

MANUEL DE PSYCHOPATHOLOGIE – Anxiété, dépression et psychopathologie du corps  
Guy Besançon  
(1993). Paris : Dunod.

Anxiété, angoisse, peur, phobie, panique

Les termes utilisés pour décrire les états anxieux sont nombreux, et d'ailleurs largement utilisés par le langage usuel où ils reçoivent des significations variables et souvent imprécises. Cependant, un certain consensus existe actuellement sur la définition qu'il faut leur donner en psychopathologie.

La définition de l'*anxiété* donnée au début du siècle par Pierre Janet est celle qui est généralement retenue, même si elle comporte des limites certaines. L'anxiété est une peur sans objet, ou plus précisément sans objet réel, apparent ou défini. Le cas de certaines anxiétés situationnelles, telles que le trac lors d'un passage d'examen, montre bien le caractère schématique et réducteur de cette définition. Une formulation consensuelle plus précise reste cependant bien difficile à trouver.

- L'*angoisse*, terme plus ancien que celui d'anxiété, était préférentiellement utilisé par les auteurs classiques pour désigner la dimension corporelle de l'anxiété, cette dernière renvoyant aux aspects psychologiques. Cette distinction n'est plus guère employée aujourd'hui et la notion d'anxiété tend à recouvrir indistinctement l'ensemble des phénomènes corporels et psychiques. L'anxiété est un tout et cette évolution intégrative et simplificatrice permet peut-être une meilleure rigueur aux discours cliniques actuels. Elle entraîne pourtant simultanément un appauvrissement du vocabulaire peut être regretté. L'*angoisse* (qui vient du latin *angustia* : étroitesse, lieu resserré) est un mot qui convient bien pour désigner le ressenti corporel lors de l'anxiété, et les patients utilisent d'ailleurs toujours préférentiellement ce terme.
- La *peur* est aussi un terme classique et d'une acception assez globale, sans connotation psychopathologique particulière.
- La *phobie* est par contre clairement distinguée de l'anxiété puisque, contrairement à cette dernière, elle porte sur un objet ou une situation. Aussi les phobies sont-elles traitées dans un autre chapitre de ce manuel.
- Le terme de *panique* désigne un état anxieux particulièrement intense. Il vient de Pan, dieu grec qui passait pour troubler et frayer les esprits. Depuis quelques temps il est de plus en plus utilisé en psychopathologie ; les attaques de panique paraissent correspondre en effet à des phénomènes relativement différents des autres états anxieux.

Les difficultés de vocabulaire qui viennent d'être évoquées concernant l'anxiété peuvent être mieux comprises si l'on dispose de quelques pages sur l'histoire de la réflexion médicale dans ce domaine. P36-37 (Besançon, 1993)

Le stress

Dans les années 1930, un nouveau courant de pensée médicale sur l'anxiété naît avec Selye et sa théorie du stress. On entend par là l'ensemble des réactions spécifiques que manifeste un individu lorsqu'il est soumis à des facteurs d'agression. Parmi ces réactions, l'anxiété, surtout dans sa composante somatique, représente une dimension importante. La théorie du stress relancera la réflexion sur l'anxiété dans une optique psychophysiologique et comportementale. Parallèlement, les psychiatres, exerçant alors essentiellement à l'hôpital et donc confrontés à des pathologies plus « lourdes », s'intéressaient relativement peu à ces travaux. P38 (Besançon, 1993)

## 1.2. La symptomatologie anxieuse

Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho-comportemental et somatique. P39 (Besançon, 1993)

### 1.2.1. Le registre psycho-comportemental

A moins qu'elle ne soit d'intensité vraiment mineure, l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne. Les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches. L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarii catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnels ou affectifs), la

survenue d'une maladie, d'un accident, de problèmes financiers, etc. Les représentations angoissantes sont fluctuantes, à la différence des idées obsédantes rencontrées dans la névrose obsessionnelle.

Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre d'authentiques expériences de dépersonnalisation (impression de perdre son identité) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel). Il peut alors avoir peur de devenir « fou », sans pour autant qu'existe une pathologie psychotique.

