propres à la dépression de la personne âgée au Japon.

Rappelons que le Japon est un pays connu pour avoir la "population la plus âgée du monde". Le vieillissement de la population est supérieur aux autres nations et s'est accéléré ces dernières années avec en 2010 une proportion de personnes âgées estimée à 23% de la population [41]. On constate deux facteurs étiologiques principaux : l'allongement de l'espérance de vie ( 76 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes en 1993) du à un faible taux de mortalité et la baisse du taux de natalité (1,5 enfant par femme).

- ***Lien dépression et somatisation chez la personne âgée : aspects généraux***

La vieillesse est un processus biologique, psychologique et social progressif. Elle provoque une modification du schéma et de l'image corporelle, ce qui provoque une certaine forme de perte et la nécessité d'un travail de deuil progressif. Il a été avancé que souvent un événement, brutal la plupart du temps, marque l'entrée dans la vieillesse sous forme d'une perte objectale: accident, maladie ou perte affective. Cette perte provoquerait une rupture en rapport avec une autre perte plus ancienne, ou son fantasme dont la trace est restée sensible [5]. Le remaniement nécessaire à ces pertes afin d'en faire le deuil est souvent plus difficile pour un sujet âgé en raison de la "baisse de qualité des liaisons mentales" et de l'inscription profonde dans le moi" de l'image des personnes ou

représentations qui ont été perdues [5]. Cela représente un facteur de risque potentiel d'entrée dans un syndrome dépressif :

- On pensera au cas de Mme M Chihiro 64 ans dont l'entrée dans la maladie est précipitée par le départ de son fils unique, faisant probablement écho aux deux fausses couches qu'elle subit dans sa jeunesse.
- Dans le cas de Mr S Naoki 62 ans le décès du beau père est le facteur précipitant l'entrée dans la dépression de ce patient, mais aussi probable évènement faisant écho à sa propre entrée dans la vieillesse.
- La perte progressive de la vue de Madame Y Miyako est probablement un évènement marquant à mettre là aussi en lien avec l'entrée dans la vieillesse dans le vécu de cette patiente, facteur précipitant l'apparition d'un syndrome anxieux puis de la dépression.

La dépression est une maladie qui n'est pas toujours simple à diagnostiquer chez la personne âgée en raison de présentations cliniques atypiques d'une part, et de la tendance au « déni » ou à la banalisation, la tristesse étant parfois banalisée chez la personne âgée " c'est normal d'être déprimé quand on est vieux" [54]. La génération actuelle de personnes âgées fut pour beaucoup d'entre elles élevée dans une atmosphère où exprimer ses sentiments notamment négatifs était prohibé, et où la dépression n'était pas considérée comme une maladie à proprement parler, avec une forte connotation négative associée.

La question des symptômes somatiques dans la dépression de la personne âgée a été abordée dans de nombreuses études, avec utilisation de différents termes, allant de la somatisation à l'hypochondrie, avec une certaine confusion quant à l'utilisation de ces termes, manifeste de l'ambiguïté avec laquelle les troubles somatoformes, l'hypochondrie et la somatisation sont abordés dans les classifications internationales. D'une façon générale les personnes âgées ont des préoccupations somatiques plus importantes que l'adulte jeune, préoccupations allant de la simple inquiétude quant à différentes sensations corporelles à la véritable hypochondrie, rapportée à une prévalence de 3 à 10% chez la personne âgée [42]. Chez les personnes âgées souffrant de troubles mentaux la

composante somatique serait plus marquée que dans les formes de l'adulte jeune. La "présentation somatique" de la dépression et des troubles anxieux serait plus fréquente, compliquant parfois le diagnostic, alors que les troubles somatoformes deviennent plus rares [54]. Dans les formes de dépression de la personne âgée on ne retrouve pas toujours les symptômes nécessaires aux critères diagnostics classiques, comme l'expression de la tristesse de l'humeur qui peut parfois être absente, mais de nombreux symptômes somatiques sont reportés dans les études sur les dépressions de la personne âgée [42,54].

La somatisation ou l'expression préférentielle plus ou moins consciente de plaintes somatiques dans le cadre de la dépression chez les personnes âgées, au Japon mais aussi dans d'autres aires culturelles, est un processus complexe, à mettre en lien avec de nombreux facteurs :

- L'un d'eux, particulièrement présent au Japon, est comme nous l'avons abordé plus haut la persistance d'une stigmatisation encore marquée de la maladie mentale et de la dépression. Les campagnes de déstigmatisation de la maladie mentale sont récentes, et n'ont probablement pas le même impact générationnel chez les personnes âgées. Ces dernières ont pour beaucoup une réticence certaine à demander de l'aide de médecins psychiatres, ou des structures rattachées de façon explicite aux services de psychiatrie. Demander de l'aide pour une perte d'appétit ou des douleurs peut-être plus « acceptable » et faire appel aux « physiciens » plutôt qu'à des services « labellisés » services de soins psychiatriques est plus "acceptable" notamment pour les personnes âgées. Se focaliser sur la recherche d'une pathologie organique potentielle permet "d'éviter" un diagnostic de dépression vécu comme dérangeant, stigmatisant voire improbable.
- D'un autre point de vue, le fonctionnement du système de soins actuel ayant une polarisation marquée sur l'organicité et la recherche d'un substratum lésionnel plutôt que sur le malade et sa souffrance (tout symptôme doit avoir une cause et relève de la médecine qui dispose de solutions), ainsi que la représentation sociétale du vieillissement comme une maladie, accentue probablement ces phénomènes de somatisation dans la dépression de la personne âgée. La recherche d'une "légitimité" et de soins du système et de ses proches, s'obtient par le biais du statut de malade obtenu plus légitimement par la

plainte corporelle.

Ces phénomènes propre au vieillissement sont universels, mais existe il des caractéristiques et particularités propres à la personne âgée au Japon?

