



# Psychopathologies de l'adulte

Approche intégrative

**Chrystel Besche-Richard**  
**Catherine Bungener**

**DUNOD**

Maquette de couverture :  
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :  
[www.atelier-du-livre.fr](http://www.atelier-du-livre.fr)  
(Caroline Joubert)

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, 2018, 2020 pour la nouvelle présentation  
11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff  
ISBN : 978-2-10-080739-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<i>Introduction</i> .....	5
<b>CHAPITRE 1 – LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET BIPOLAIRES</b> .....	13
1. Historique.....	15
2. Les troubles dépressifs .....	19
3. Les troubles bipolaires.....	25
4. Les troubles cognitifs dans les troubles dépressifs et bipolaires .....	31
5. Le suicide et les tentatives de suicide.....	32
6. Hypothèses étiopathogéniques .....	35
7. Les modalités d'intervention.....	43
<b>Conclusion</b> .....	48
<b>CHAPITRE 2 – LES TROUBLES ANXIEUX</b> .....	49
1. Évolution nosographique .....	51
2. Épidémiologie des troubles anxieux .....	53
3. Définitions.....	54
4. Symptomatologie des troubles anxieux .....	54
5. Le trouble panique et l'anxiété généralisée.....	55
6. Les phobies.....	64
7. Le trouble obsessionnel compulsif.....	72
8. Les états de stress traumatiques .....	80
9. Les troubles cognitifs dans les troubles anxieux.....	89
<b>Conclusion</b> .....	90
<b>CHAPITRE 3 – LES TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES</b> .....	91
<b>Introduction</b> .....	93
1. Caractéristiques sémiologiques des troubles psychotiques .....	96
2. Les différents troubles psychotiques .....	101
3. Les troubles psychotiques chroniques : les troubles du spectre schizophrénique.....	106
4. Les autres troubles du spectre de la schizophrénie : le trouble schizophréniforme, le trouble schizoaffectif et le trouble de la personnalité schizotypique.....	127
5. Troubles délirants (dénomination DSM) ou délires chroniques non schizophréniques (dénomination clinique française) .....	128
<b>Conclusion</b> .....	138

<b>CHAPITRE 4 – LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DE L'INGESTION D'ALIMENTS</b> .....	139
<b>Introduction</b> .....	141
1. Épidémiologie.....	142
2. Accès hyperphagique .....	143
3. Boulimie.....	143
4. Anorexie .....	146
5. Troubles cognitifs dans les TCA .....	149
6. Évolution .....	150
7. Interventions thérapeutiques .....	152
8. Étiopathogénie .....	157
<b>Conclusion</b> .....	162
<b>CHAPITRE 5 – LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ</b> .....	163
<b>Introduction</b> .....	165
1. Qu'est-ce que la personnalité? .....	166
2. Les critères généraux des troubles de la personnalité.....	169
3. Épidémiologie des troubles de la personnalité.....	170
4. Les caractéristiques des dix troubles de la personnalité : sémiologie, comorbidités, évolution, étiopathogénie.....	171
5. Les troubles cognitifs chez les personnalités pathologiques .....	194
6. Interventions thérapeutiques .....	196
<b>Conclusion</b> .....	199
<b>CHAPITRE 6 – LES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DES PERSONNES ÂGÉES</b> .....	201
1. Vieillesse normale et vieillissement pathologique.....	203
2. Les troubles psychopathologiques spécifiques du vieillissement.....	208
3. États démentiels .....	218
4. Rencontre avec une personne âgée .....	223
5. Interventions auprès de la personne âgée et de son aidant.....	231
<b>Conclusion</b> .....	241
<i>Bibliographie</i> .....	243
<i>Glossaire</i> .....	253



# **Introduction**

La psychopathologie, sous-discipline de la psychologie proche de la psychologie clinique et de la psychiatrie, peut se définir comme l'étude, la description, la compréhension et le traitement des troubles mentaux. Poser une telle définition générale de la discipline impose de s'attarder sur les notions clés qui s'y rattachent au travers de questions encore actuelles dans ce domaine : qu'est-ce qu'un diagnostic psychopathologique ? Comment définir le normal par rapport au pathologique ? Et de placer ces questions dans le contexte des études empiriques des troubles mentaux à l'aube des années 2020.