Mais l'anxiété psychique n'est pas uniquement subjective. Les perturbations cognitives, l'inhibition de la pensée, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet, de ses facultés de raisonnement et, dans une certaine mesure, de ses capacités de jugement. Ces perturbations n'apparaissent cependant qu'au-delà d'un certain seuil d'intensité anxieuse. Des travaux expérimentaux ont en effet montré que la courbe de la qualité des performances intellectuelles en fonction de l'intensité de l'anxiété avait une forme de U inversé. Il semble exister pour un individu devant réaliser une performance précise dans des conditions déterminées un niveau d'anxiété optimal, mobilisateur, voire créateur. Ainsi les performances sont altérées si l'anxiété est excessive, mais également lorsqu'elle est insuffisante.

L'inhibition anxieuse est aussi comportementale : le patient est gauche, emprunté, voire figé. Il peut exister dans certains états aigus une véritable stupeur psychomotrice.

L'inhibition psychomotrice peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée qui ne saurait tromper, ou par des comportements compensatoires de prestance qui peuvent plus facilement faire illusion.

Un certain degré d'agressivité peut être retrouvé dans le discours de l'anxieux, voire dans son comportement en cas d'anxiété aiguë.

Ainsi, par la mimique et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage ( quand l'anxiété est permanente) ou, dans des circonstances plus particulières, à des phénomènes de groupe (peurs collectives, mouvements de foules).

Enfin, à côté de ces symptômes caractéristiques, une certaine tristesse modérée, fluctuante, est habituelle chez de nombreux patients anxieux. P39 (Besançon, 1993)

## .2.2. Symptômes somatiques

Ils sont très variés et ne seront que brièvement évoqués. Tous correspondent en effet à un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome, soit :

- au niveau cardio-vasculaire : tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter ), douleurs pré-cordiales (le patient redoute de « faire un infarctus » ), modifications labiles de la tension artérielle ;
- sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle coupé » ;
- dans la sphère digestive : sensation de « boule dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice ;
- au niveau génito-urinaire : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme) ;
- sur le plan neuro-musculaire : tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dite de « tension » tremblements, sursauts, paresthésies, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;
- sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, pâleur bouffées vaso-motrices.

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter, plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, le médecin de l'urgence ou un cardiologue.

L'insomnie de l'anxieux a un statut un peu à part car son déterminisme est plus complexe que les symptômes proprement somatiques l'anxiété. Il s'agit d'une insomnie portant sur l'endormissement. Le reste de la nuit est généralement préservé, bien que dans certains cas troublé par des cauchemars. P40 (Besançon, 1993)

## 1.3. Les différentes formes cliniques

La nosographie actuelle des troubles anxieux distingue trois grands types de troubles anxieux : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et les troubles anxieux réactionnels. p41 (Besançon, 1993)

### 1.3.1. Le trouble anxieux généralisé

C'est la forme d'anxiété qui a été parfaitement décrite il y a plus d'un siècle par Freud sous le terme de névrose d'angoisse. Il existe un fond permanent d'anxiété d'intensité modérée, souvent émaillé de crises aiguës

d'angoisse. Assez fréquent (5 % environ de la population générale ), il concerne deux fois plus souvent les femmes que les hommes. P41 (Besançon, 1993)

### 1.3.2. Le trouble panique

(...) L'attaque survient sans prévenir, sans circonstance déclenchante particulière. Elle dure moins d'une heure, le plus souvent une dizaine de minutes tout au plus. Les signes somatiques d'anxiété sont au premier plan, constants. Le vécu subjectif est extrêmement pénible, le patient a peur de mourir (d'un infarctus notamment) ou de devenir fou. Lorsqu'elle s'arrête, la crise laisse place à un moment de fatigue intense mais aussi de soulagement. (...) p41 (Besançon, 1993)

### 1.3.3. Troubles anxieux réactionnels

(...) Certains troubles anxieux paraissent fortement déterminés par des facteurs événementiels et/ou environnementaux :