- ***Caractéristiques propres à la dépression et somatisation de la personne âgée au Japon***

Nous n'avons pu avoir accès qu'à peu d'études concernant la dépression de la personne âgée au Japon. Cependant l'étude menée dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Jichi comparant deux groupes de patients dépressifs, l'un présentant des symptômes somatiques et l'autre non, retrouvait une proportion plus important de personnes âgées de plus de 55 ans dans le groupe présentant des symptômes somatiques [48]. Cela rejoint les résultats d'autres études retrouvant une fréquence importante de symptômes somatiques chez les personnes âgées souffrant de dépression [42,54].

Comme nous l'exposons précédemment, l'entrée dans la vieillesse est souvent marquée par une perte effective ou un deuil. Le terme de deuil en japonais peut se traduire par différents termes dont celui de *itami* 悼み. Mais ce terme signifie aussi de façon courante la douleur au sens physique du terme, avec une écriture différente dans ce dernier cas 痛. Ce nouveau détour linguistique nous ramène à la proximité entre corps et esprit dans la langue japonaise, mais aussi entre douleur morale et douleur physique *itami* 痛み dans la pensée japonaise.

- Sur le plan clinique cette particularité nous renvoie encore au cas de Mr S Naoki, confronté au deuil de son beau-père et qui présente après les 49 jours de deuil traditionnel au Japon des douleurs abdominales chroniques et inexplicées. La proximité entre le deuil *itami* 悼み, et la douleur physique 痛み est particulièrement explicite dans ce cas. L'échec du travail de deuil est selon Kato en lien avec les symptômes somatiques et la douleur.

- Madame M Chihiro est elle aussi dans l'échec du travail de deuil du départ de son

filis aîné. La persistance de douleurs cervicales atypiques et résistantes à tout traitement, est là aussi évocatrice du lien entre deuil et douleurs au Japon.

Un autre point important est à prendre en compte dans la tentative de dégager une hypothèse psychopathologiques propre à la somatisation de la personne âgée dépressive Japonaise, il s'agit du phénomène d'occidentalisation. Le Japon est un exemple typique de pays qui s'est industrialisé rapidement, d'abord progressivement à l'ouverture du pays en 1830 à l'ère Meiji, et ce après une période de repli de 200 ans durant l'ère Edo, puis rapidement sous forme de "boom économique" après le point tournant de la défaite de 1945 et l'occupation Américaine. Le système de valeurs sociales prédominants à l'époque va graduellement évoluer, et l'introduction de valeurs occidentales est favorisée par le contexte et les changements idéo-politiques survenant immédiatement après la deuxième guerre mondiale. Ce boom fut particulièrement marqué entre 1960 et 1990, période nommée les 30 glorieuses et la société japonaise s'occidentalise ainsi que les styles de vie individuels durant cette période.

En partant du point de vue émettant que la somatisation chez les personnes souffrant de dépression est un phénomène pouvant être mis en lien avec l'occidentalisation de la société comme l'évoquait Leff [26], on peut émettre l'hypothèse que la présentation symptomatologique de la dépression au Japon peut différer selon l'âge du patient, en particulier en termes de différenciation des composantes affectives et somatiques. Les patients issus de sociétés non occidentales auraient selon cette hypothèse plus "tendance" à reporter de nombreux symptômes somatiques lors d'un état dépressif que ceux provenant de sociétés occidentales. Le Japon a vécu des changements de société importants survenant à l'issue de la seconde guerre mondiale, et la présentation symptomatique des patients souffrants de dépression nés avant ou après ce point tournant peut potentiellement être influencée par le changement des valeurs socio-culturelles de l'époque. Les modèles culturels importants à considérer et pouvant influencer l'interprétation des différents changements affectifs vécus lors d'un épisode dépressif, ont évolués de façon notable avant et après cette période. Cinq patients de notre étude sont nés entre 1940 et 1950 exépté Mr T Kenji, ce qui va dans le sens de notre hypothèse. Néanmoins cette théorie selon laquelle les patients issus de contrées non occidentales ont plus tendance à somatiser a été critiquée et réfutée par l'étude de l'OMS [8] et il convient de rester prudent de toute conclusion.

La somatisation de la personne âgée souffrant de dépression au Japon semble importante à considérer dans notre étude de cas cliniques, la majorité des patients que nous présentons étant des personnes de plus de 60 ans. La persistance d'une stigmatisation de la maladie mentale plus marquée dans cette génération, la fréquence des deuils consécutifs au vieillissement et la proximité entre deuil et douleurs physiques dans la pensée Japonaise ainsi que les phénomènes d'occidentalisation sont des hypothèses psychopathologiques quant à la fréquence des symptômes somatiques chez la personne âgée dépressive Japonaise.

## 5. La somatisation chez les patients dépressifs au Japon pensée à travers l'oeuvre de Doi Takeo: la relation psychodynamique entre l'endroit (*Omote*) et l'envers (*Ura*)

La grande fréquence de symptômes somatiques dans la présentation clinique de nos 6 cas et chez les patients dépressifs de façon générale au Japon, est à mettre en lien avec un autre concept clef dans la pensée japonaise, celui d'*Omote* et de *Ura* et de *Tatemaie* et *Honne*, concepts exposés précédemment et développés par Doi Takeo dans sa tentative de dégager des particularités de l'âme japonaise à travers son oeuvre, l'Endroit et l'Envers [46].