Nul psychologue ou futur psychologue ne peut échapper à une réflexion philosophique, sociale et éthique du rapport entre normalité et pathologie. Cette question concerne au quotidien le psychologue clinicien : comment peut-on décider du caractère normal ou non d'une conduite, d'un comportement ou d'un discours ? Existe-t-il des critères précis permettant d'établir des limites claires et immuables entre normalité et pathologie ? Telles sont, *a minima*, les questions à poser avant de plonger dans l'univers de la description du psychopathologique. Concevoir le pathologique et le normal peut se faire de deux manières principales :

- créer deux catégories distinctes, le normal et le pathologique, dont les frontières seraient aussi bien identifiées que celles limitant deux pays ;
- considérer le pathologique comme le continuum démesuré du normal.

Si ces deux approches permettent d'appréhender le normal et le pathologique, elles constituent aussi, depuis quelques années, les deux perspectives d'étude des troubles psychologiques (Widakowich *et al.*, 2013). D'une part, l'approche catégorielle, représentée par les classifications des troubles qui reposent sur la définition précise de chaque trouble mental et sur la nécessité de les catégoriser en les différenciant et, d'autre part, l'approche dimensionnelle qui s'inscrit sur un continuum allant du normal au pathologique permettant d'envisager une perspective transdiagnostique (Monestès & Baeyens, 2016).

Autant laisser d'emblée les illusions aux oubliettes : il n'existe pas de définition univoque de la normalité, tout juste des repères qui permettent de décider, au risque de se tromper dans les cas extrêmes ou limites, du caractère adapté ou non d'une conduite ou d'un comportement. De la même manière, il n'existe pas de définition de la « folie ». La « folie », terme général

utilisé autrefois pour désigner ce qu'il est maintenant convenu d'appeler les troubles mentaux, reste encore utilisée dans un sens péjoratif pour marquer la différence entre soi et l'autre et pour désigner celui ou celle qui ne respecterait pas parfaitement le code social. L'autre est fou à partir du moment où il ne respecte plus les valeurs ou les règles établies par une société culturelle à un moment donné de son évolution.

Le regard de la société se modifie en fonction des troubles mentaux, et la récente médiatisation de certains d'entre eux n'y est pas étrangère. En effet, il est maintenant rare de dire d'une personne dépressive ou anxieuse qu'elle est folle car les médias ont contribué à démystifier l'image de la dépression et de l'anxiété, et à rendre acceptable ce visage de la « folie ». Les fous restent les patients psychotiques dont la maladie est entachée du mystère de l'origine et qui nous plongent radicalement dans le monde de l'incohérence.

En psychopathologie, la normalité se joue dans les classifications nosographiques qui permettent des points de repère. Souvent considérées comme des outils incontournables, elles ne sont pourtant pas épargnées de nombreuses controverses et donnent lieu à des débats passionnés (Corcos, 2011).

C'est de la difficulté à poser un diagnostic en psychopathologie et à s'entendre sur les critères retenus pour chaque diagnostic que sont nées les classifications internationales des troubles mentaux. Partons de trois constats. Le premier concerne une réalité psychopathologique : il existe plusieurs types de troubles mentaux et nous avons, à l'heure actuelle, largement dépassé la classique, mais ancienne, dichotomie entre névroses et psychoses. Si les troubles en question sont vraiment différents, alors il faut les décrire. La classification des troubles mentaux est une vieille activité de la psychiatrie et de la psychopathologie et correspond à la nosologie<sup>1\*</sup> ou nosographie\*. Dès les premières classifications des troubles mentaux, y compris les plus anciennes, leurs descriptions reposent sur une conception étiologique\*, ce qui rend difficile la généralisation de ces modèles. Ceci nous amène à évoquer le second constat : tous les cliniciens ne parleraient pas le même langage lorsqu'ils échantent à propos de leurs patients. Il est admis que le courant théorique auquel adhère un clinicien va venir teinter

---

1. Les termes suivis d'un astérisque (\*) sont définis dans le glossaire, p. 253. Cet astérisque n'apparaît qu'à la première occurrence du terme dans le livre.