- des moments temporaires d'anxiété lors de certaines circonstances, familiales ( conflits, séparation) ou professionnelles (passage d'examens, mutation, excès de travail...), sont à considérer comme normaux et cèdent lorsque les problèmes qui les déterminent sont résolus ;
- si les circonstances difficiles ( dites « stressantes » ) persistent, peut s'installer un état plus ou moins chronique de « stress » susceptible d'évoluer comme un trouble anxieux généralisé ; p42
- le terme de stress post-traumatique désigne un trouble bien particulier survenant à distance (parfois quelques années) d'un événement traumatique majeur (attentat, prise d'otage...). Il est marqué par une reviviscence de cet événement lorsque le patient est placé dans certaines situations qui le lui rappellent, et aussi la nuit, lors de cauchemars accompagnés de réactions émotionnelles intense (cris, sursauts). P41-42 (Besançon, 1993)

### 1.3.4. Anxiété et pathologie organique

(...) on sait aussi que l'anxiété est particulièrement fréquente lors de certaines affections organiques, notamment :

- les pathologies du système nerveux central (qu'elles soient tumorales, vasculaires ou infectieuses
- les maladies endocriniennes (notamment les hyperthyroïdies, hyperfonctionnements surrénaliens, les hypoglycémies, diabétiques ou non).

Les mécanismes physiopathologiques dont résultent ces troubles anxieux ne sont pas encore totalement connus. En fait, toute pathologie grave ou bénigne, peut occasionner des troubles anxieux. Toute atteinte, même transitoire, de l'intégrité corporelle provoque l'angoisse, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer dans tous les cas un déterminisme biologique. L'importance symbolique que présente l'organe touché (le cœur notamment), la charge fantasmatique liée à certains processus pathologiques (par exemple le cancer qui « ronge » invisiblement, qui « trahit ») paraissent souvent des facteurs très prégnants.

Enfin, l'anxiété est fréquemment rencontrée lors de certaines affections qu'elle semble, au moins en partie, déterminer. Ces maladies ont pu être qualifiées de psychosomatiques. : ulcère gastro-duodéal, , asthme, eczéma, rectocolite hémorragique, etc. Cette question complexe est traitée ailleurs dans ce manuel.

Depuis plus récemment, les liens qui existent entre troubles anxieux et fonctionnement cardio-vasculaire sont très étudiés. Certaines formes », l'hypertension artérielle, certains angors à coronaires saines paraissent intimement associés à des troubles anxieux. P42-43 (Besançon, 1993)

### 1.3.5. Anxiété et pathologie psychiatrique

(...) tout en individualisant la névrose d'angoisse, Freud avait déjà insisté sur l'angoisse comme phénomène fondamental commun à toutes les névroses. (...) p43 (Besançon, 1993)

## 1.5. Aspects évolutifs

L'affection évolue de façon continue pendant des années, rythmée par des accès aigus dont la fréquence semble baisser avec l'âge. Par contre, certaines complications sont susceptibles d'apparaître au fil de l'évolution :

- le problème de la dépression ( et de l'asthénie) sera évoqué plus loin ;
- l'apparition d'une agoraphobie, d'une phobie sociale, est fréquent dans l'histoire d'un trouble anxieux, notamment dans celle d'un trouble panique. Etant donné le caractère imprévisible des attaques, il est facile de comprendre la hantise du paniqué potentiel à l'idée d'avoir une attaque dans un lieu public ou devant certains membres de son entourage. Mais le caractère secondaire de ces troubles phobiques ne semble pas être constant, ceux-ci précédant dans certains cas l'apparition du trouble panique ;
- la fréquence des alcoolismes secondaires à un trouble anxieux est de plus en plus établie. L'alcool constitue en effet, au moins initialement, une « excellente » automédication anxiolytique, réduisant la sensation de tension et possédant de précieuses propriétés désinhibantes. Mais du fait de la tolérance,

l'automédication se transforme rapidement, avec le temps, en alcoolisme plus massif dont les effets pharmaco-dynamiques sont bien différents. (...)