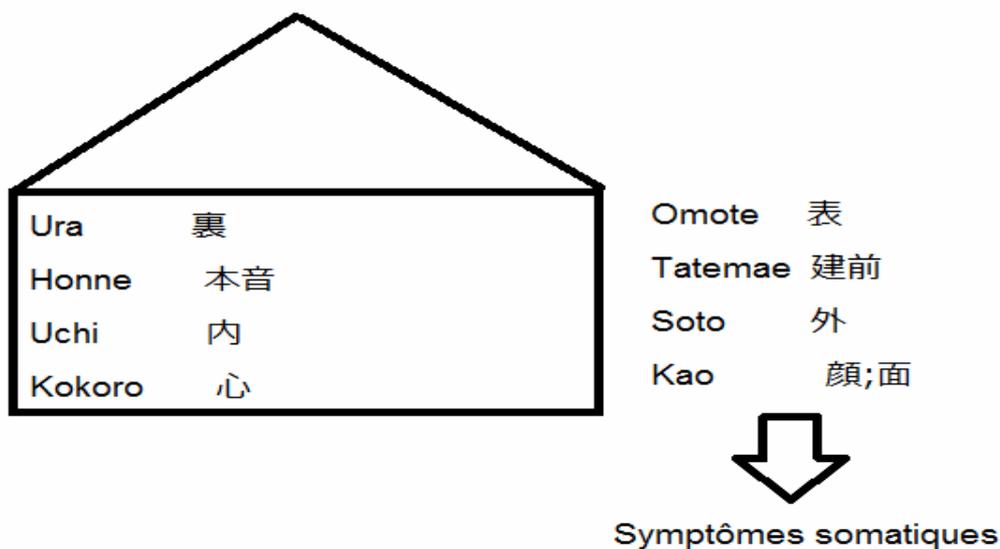
Nous allons tout d'abord mettre en lien les concepts de *Omote/Ura* et *Tatemaie/Honne* avec la relation entre le corps et esprit pour ensuite en dégager une autre hypothèse quant à la somatisation fréquente chez les patients Japonais dépressifs.

Pour bref rappel, *Omote/Ura* et *Tatemaie/Honne*, notions à la fois contraires mais aussi indissociables et complémentaires, sont particulièrement importantes dans la compréhension des rapports humains au Japon et de l'importance accordée à l'ambivalence des choses. Cette constance dans la langage, et dans la pensée japonaise, de l'expression de presque toute chose en terme de *Omote/Ura*, et d'appréhension des rapports humains en terme de *Tatemaie/Honne* et *Soto/Uchi* est un concept clef que nous avons exposé dans la première partie de notre étude. Le couple *Omote/Ura* dans ces trois significations, endroit/envers ainsi que intérieur/extérieur mais aussi visage/cœur en Japonais ancien, est particulièrement intéressant à mettre en parallèle avec la relation entre le corps et l'esprit. En effet cette relation est conceptualisée en tant que deux entités liées et interdépendantes, mais aussi interagissant de façon dynamique. Tel que l'*Omote* ou le *Tatemaie* peut à la fois cacher mais aussi révéler l'*Ura* et le *Honne*, le corps peut être ce qui "cache" l'esprit, et donc les émotions et sentiments, mais aussi ce qui le révèle.

Ce concept est intéressant à prendre en compte dans la compréhension de la somatisation chez les patients dépressifs au Japon. Les symptômes somatiques n'apparaissent en effet pas comme un "masque", comme dans le concept de dépression masquée, mais plutôt comme un vecteur de la souffrance psychologique, ce qui nous ramène finalement à la notion d'*idiom of distress* exposée précédemment. La somatisation

peut être pensée dans cette perspective, comme un moyen d'expression de la souffrance psychologique et du stress, propre au contexte culturel particulier japonais et ses particularités, prenant sens à travers la théorie de Doi Takeo. Nous pouvons proposer le schéma récapitulatif suivant :

**Théorie de Doi Takeo concernant l'Omote/Ura et le lien avec le phénomène de somatisation dans la dépression au Japon**



Aujourd'hui à la lueur de la mondialisation et des changements de société rapides au Japon, ces concepts sont probablement moins omniprésents pour les jeunes générations mais restent un des socles de la pensée japonaise. Il faut néanmoins rester prudent car comme Doi l'a exposé, ces notions d'*Omote/Ura* et *Tatemaie/Honne* ne sont pas spécifique aux Japonais mais revêtent probablement une teinte différente dans nos sociétés Occidentales.

## **6. La somatisation pensée au travers de la structure du Moi et de l'importance de la collectivité au Japon**

Dans quelle dimension peuvent s'inscrire les nombreux symptômes somatiques observés chez nos 6 patients dépressifs au vu des caractéristiques du Moi au Japon, dans une société connue pour l'importance qu'elle accorde au collectivisme? L'importance des modes de communication indirecte sera révoquée et mise en lien avec les symptômes somatiques chez nos 6 cas cliniques et chez les patients souffrant de dépression au Japon.

Comme nous l'évoquons, la société Japonaise est une société orientée vers le groupe, et une grande importance est accordée à l'unité sociale. La recherche de l'harmonie sociale est une valeur culturelle primordiale. En nous basant sur les concepts développés précédemment entre la relation proche entre le corps et l'esprit au Japon, nous exposerons les liens très proche existant également entre cette dyade corps et esprit, représentant l'individu, et la société qui l'entoure, et les hypothèses que nous pourrions en tirer sur l'expression somatique des troubles dépressifs au Japon.