- problèmes plus récemment étudiés, les dépendances aux tranquillisants paraissent très fréquentes chez les patients anxieux. Ces dépendances surviennent le plus souvent avec des doses thérapeutiques ou peu augmentées prises de façon ritualisée, notamment au coucher, dans une visée hypnotique. La fréquence de réelles complications toxicomaniaques concernant les tranquillisants (souvent associées secondairement à des prises d'alcool) reste encore difficile à évaluer du fait du caractère le plus souvent occulte de ces comportements ;
- la dépendance tabagique est fréquemment associée aux troubles anxieux sans que des liens de causalité univoque soient pour l'instant établis ;
- les tentatives de suicide sont également plus fréquentes lors des pathologies anxieuses. Le trouble panique serait un facteur de risque pour le suicide, bien que cela reste à confirmer ;
- l'incidence des troubles anxieux sur la vie socio-professionnelle commence à peine à être étudiée. Les perturbations cognitives apparaissent, dans certains cas, comme de réels handicaps ;
- les liens de causalité entre anxiété et maladie psychosomatique restent toujours mystérieux p44-45 (Besançon, 1993)

### 1.6. Les modèles théoriques de l'anxiété

Le recours, actuellement croissant en psychiatrie, à une approche polythéorique paraît spécialement justifié à propos des troubles anxieux ( mais aussi, nous le verrons plus loin, concernant la dépression ). Les différents modèles ne sont en effet pas incompatibles entre eux, même si leur intégration dans une approche globale n'est pas encore achevée. P45 (Besançon, 1993)

#### 1.6.1. Le niveau biologique

L'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines est établie depuis 1977. Leur découverte laisse sous-entendre la possible existence substances produites par l'organisme et qui viendraient s'y fixer, régulant ainsi l'état d'anxiété de chaque individu. Cependant, un tel « ligand endogène » n'a pas encore été trouvé (ligand : molécule capable de se lier à un récepteur donné). La structure et le fonctionnement des récepteurs paraissent très complexes. La compréhension de l'action anxiolytique des benzodiazépines reste donc très lacunaire.

On sait par ailleurs que certaines substances telles que la caféine, la cholécystokinine, le lactate de sodium, sont susceptibles d'induire des phénomènes anxieux, et notamment des attaques de panique.

Chez l'animal, la stimulation du locus coeruleus, où sont localisés les neurones noradrénergiques, provoque des comportements d'alarme comparables dans une certaine mesure aux comportements anxieux observés chez l'homme. Le rôle de neuro-médiateurs plus récemment individualisés (sérotonine, gaba) est actuellement étudié. P45-46 (Besançon, 1993)

#### 1.6.2. La théorie psychanalytique de l'angoisse

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse qui paraissent à première vue contradictoires :

- la première théorie (1895) est économique. L'angoisse est conçue ?l11me la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression ( exigence du Surmoi), soit par insatisfaction (privation, coût interrompu) ;
- la deuxième théorie (1926) est génétique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une angoisse automatique liée à un conflit intra-psychique. Elle alerte le Moi et provoque le refoulement du conflit. (...) p46 (Besançon, 1993)

#### 1.6.3. Modèle comportemental et cognitif

Comme les autres émotions, l'anxiété résulte d'un apprentissage par des conditionnements plus ou moins précoces. L'approche cognitive, plus récente, paraît aussi plus pertinente. L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation d'un système d'inhibition comportementale (J. Gray) ayant un support neuro-anatomique. Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir (interruption des « plans d'actions » ). L'anxiété proprement dite est considérée ici comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréable, elle comprend un véritable hyperéveil psychique destiné à favoriser la recherche de plans d'actions, recherche qui s'avère improductive ; d'autant qu'il paraît exister dans l'anxiété un traitement sélectif de l'information, les perceptions anxiogènes étant favorisées. À cet égard, les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave (cardiaque notamment), renforcent l'anxiété du sujet. P46-47 (Besançon, 1993)