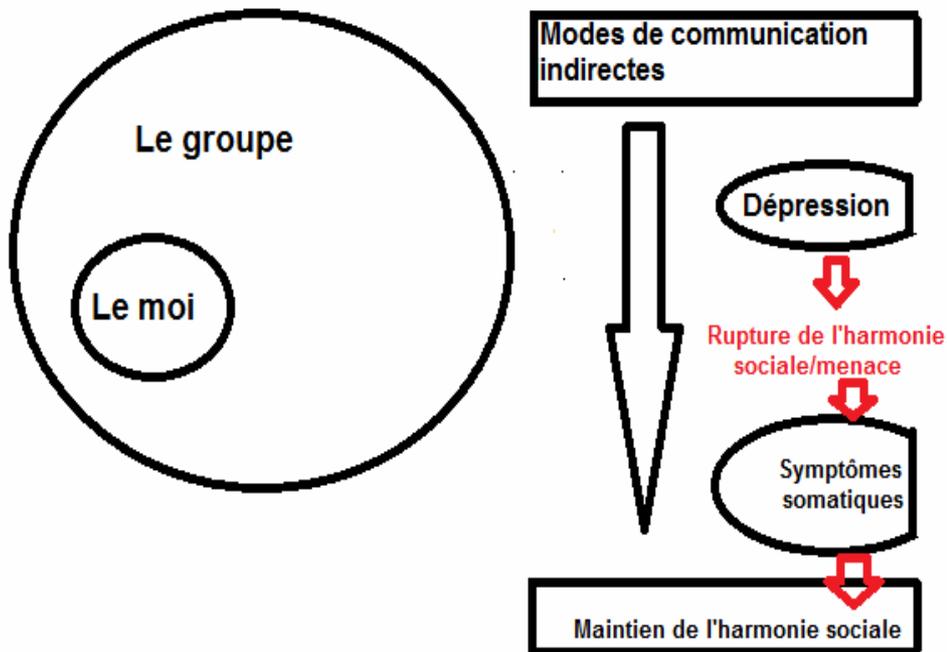
L'unité que forme le corps et l'esprit est inscrite dans l'ordre naturel mais aussi dans la société humaine qui l'entoure. L'individu, et donc le Moi qui le caractérise, est indissociable du groupe social environnant. Ceci est particulièrement vrai pour la société Japonaise, et le Moi Japonais est sous tendu par cette valeur fondamentale d'harmonie sociale. Comme cité précédemment le terme de "Moi de Groupe" ou "Moi familial" a été proposé. Dans cette perspective l'importance des modes de communication indirectes en Asie Orientale et au Japon avait été évoquée. Quel lien pouvons nous faire entre l'importance de ces modes de communication indirectes et l'expression de symptômes somatiques dans le cadre de la dépression au Japon?

Certains auteurs mettent en relation les émotions négatives telles que celles expérimentées lors de la dépression, avec les sensations corporelles mais aussi avec le contexte sociale environnant [15,36]. Au Japon dans un souci d'harmonie collective exprimer ouvertement à la société des sentiments ou des émotions jugées comme négatives, que ce soit de manière verbale, par l'expression du visage ou le

comportement, peut être considéré comme perturbateur et tenu d'être évité selon les principes moraux. Dans cette ligne de pensée il est probable que l'expression de sentiments négatifs tels que la dévalorisation, la perte des intérêts, la culpabilité et le fléchissement thymique ressentis par les patients souffrant de dépression peut être potentiellement difficile pour ces personnes à transmettre à leur entourage, familial, amical ou social, avec la peur de "perdre la face" notamment. Ce phénomène n'est pas typiquement japonais, mais du fait de la valorisation, et de la tendance propre à la culture japonaise d'encourager les modes de communication indirecte, la place importante des plaintes "somatiques" chez nos cas cliniques de patients dépressifs peut être comprise dans la sphère du *ishin denshin*.

Exprimer une plainte somatique peut être une manière culturellement codée ou "plus acceptable" d'expression de la souffrance psychologique. La somatisation serait perçu comme un "moyen de communication" de la souffrance, nous ramenant là encore à la notion de *idiom of distress*, codée à travers la culture japonaise qui valorise les modes de communication indirecte. Cela rejoint l'idée de Young selon laquelle la somatisation chez les patients Japonais relèverait plus d'un acte fondamentalement éthique en soi et de valeurs culturelles, que de la médecine ou de la question de la dualité entre le corps et l'âme.[38]

## Schéma récapitulatif



### ***Le lien entre la somatisation chez les patients dépressifs et la notion de corps social***

La somatisation, pensée en tant que "*idiom of distress*", culturellement implicite et codé par la société Japonaise, permettrait au sujet d'exprimer une souffrance morale. Cette souffrance peut s'inscrire parfois dans un contexte de souffrance sociale, par exemple au travail comme dans le cas de Mr T Kenji. Ce patient qui après sa mutation à un poste à responsabilité l'amenant à un probable burn out, exprimera de nombreuses plaintes somatiques avant d'être hospitalisé. "Abandonner ou refuser cette mutation n'était pas envisageable" d'après ce patient, en raison de pressions professionnelles mais aussi familiales probables, cela eut été "perdre la face".

Exprimer directement son désaccord ou ses difficultés face à une situation sociale donnée peut être considéré comme un acte délibéré potentiellement perturbateur pour les autres membres et témoin d'un "Moi faible". Cela nous ramène à la notion précédemment évoquée de corps social, plaçant le corps dans une position de vecteur de la souffrance

dans un souci de préoccupation du maintien de l'équilibre du groupe environnant, professionnel ou familial. Les plaintes somatiques exprimées peuvent permettre d'interférer sur le comportement des membres du groupe proche du sujet. Cette notion replace le corps de l'individu comme une partie d'un groupe, en tant que terrain où les normes et attentes sociales s'inscrivent, supposant que la souffrance exprimée par un individu malade témoigne aussi parfois de celle du groupe socio-familial environnant. Le cas de Madame M Chihiro illustre aussi bien cela. Plutôt qu'exprimer ouvertement son désaccord et sa difficulté à accepter le mariage et le départ de son fils, source potentielle de conflit intra-familiaux, l'état dépressif certes atypique de cette patiente, et les nombreuses plaintes somatiques qu'elle exprime avec une perte d'autonomie associée vont amener finalement au retour du fils et de son épouse au domicile parental.

La somatisation devient dans cette perspective un moyen de communication indirecte face à une souffrance sociale qui ne peut être exprimée de manière frontale par le contexte culturel [38]. Elle devient levier potentiel de changement du comportement des personnes proches du patient, ici le groupe familial.

Cette notion de "corps social" est notamment intéressante à prendre en compte dans le cas du stress au travail et de la dépression liée au travail, comme dans le cas de Mr T Kenji. Ce type de dépression est fréquent au Japon et reconnu comme maladie professionnelle et potentiellement indemnisable. En raison du stigma social et de la peur de perdre son emploi beaucoup de patients dépressifs dans le cadre d'un épuisement professionnel n'iront pas consulter facilement et présenteront beaucoup de plaintes somatiques au début de l'évolution de la maladie.

La culture étant un phénomène toujours en mouvement, il est important de noter en conclusion que la société japonaise évolue de façon particulièrement rapide. Ces changements ont probablement amené à une importance moindre à l'heure actuelle du collectivisme pour les jeunes Japonais et la venue des nouvelles technologies a probablement favorisé l'instauration d'une plus grande distance entre les personnes. Il est probable que cela remette en cause l'importance de ces notions à l'avenir.

## 7. Limites de notre étude

Cette étude a plusieurs limites inhérentes.

Tout d'abord il s'agit d'une étude descriptive et quantitative d'un petit nombre de cas ne pouvant permettre de généraliser les résultats observés à la population japonaise.

La sélection des patients s'étant faite à travers la conférence de cas cliniques et de la présentation des patients par les médecins psychiatres, au vu de notre recherche et semblant correspondre au thème de notre étude, nous pouvons nous poser la question d'un biais de sélection induit par ce mode de recrutement. La présentation quelques mois après notre arrivée à l'ensemble des psychiatres du service de notre sujet d'étude, et notre volonté plus ou moins consciente de trouver des différences dans les modes d'expression et de représentations de la maladie mentale au travers de la différence culturelle, ont probablement été générateur de biais dans notre recrutement mais aussi notre vision générale et individuelle des patients que nous avons rencontrés lors de ce stage.

De plus le recueil des données s'étant fait essentiellement en langue japonaise, par le biais de traductions personnelles de dossiers médicaux et de l'aide du Professeur Kato et d'autres médecins du service, cela représente un obstacle certain à l'objectivité de la clinique observée et de l'interprétation des faits, symptômes et dires des patients rencontrés. Accéder au patient et à sa vie psychique tel que nous l'aurions fait dans notre contexte habituel de travail n'a probablement pas été possible lors de cette étude.

Enfin, obstacle non des moindres, celui de la différence culturelle. Malgré une certaine connaissance préalable du pays et de sa culture notre statut de jeune médecin étranger nous empêcha probablement d'accéder à la dimension interne du sujet, ramenée au *Tatemaie* et au *Honne*, c'est à dire aux pensées et émotions internes authentiques du sujet. Néanmoins la différence de culture, malgré l'obstacle qu'elle peut poser sur certains aspects, est aussi un atout et outil dans la démarche clinique et thérapeutique en situation transculturelle. Il s'agit d'un des principes de base fondamental de la consultation de psychiatrie transculturelle, et potentiel levier clinique et thérapeutique puissant. Georges Devereux dans son ouvrage « De l'angoisse à la méthode » exposait la notion de « contre

transfert du chercheur : somme des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes par rapport à son patient ou objet de recherche » en mettant en avant la dimension culturelle de cette réaction [47]. Ce contre-transfert culturel, probablement à l'origine de questionnements qui furent le point de départ de notre étude et de la relation tissée avec certains des patients rencontrés, est aussi un des éléments qui nous a permis de mener ce travail.

-

## V. CONCLUSION GENERALE

De manière universelle les symptômes somatiques sont une composante indissociable du diagnostic de syndrome dépressif. Cependant la fréquence, la localisation, la valeur et le sens attribué au symptôme sera différente selon le contexte socio-culturel. C'est ce que nous avons voulu illustrer à travers l'étude de 6 cas cliniques de patients japonais souffrant de dépression.

La psychiatrie en elle même est un phénomène "culturel" imposant certaines catégories au monde, catégories ne pouvant pas s'adapter de la même manière pour toutes les populations du monde et ne capturant jamais entièrement l'expérience de la maladie et de la souffrance. La somatisation chez les patients souffrant de dépression au Japon mais aussi dans d'autres populations peut être pensée dans cette ligne d'idées. C'est un phénomène à l'échelle médicale mais aussi sociale et éthique. Il implique de nombreuses valeurs concernant la conception de la relation entre le corps et l'esprit, la structure du moi et de la relation de l'individu à son groupe et sa façon d'exprimer une souffrance sociale et émotionnelle.

Nous avons tout d'abord replacé le contexte historique et social de l'histoire de la dépression au Japon à travers les grandes étapes de l'histoire et de la psychiatrie Japonaise puis les différents courants théoriques pouvant éclairer le lien entre dépression, somatisation et culture. Au travers du poids de l'histoire se comprend le poids de la stigmatisation encore présente au Japon, l'importance du groupe et de la collectivité d'influence Confucianiste, et la nécessité qu'à chaque individu lors de sa sociabilisation de manier les concepts de *Omote* et *Ura* en fonction toujours de sa propre appartenance et de celle de l'Autre. La culture de l'individu, élément à prendre en compte lors de la rencontre avec l'autre, nous permet de mieux comprendre les représentations et manifestations de la maladie mentale. Ces concepts ne peuvent pas être sans lien avec la psychopathologie de la dépression au Japon et nous permettent de mieux appréhender la tendance qu'auront certains patients japonais à focaliser et exprimer de façon préférentielle un grand nombre de symptômes somatiques lors du vécu d'un syndrome dépressif.

Nous avons ensuite exposé 6 cas cliniques de patients hospitalisés dans le service de l'hôpital de Jichi pour syndrome dépressif. L'axe conducteur qui se dégagea est la présence d'un grand nombre de symptômes somatiques précédant ou occultant les symptômes affectifs, et une grande fréquence de plaintes somatiques axées sur la région gastro-intestinale. L'importance des modes de communication indirecte afin de maintenir l'harmonie sociale, concept clef de cette société, la rémanence d'une proximité entre le corps et l'esprit dans la pensée japonaise traditionnelle ainsi que la symbolique du *Hara*, en tant que centre vital et siège de l'esprit et des émotions, sont autant d'éléments pouvant expliquer cette grande fréquence de symptômes somatiques et le "choix" de l'organe abdominal.