### 1.7. Les traitements

#### 1.7.1. Les médicaments

Les anxiolytiques et les somnifères sont utilisés très largement dans notre pays. Des efforts sont actuellement faits pour rationaliser les habitudes de prescription, mais la pression des patients reste forte : prendre un médicament demande moins d'effort que de suivre une psychothérapie. Cela ne permet pourtant qu'un soulagement transitoire ; seules les anxiétés réactionnelles pourront donc être traitées par voie médicamenteuse. Les perturbations cognitives, secondaires aux tranquillisants, constituent par ailleurs un facteur limitant l'utilisation de tels traitements. Fait surprenant, les attaques de panique sont mieux prévenues par la prise au long cours d'antidépresseurs que par celle de tranquillisants, relativement peu efficaces (excepté l'alprazolam : Anax®). P47 (Besançon, 1993)

### 1.7.2. Les psychothérapies

Du fait de leur plurifactorialité, les troubles anxieux doivent faire l'objet d'une psychothérapie qui accompagne et relaye l'éventuel premier temps médicamenteux. Le choix de la technique psychothérapique dépend essentiellement de l'attente du malade. Dans certains cas, le patient désire commencer rapidement un travail en profondeur sur lui-même, et l'on choisira une psychothérapie d'inspiration analytique. D'autres fois, l'anxieux désirera être soulagé le plus rapidement possible ; la relaxation et les approches cognitives seront alors utiles.

Compte tenu des difficultés à traiter les troubles anxieux lorsqu'ils sont devenus chroniques, il importe de mettre tous les moyens nécessaires en œuvre dès leur apparition, lorsque le patient est encore jeune. P47 (Besançon, 1993)

## 2 LA DÉPRESSION

### 2.2.1. Le syndrome dépressif

Le syndrome dépressif comprend un ensemble de symptômes dont deux sont essentiels car ils suffisent à poser le diagnostic : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vital. Les autres symptômes seront aussi d'une grande importance, notamment les signes somatiques, presque constamment présents dans les états dépressifs. P48 (Besançon, 1993)

### 2.2.2. L'humeur dépressive

L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse. Le pessimisme imprègne l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale, parfois suffisamment intense pour des idées de mort. Le pessimisme porte sur les événements actuels et futurs. Le passé est assez souvent épargné, parfois idéalisé (nostalgie). Il existe chez le déprimé une perte de l'estime de soi avec des sentiments de dévalorisation et d'autodépréciation. Dans certains cas, le patient a des idées (franchement déréelles sur lui-même (ruine, indignité, culpabilité, incurabilité. De telles idées caractérisent l'état mélancolique, lors duquel le risque de passage à l'acte suicidaire est maximal.

L'humeur dépressive s'exprime généralement sur le plan comportemental, notamment au niveau de la mimique. Le faciès est triste, figé, quelquefois déformé par la douleur (les sourcils dessinent l'« oméga mélancolique »). L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement. Les idées dépressives ne sont pas toujours exprimées verbalement par le sujet. Lorsqu'elles le sont, c'est en général sous la forme d'une plainte douloureuse, ou parfois d'un discours cynique sur un monde dépourvu de sens.

L'humeur dépressive ne se maintient généralement pas en permanence lors d'un état dépressif. Il existe par moments des états d'émoussement affectif, voire d'indifférence, ou même, dans certains cas, d'anesthésie affective dont le patient a conscience. Ces états, lors desquels le déprimé est plus ou moins incapable d'éprouver des émotions ou des intérêts, peuvent eux aussi être l'objet d'une plainte adressée au médecin. P48 (Besançon, 1993)

### 2.2.3. La perte de l'élan vital

Elle comporte plusieurs dimensions :

- le ralentissement psychomoteur a pris depuis quelques années une importance diagnostique centrale au sein du syndrome dépressif. Sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. La voix est monotone ; le temps de latence des réponses lors d'un dialogue est allongé ; le discours, quantitativement pauvre, est émaillé de pauses fréquentes. Le ralentissement psychique se traduit par une altération des fonctions cognitives, plus particulièrement celles qui nécessitent un effort (les activités automatiques sont préservées). Par ailleurs, comme dans l'anxiété, il semble exister lors de la dépression un traitement sélectif des
- informations au profit des données congruentes à l'humeur (donc ici celles qui confortent le pessimisme et les thèmes d'autodévalorisation) ;
- l'asthénie dépressive constitue également une gêne importante pour le malade. Contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une prédominance matinale (difficultés à se lever, à « mettre en route ») et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos ;