Mais dans une société ayant toujours évoluée de façon si rapide, et mue de façon permanente par les changements et l'adaptation, ces concepts pourraient être mis à mal , si le Japon n'avait toujours eu le souci de préserver son identité et ses traditions. Ce qui nous laisse penser que ces concepts sont toujours d'importance dans la société Japonaise actuelle, et ont toute leur place dans cette approche théorique du lien entre dépression, somatisation et culture au Japon..

***Pierre Janet " Il n'est pas juste de dire que l'homme pense avec son cerveau, ce n'est pas avec son cerveau qu'il pense, c'est avec son corps tout entier"***

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Morohashi Tetsuji 1984 : *Daikanwa jiten* ( Dictionnaire de Kanjis) Vol 12. Tokyo Taishûkan Shoten
2. Arima, Akito 1990 : *Ki no sekai* ( Le monde du Ki) Tokyo Diagaku shuppankai
3. Lipowski ZJ : Somatization : the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 145 : 1358-1368, 1988
4. Cathébras P, Rousset H : Le concept de somatisation est-il utile au clinicien ?; Ann Med Interne 144 : 157-160, 1993.
5. Thierry Baubet, Marie Rose Moro : Psychopathologie transculturelle, de l'enfance à l'âge adulte
6. Littlewood Roland; Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures: les "syndrômes liés à la culture"; L'autre, clinique culture et sociétés, 2001, Vol 2, numéro 3
7. Jorge L Tamayo, Karis Roman et al : The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatients psychiatric practice in Puerto Rico an observational study. BMC Psychiatry 2005, 5: 28. Anglais
8. Gureje O, Simon GE and al; Somatization in cross cultural perspective: A World Health Organization study in primary care; American Journal of Psychiatry 1997;154(7): 989-995
9. Lee S; A Chinese perspective of somatization disorders; Journal of Psychosomatic Research 1997; 43 ( 2): 115-119
10. Lin KM, Lau JK and al; A community study of Korean Americans; Journal of Nervous and Mental Disease 1992; 180(6): 3986-3991
11. Phobies sociales au Japon ; Jean Claude Jugon ; collection ethnopsychologie ESF.

12. André Tyle, Paul Gandhi; The importance of somatic symptoms in depression in primary care, *Prim Care Companion; J Clin Psychiatry* 2005; 7(4)
13. Bair MJ, Robinson RL and al; Depression and pain comorbidity: a literature review; *Arch Intern Med* 2003.163: 2433-2445
14. Shimodera Shinji, Kawamura Aoi; Physical Pain associated with depression: results of a survey in Japanese patients and physicians; *Comprehensive Psychiatry* 53 (2012) 843-849
15. Simon Ge, Vonkorff M and al; An international study of the relation between somatic symptoms and depression; *New England Journal of Medicine* 1999;341(18); 1329-1335
16. Kirmayer LJ, Robbins JM et al; Somatisation and the recognition of depression and anxiety in primary care; *Am J Psych* 1993;150.734-741
17. Simon GE et al; Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosomatic medicine* 1996;58;481-8
18. Barkow K, Heun R: Identification of somatic and anxiety symptoms wich contribute to the detection of depression in primary health care; *Eur Psychiatry* 2004 , 19: 250-257
19. Les somatisations; Yves Rantý; Collection santé, sociétés et culture; L'Harmattan
20. Kirmayer Laurence J ; Culture, affect and somatization ; *Transcultural psychiatric research review* 21 (1984)
21. Gureje O, Simon GE and al; Somatization in cross cultural perspective: A World Health Organization study in primary care; *American Journal of Psychiatry* 1997;154(7): 989-995
22. Kirmayer Laurence J; Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment; *J Clin Psychiatry* 2001,62.

23. Tanaka Matsumi J, Marcella AJ: Cross-cultural variations in the phenomenological experience of depression. *J Cross-Cult Psychol* 1976; 7:379-396
24. Leighton A, Lambo T et al : *Psychiatric disorders among the Yoruba*. New York : Cornelle University Press. 1963
25. Tseng W, Hsu J; Chinese culture personality formation and mental illness; *Int J Soc Psychiatry* 1969; 16: 5-14
26. Leff J; *Transcultural Psychiatry*, Marcel Dekker
27. Kleinman A : *Neurasthenia and depression in the Hunan Medical College*. Changsha, Hunan, People's Republic of China.  
In press.
28. Kleinman A; *Neurasthenia and Depression: a study of somatization and culture in China*; *Culture, Medecine and Psychiatry*, 1982,6(2): 117-190
29. Denise Saint Arnault, Oksoo Kim; Is there an Asian idiom of distress? Somatic Symptoms in Female Japanese and Korean Students; *Arch Psychiatr Nurs*, 2008 February; 22 (1): 27-38
30. Katon et al : *Depression and somatization*. *The American Journal of Medecine* Vol 72. Anglais
31. Yoshio M, Hideyasu A, From J- *Depressive Disorders in Japanese Primary Care Patients*. *Family practice*, Volume 11, No 4. Anglais
32. Kazuhiro Waza, Antonnette V Graham et al : *Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients*.  
*Family Practice* 1999, Vol 16; No 5. Anglais
33. Maeno Kizawa et al; *Somatic and Depressive Symptoms in Female Japanese and American Students: A Preliminary Investigation*; *Transcultural Psychiatry*. 2006 June;

43(2): 275–286.