- enfin, la notion de perte de l'élan vital renvoie à une approche phénoménologique de la dépression qui a permis de montrer comment le déprimé se révélait incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son futur. P49-50 (Besançon, 1993)

#### 2.2.4. Les symptômes non spécifiques

Les symptômes somatiques sont assez variables selon les cultures. Dans les pays occidentaux, dits développés, ils sont largement dominés par l'anorexie et ses conséquences : perte de poids, voire dénutrition. La constipation est le deuxième symptôme le plus souvent observé. Les autres symptômes somatiques ont une importance moindre : hypotension, bradycardie, tendances lipothymiques.

Les troubles sexuels, dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital, sont très fréquents : diminution du désir, impuissance, frigidité.

Certains types de douleurs sont également souvent observés (céphalées, algies pseudo-rhumatologiques). Leur rapport avec la dépression reste actuellement mal expliqué.

Le sommeil du déprimé est en règle générale perturbé par des réveils nocturnes avec difficultés du ré endormissement et par une insomnie de fin de nuit avec réveils précoces.

Enfin, certains symptômes psychiques sont fréquemment associés au syndrome dépressif :

- un certain degré d'irritabilité, d'impulsivité, susceptible de déterminer des comportements de violences, témoigne souvent de l'existence d'un état dépressif larvé dont la symptomatologie peut secondairement se compléter ;

une dimension anxieuse est associée à bon nombre d'états dépressifs, cause possible de difficultés diagnostiques ( cf. chapitre 3). P50 (Besançon, 1993)

### 2.3. Formes cliniques et psychométrie p51

#### 2.3.1. Formes symptomatiques

Les formes frustes (pauci-symptomatiques) de dépression sont fréquentes. La constatation d'un ralentissement psychomoteur a alors une grande valeur diagnostique.

Les dépressions masquées sont surtout vues en médecine générale. , Elles sont en effet cliniquement caractérisées par la présence au premier plan de symptômes somatiques qui « masquent » les éléments dépressifs. (...)

Les équivalents dépressifs sont des épisodes pathologiques s'exprimant par des symptômes somatiques ( céphalées, fatigue, douleurs vagues, troubles névrotiques, alcoolisme...). Ces épisodes sont transitoires, souvent « saisonniers », et sont à traiter comme une dépression. (...)

Les dépressions dites atypiques doivent faire discuter, chez un ado. Les cent ou un adulte jeune, le diagnostic de psychose débutante.

Les mélancolies délirantes ne sont pas rares. Les thèmes mélancoliques de culpabilité sont alors plus intenses (ruine, damnation...) ; la négation d'organes et la conviction d'être déjà mort sont des thèmes qui caractérisent l'exceptionnel syndrome de Cotard. Enfin, les interprétations persécutoires sont relativement fréquentes lors des mélancolies délirantes. P51 (Besançon, 1993)

#### 2.3.2. La psychose maniaco-dépressive (P.M.D.)

Individualisée par Kraepelin ( 1921 ), la psychose maniaco-dépressive ( est caractérisée classiquement par l'alternance chez un même patient 1 d'épisodes dépressifs habituellement sévères et d'accès maniaques. Ces derniers sont des états d'exaltation de l'humeur à type d'excitation et d'euphorie (cf. chapitre sur les psychoses aiguës). En utilisant un vocabulaire plus récent, la P.M.D. est un trouble bipolaire de l'humeur.

La P.M.D. est donc surtout caractérisée par ses moments pathologiques périodiques entre lesquels le fonctionnement psychique se normalise. Le premier accès survient généralement vers 30 ans. P52 (Besançon, 1993)

#### 2.3.3. Dépressions de causes organiques

Toute pathologie somatique peut occasionner une dépression. Il en va particulièrement des affections du système nerveux central, de certaines infections, cancers, maladies endocriniennes et maladies de systèmes. D'autre part, des états dépressifs peuvent être dus à certains traitements médicamenteux ( corticoïdes au long cours notamment) ou entrer dans le cadre de certaines manifestations de sevrage à l'alcool ou aux drogues. Enfin, la dépression est fréquente à certaines périodes de la vie de la femme (post-partum, ménopause) ; facteurs biologiques et psychologiques sont alors très intriqués. P52 (Besançon, 1993)

#### 2.3.4. La personnalité du déprimé

Elles montrent avant tout que la pression peut survenir sur n'importe quel type de personnalité. (...) p52 (Besançon, 1993)

### 2.3.5. Psychométrie

De nombreux questionnaires et échelles de dépression ont été développés depuis une vingtaine d'années afin d'apprécier l'intensité d'un syndrome dépressif. Nous mentionnerons ici ceux qui possèdent les meilleures qualités requises (validité, fidélité, sensibilité).

Parmi les questionnaires :

- l'inventaire de dépression de Beck (B.D.I.) (23 items dans sa version française, avec une version abrégée en 13 items ;
- le Q.D.2 de Pic hot (52 items) avec une version abrégée en 13 items : le Q.D.2.A.

Parmi les échelles :

- l'échelle de dépression de Hamilton (17 items) est la plus classique ;
- l'échelle de Montgomery et Asberg (M.A.D.R.S.) est l'instrument de mesure actuellement le plus utilisé du fait de sa grande sensibilité aux changements survenant lors des traitements antidépresseurs médicamenteux. Elle comprend 10 items qui sont à coter de 0 à 6 ; tristesse apparente, tristesse exprimée, tension intérieure, incapacité à ressentir, pensée pessimiste, idées de suicide, réduction de sommeil, réduction de l'appétit, difficultés de concentration et lassitude. Le score minimal habituellement retenu pour poser le diagnostic de dépression est de 18 ;
- plus récemment, Widlocher a construit une échelle de ralentissement psychomoteur (E.R.D.). p53 (Besançon, 1993)

### 2.3.6. Complications

Les relations entre dépression et conduites de dépendance ( tabagisme, alcoolisme, anorexie, boulimie...) sont complexes et sont traitées dans un autre chapitre.

Outre la chronicisation, la complication principale de la dépression est le suicide. Un passage à l'acte suicidaire est une éventualité toujours à redouter chez un déprimé. Le risque est encore plus important lors des états mélancoliques, surtout s'il existe une anxiété associée (mélancolie anxieuse). Cependant, il ne doit jamais être tenu pour négligeable. Ainsi, il n'est pas rare que certains dépressifs de personnalité hystérique, qui paraissent souvent faire du « chantage » au suicide en ne réalisant que des passages à l'acte bénins, finissent, lorsque leur « appel » n'est pas entendu, par employer des moyens plus radicaux. Enfin, le suicide du maniaque-dépressif en période mélancolique se caractérise par la brutalité des moyens utilisés (pendaison, défenestration...). P54 (Besançon, 1993)

## 2.4. Nosographie et épidémiologie

### 2.4.1. Nosologie classique

Pour Kraepelin, la psychose maniaco-dépressive se caractérisait en tant que dépression endogène, à la différence des autres formes cliniques considérées comme psychogènes. Cette dichotomie endogène/psychogène a longtemps structuré la nosographie de la dépression.

La notion d'endogénéité est complexe. Elle fait appel à des considérations concernant différents registres. Sur le plan étiologique, l'endogène s'oppose au réactionnel ; il n'y a pas ici de facteur événementiel déclenchant. La dépression vient « de l'intérieur », ce qui conduit à faire des hypothèses biologiques, d'autant plus qu'on observe un caractère héréditaire relativement net concernant la P.M.D.

Au niveau symptomatologique, l'endogénéité d'une dépression se traduirait par une prévalence du ralentissement psychomoteur, des idéations mélancoliques et la prédominance matinale des troubles.