34. Nakao M, Yano E : Prediction of major depression in Japanese adults : Somatic manifestation of depression in annual health examinations. *Journal of Affective Disorders* 90 (2006) 29-35

35. Cheng FM, Lau BW and Al; Somatization among chinese depressives in general practice; *Int J Psychiatry Med* 10: 361-374, 1981

36. Maeno T, Kizawa Y et al; Depression among primary care patients with complaints of headache and general fatigue; *Primary Care Psychiatry* 2002;8(2) 69-72

37. Ots T; The angry liver, the Anxious heart and the melancholy spleen: the phenomenology of perceptions in Chinese culture; *Culture, Médecine and Psychiatry*; 1998;22(1): 93-122

38. Jerome Young; Mind-body Concepts and Mental Illness: a Study of Japanese Values; *seishin zasshi* (2003) 105-8

39. Mitsumoto Sato; Renaming schizophrenia: a Japanese perspective; *World Psychiatry*. 2006 February; 5(1): 53–55

40. Mavis Evan and al. Diagnosis of depression in elderly patients; *APT* (2000) vol 6, p55

41. Wikipedia ; [http://fr.wikipedia.org/wiki/Vieillesse\\_du\\_Japon](http://fr.wikipedia.org/wiki/Vieillesse_du_Japon)

42. El- Gabalawy Renée ; Health Anxiety and Hypochondriasis in Older Adults: Overlooked Conditions in a Susceptible Population; <http://www.adaa.org/sites/default/files/El-Gabalawy%20340.pdf>

43. Doi Takeo ; *Le jeu de l'indulgence ; l'Asiathèque* 1988

44. Alain Roland ; *In search of self in India and Japan : toward a cross cultural psychology*; Princeton University press 1988

45. Benoît Piget; Psychopathologie de la dépression en lien avec le travail chez des adultes japonais. A propos de sept cas ; thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2008-TOU3-1505
46. Doi Takeo ; L'Endroit et l'Envers; Edition Philippe Picquier
47. Georges Devereux ; De l'angoisse à la méthode ;Edition Aubier 1994
48. Yamaga Kuniaki, Motoki Kuramochi and al ; A Clinical Study of Hypochondriac Symptoms in Patients with Depression ; Journal de psychiatrie et de neurologie 2004 numéro 106 867-876 ( Japonais)
49. Laurence J.Kirmayer and Mitchell Weiss; Cultural Considerations for Somatoform Disorders; DSM-IV Sourcebook Volume 3 Chapter 48; American Psychiatric Association 1997
50. Junko Kitanaka; Depression in Japan Psychiatric Cures for a Society in Distress; Princeton University Press 2012 ( anglais)
51. Akira Hashimoto; Japanese Orientalists"and psychiatry policy in modern times, Aichi prefectural university; <http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/doc/Japanese%20Orientalists.pdf>
52. Rapport du comportement et de la pensée pragmatique avec le langage", Linguistique et Anthropologie; Benjamin Lee Whorf; Sapir; 1971
53. Kirmayer Laurence J ; Culture, affect and somatization ; Transcultural psychiatric research review 21 (1984)
54. Dibie-Racoupeau Florence, Chavane Véronique et al; La pathologie conversive chez la personne âgée; Psychol Neuropsychiatr Vieil 2007; 5(4): 295-303
55. Kleinman A, Das V Lock : Social Suffering. Berkeley : university of californa Press ; 1997 page 9-28; Anglais

56. Ruth Benedict, Le sabre et le chrysanthème; édition Philippe Picquier 1998; Français
57. H.Ihara; Disease Mongering in Japanese Psychiatry; Int J Risk Saf Med. 2012;24(2):115-20; Anglais
58. Kato Satoshi; Caractéristiques et traitement de la dépression liée au travail 職場結合性うつ病と病態と治療 ; Cure Psychiatrique Volume 32-Numéro 3; 2006; Japonais
59. 国民衛生の動向 2001;2011/2012 Tendence de l'hygiène nationale ( Statistiques) 2001 et 2011/2012

# ANNEXE

## ***Classification des états dépressifs de Kasahara Kimura 1975***

**Type I : Melancholy depression**

**Type II : Cyclic depression**

**Type III : Conflict-reactive depression**

**Type IV : Pseudocyclothymic-schizophrenia**

**Type V : Sadness reactions=**

**Type VI : Others**

**Type I : Melancholy depression**

1) Présentation générale

Symptômes mentaux et somatiques classiques de la présentation de la dépression.

Evolution plutôt uniforme

2) Sous-types

I-1 Dépression d'intensité légère, monophasique

I-2 Avec phase hypomanique

I-3 Révélation d'un conflit persistant

I-4 Avec symptômes psychotiques

3) Personnalité prémorbide

Typus Melancholicus ( assuidité, respect des ordres, préoccupation des autres)

4) Situation déclenchante

Mutation, statut élevé, changements intra-familiaux, maladie somatique, naissance d'un enfant, expérience de pertes liés au Soi

## 5) Réponse au traitement

Bonne amélioration généralement  
Bonne réponse aux antidépresseurs  
Psychothérapie de soutien

## 6) Evolution

Généralement bonne sauf I-3

## 7) Age

Age moyen à la sénilité débutante

## 8) Caractéristiques physiques

Sujet relativement mince

## 9) Histoire de vie

Bonne adaptation sociale. Il arrive souvent au patient que les symptômes somatiques précèdent la dépression

## 10) Structure de la famille

Traditionnelle. Le ou la patiente est souvent un pilier financier et spirituel de sa famille

## **Type 2 Cyclo dépression**

### 1) Présentation générale

Ressemble au type 1, bien qu'il représente un tableau moins complet et d'évolution plus variée que le type 1.

## 2) Sous types

II-1 Alternance régulière de phases dépressives et maniaques

II-2 Récurrence de la phase dépressive

II-3 Récurrence de la phase maniaque

II-4 Symptômes psychotiques atypiques/Etat mixte

## 3) Personnalité pré-morbide

Cyclo-thymique ( Kretschmer)

## 4) Situation déclenchante

Moins évidente que celle du type 1. Contribution de facteurs biologiques ( saison, menstruation, procréation etc)

## 5) Réponse au traitement

Mauvaise réponse aux anti-dépresseurs

## 6) Evolution

Généralement bonne mais plus de risque de récurrence que le type 1

## 7) Age

Déclenchement dans la jeunesse

## 8) Caractéristiques physiques

Plutôt obèse

## 9) Histoire de vie

A l'alternance des phases l'adaptation sociale est plus mauvaise que le type 1

#### 10) Structure de la famille

Traditionnelle.