Du point de vue pronostique, une dépression endogène est considérée comme une pathologie constitutionnelle, donc chronique, et nécessitant un traitement au long cours.

Les dépressions psychogènes semblent par contre former une entité très hétérogène. On a longtemps tenté de regrouper deux formes de dépressions psychogènes : la dépression réactionnelle et la dépression névrotique. Si la première correspond à une réalité évidente dans certaines circonstances, il est bien difficile de pouvoir définir la notion de dépression névrotique. Sans sémiologie propre, ce cadre nosographique ne se conçoit qu'en référence à la théorie psychanalytique, théorie dont l'objet n'est précisément pas d'établir des classifications. P55 (Besançon, 1993)

### 2.4.2. Les nouvelles classifications

L'école américaine de Saint-Louis a proposé de distinguer dépression primaire (c'est-à-dire survenant chez un patient sans antécédent psychiatrique autre qu'un épisode dépressif ou maniaque) et dépression secondaire (à un alcoolisme, une névrose...). P55 (Besançon, 1993)

### 2.4.3. Epidémiologie

Le risque pour toute une vie de faire une dépression est actuellement évalué à 15 %, et est d'un peu moins de 1 % pour la P.M.D. p56 (Besançon, 1993)

## 2.5. Théories étiopathogéniques et traitements

Ici encore, chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression. P56 (Besançon, 1993)

### Les théories biologiques

Elles sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs (1957), par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. (...) p57 (Besançon, 1993)

### La théorie psychanalytique

Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. (...) p57 (Besançon, 1993)

### Les théories cognitives

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck (1974). La dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de la rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. P57 (Besançon, 1993)

### Principes du traitement

Un sujet déprimé est, du fait de sa souffrance, peu accessible dans l'immédiat à la relation psychothérapique. Le premier temps de la thérapeutique est donc d'apaiser la douleur dépressive par l'administration de médicaments antidépresseurs. L'hospitalisation s'avère souvent nécessaire pour protéger le patient du risque suicidaire et pour que le traitement soit effectué dans les meilleures conditions, d'autant que son efficacité ne peut être attendue avant un délai de trois semaines. De tels traitements sont efficaces dans 70 % des cas, permettant de relayer l'approche thérapeutique par une psychothérapie de soutien, ou par des thérapies plus structurées qui seront choisies en fonction des attentes au patient et de ses capacités à investir une relation. Ainsi, certains déprimés chroniques, désabusés quant à leur possibilité d'amélioration, gagneront à être traités par des approches cognitives qui proposent, dans une atmosphère stimulante, de « restructurer » le fonctionnement cognitif du patient afin qu'il retrouve ainsi des possibilités de changement. Les approches groupales, d'inspiration analytique ou utilisant d'autres références, peuvent également être indiquées à distance de l'épisode dépressif. La psychose maniaco-dépressive nécessite de plus d'être traitée au long cours par des médicaments stabilisateurs de l'humeur (thymorégulateurs, tels que les sels de lithium). P58 (Besançon, 1993)

### Anxiété et dépression

Depuis quelques années, la question des rapports entre anxiété et dépression ne cesse d'être posée :

- cliniquement, un certain degré d'anxiété est habituellement présent lors d'un état dépressif ; sur le plan évolutif, les troubles anxieux évoluent souvent après plusieurs années vers la dépression ; du point de vue thérapeutique, certains troubles anxieux (tels que les troubles paniques) sont plus sensibles aux médicaments antidépresseurs qu'aux anxiolytiques ;
- au niveau biologique, des dysfonctionnements paraissent communs aux deux troubles, concernant le métabolisme de la sérotonine mais peut-être aussi celui d'autres substances qui restent à identifier et dont le rôle pourrait se révéler encore plus central ;
- dans une perspective phénoménologique, l'anxieux craint l'avenir comme le déprimé regrette le passé.

Tous ces éléments ont conduit à faire l'hypothèse d'un continuum la possible entre anxiété et dépression. Celle-ci reste cependant encore largement à confirmer par des études appropriées. P58-59 (Besançon, 1993)