### **Type 3 : Conflict-reactive depression**

#### 1) Présentation générale

Forme incomplète de dépression caractérisée par la dépendance, l'exagération, des symptômes névrotiques et la tendance à l'accusation des autres.

#### 2) Sous-types

III-1 Niveau névrotique

III-2 Parfois éléments psychotiques

#### 3) Personnalité pré-morbide

Immaturité, dépendance, peu de préoccupations aux autres, peu de respect des ordres

#### 4) Situation déclenchante

Certains fardeaux ( surtout la responsabilité, conflit dans la relation humaine, crise autour de la maturation sociale, certaines difficultés relevant les défauts de sa nature)

#### 5) Réponse au traitement

Anti-dépresseur inefficace, nécessite une psychothérapie intensive

#### 6) Evolution

Forten tendance à la chronicisation

7) Age

Deux pics : aux alentours de 20 et 50 ans

8) Caractéristiques physiques

Aucune

9) Histoire de vie

Caractéristiques névrotiques bien avant l'état dépressif

10) Structure de la famille

Sans particularités

#### **Type 4 : Pseudo Cyclothymic Schizophrenia**

1) Présentation générale

Forme atypique de dépression caractérisée par l'asthénie, le passage à l'acte et l'instabilité de l'image de soi. Des phases maniaques courtes peuvent survenir, la durée des phases maniaques ou dépressives est plutôt courte.

2) Sous-types

IV-1 Symptômes dépressifs uniquement

IV-2 Symptômes maniaques temporaires

3) Personnalité pré-morbide

Schizothymique

#### 4) Situation déclenchante

Certaines crises de vie mettant en question la valeur de l'individu ( sentiment amoureux, rapports sexuels, religion, isolement, vie indépendante, voyage, examen d'entrée).

#### 5) Réponse au traitement

Antidépresseurs peu efficaces, pas d'indication de psychothérapie

#### 6) Evolution

Révélations de symptômes schizophréniques

#### 7) Age

Vers la fin de l'adolescence

#### 8) Caractéristiques physiques

Mince

#### 9) Histoire de vie

Malgré les difficultés d'identité des comportements modèles dans l'enfance et au début de l'adolescence

#### 10) Structure de la famille

Souvent famille schizophrénogène

### **Type 5 : Sadness reaction**

#### 1) Présentation générale

Etat dépressif suite à un évènement dur et pénible.

2) Sous-types

V-1 Tristesse réactionnelle normale

V-2 Tristesse réactionnelle anormale

V-3 Tristesse réactionnelle avec éléments psychotiques

3) Personnalité prémorbide

Rien de particulier

4) Situation déclenchante

Evenement dur et pénible

5) Réponse au traitement

Anti-dépresseur inefficace

6) Evolution

V-1 Transitoire

V-2 persistant

7) Age

Aucun

8) Caractéristiques physiques

RAS

9) Histoire de vie

RAS

10) Structure de la famille

RAS

**Type 6 : Others**

VI-1 Etat dépressif consécutif à une maladie somatique

VI-2 Dépression liée au vieillissement organique

VI-3 Dépression juvénile

VI-4 Autre

**Auteur : Nom : Hochart**

**Prénom : Delphine**

**Date de Soutenance : 21 février 2013 à 16 heures**

**Titre de la Thèse : Dépression, Somatisation et Culture : étude de six cas cliniques de patients Japonais**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : *DES Psychiatrie***

**Mots-clés : Dépression- Somatisation- Culture- Japonais**

**Résumé :** A l'aube du 21<sup>e</sup> siècle dans la société japonaise contemporaine, la dépression est devenue un véritable problème de santé publique au Japon parfois même jusqu'à être nommée « maladie nationale ». Les symptômes somatiques non expliqués médicalement dans le cadre d'un diagnostic de syndrome dépressif sont relatés dans de nombreux pays, et la somatisation est commune à toutes les cultures et tous les groupes sociaux. Mais on retrouve de façon constante des différences d'expression, de signification des symptômes et de "comportements-maladie" selon la culture et les croyances locales.

A travers l'exposé de 6 cas cliniques de patients hospitalisés dans le service de l'hôpital de Jichi pour syndrome dépressif, fut observé la présence d'un grand nombre de symptômes somatiques précédant ou occultant parfois les symptômes affectifs, et notamment une grande fréquence de plaintes somatiques axées sur la région gastro-intestinale. L'importance des modes de communication indirecte afin de maintenir l'harmonie sociale, la rémanence d'une proximité entre le corps et l'esprit dans la pensée japonaise traditionnelle, ainsi que la symbolique de la zone abdominale du *Hara* en tant que centre vital et siège de l'esprit et des émotions, sont autant d'éléments pouvant expliquer cette grande fréquence de symptômes somatiques et le "choix" de l'organe abdominal. Là où certains signes somatiques sont vus comme simple indicateurs d'une pathologie somatique ils sont parfois de véritables moyens d'expression de la souffrance « *idiom of distress* », enracinés dans le "terreau culturel" où ils prennent sens.

Dans une société mue de façon permanente par les changements et l'adaptation, ces concepts pourraient être mis à mal si le Japon n'avait toujours eu le souci de préserver son identité et ses traditions. Ce qui nous laisse penser que ces concepts sont toujours d'importance dans la société Japonaise actuelle, et ont toute leur place dans cette approche théorique du lien entre dépression, somatisation et culture au Japon.

**Composition du Jury :**

**Président : Mr le Professeur Thomas Pierre**

**Assesseurs : Mr le Professeur Vaiva Guillaume  
Mr le Professeur Cottencin Olivier  
Mr le Professeur Baubet Thierry**