son discours et modifier sa conception et sa compréhension des troubles psychopathologiques de telle sorte que la dépression ou la schizophrénie sont différentes selon que l'on se réfère à une approche psychodynamique ou bio-psycho-sociale (Ionescu, 2015). Enfin, un troisième constat concerne le contexte d'avènement de ces classifications internationales qui corroborent la découverte des traitements psychotropes. Pour mieux soigner les patients, il faut leur donner des traitements adaptés, en l'occurrence des médicaments, et pour prescrire des traitements adaptés il faut pouvoir mieux identifier les troubles, par conséquent mieux les décrire. S'impose alors au début des années 1950 le besoin impérieux de proposer une classification internationale des troubles mentaux qui permettrait de mieux cibler les populations cliniques dont l'état psychique serait susceptible d'être amélioré par la prise de certains médicaments. Il fallait aussi améliorer la qualité du diagnostic à l'aide d'un système fiable et normalisé afin d'augmenter la validité et la fiabilité des essais thérapeutiques. Cette époque marque la naissance du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), dont les versions ne cessent de se succéder : la version actuelle est le DSM-5 (APA, 2013/2015). À ses côtés, évolue la classification internationale des maladies (CIM ou ICD pour *International Classification of Diseases*) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé, dont une partie concerne les troubles psychiques. La version actuellement en vigueur reste la CIM/ICD-10 (OMS, 1992) dans l'attente de la parution, en 2018, de la CIM/ICD-11.

Les objectifs définis par l'APA pour l'élaboration du DSM sont clairs et ambitieux : produire, pour chaque trouble répertorié, une liste de symptômes\* observables dont certains sont obligatoires pour « appartenir » à la catégorie diagnostique en question tandis que d'autres sont accessoires. Le DSM va plus loin puisqu'il propose un système classificatoire athéorique, c'est-à-dire prétendument séparé de tout modèle théorique psychopathologique qui biaiserait la manière d'établir un diagnostic psychopathologique. L'utilisation d'un langage psychopathologique indépendant des obédiences théoriques réduirait la perturbation lors des échanges entre les cliniciens. Pour chaque diagnostic psychopathologique, le DSM fournit à la fois des critères qualitatifs (quels sont les symptômes qui doivent être présents pour évoquer tel ou tel diagnostic psychopathologique?) et quantitatifs (ces symptômes doivent être en nombre et en durée suffisants pour atteindre un seuil pathologique). Ces critères sont examinés sur la base de l'observation et de l'examen (entretien clinique structuré) du patient et s'inscrivent dans



une démarche clinique plus générale qui consiste à resituer ces éléments dans un contexte à la fois personnel et familial, situationnel... assortie du respect des règles éthiques et déontologiques de la profession (Code de déontologie des psychologues)<sup>1</sup>. Cette démarche s'inscrit, de manière plus générale, dans la perspective de *evidence-base practice in psychology* (American Psychological Association, 2005)<sup>2</sup>.

La classification des troubles mentaux, telle qu'elle est élaborée dans le DSM, permettrait l'unification des langages des cliniciens et viserait à pallier les limites de nos connaissances actuelles concernant l'étiologie\* des troubles mentaux (Ionescu, 2015). Néanmoins, on peut se demander si l'athéorisme présenté ne dissimule pas un réel polythéorisme. À tout le moins, il peut être affilié à des modèles bio-psycho-sociaux (Corcos, 2011). De cette volonté athéorique, le DSM s'est vu épuré, au fil des différentes versions, de termes dont la signification renvoie à un courant théorique (névroses, états-limites sont des entités qui ont disparu dans le DSM car issues de théories psychanalytiques). L'unanimité du diagnostic en psychopathologie semble pourtant être un mythe, et c'est bien ce que montrent les différentes études conduites lors de l'élaboration des versions successives du DSM.

Bien qu'ancienne, il n'est pas inutile ici de rappeler ce qu'il est convenu de dénommer «l'expérience Rosenhan», ou comment des journalistes américains sont parvenus à se faire admettre dans différents hôpitaux psychiatriques sur la base de la simulation de symptômes psychotiques. Cette expérience, malgré ses éventuels biais méthodologiques largement soulignés par la suite (Demazeux, 2013), montre les dérives possibles du diagnostic psychopathologique et invite non seulement à la prudence mais aussi à l'adoption d'une démarche individualisée envers la personne au-delà de l'application systématique de critères diagnostiques.

La divergence quant à la fréquence d'apparition des diagnostics psychopathologiques en fonction des endroits de notre planète a été plusieurs fois étudiée lors de recherches importantes. Parmi celles-ci, le *US-UK Diagnostic Project*, conduit au début des années 1970 par le *Professional Staff of the*

1. <http://www.sfpsy.org/spip.php?rubrique138>.

2. «*Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences*», (<http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>).

*United States-United Kingdom Cross*, est l'une des plus exemplaire. Cette étude montre, malgré l'utilisation des premières classifications internationales (DSM-II et CIM-8), que les critères diagnostiques retenus ne sont pas utilisés de la même manière en fonction des cliniciens. Le diagnostic de schizophrénie est environ deux fois plus fréquent à New York qu'à Londres alors que les systèmes diagnostiques sur lesquels s'appuient les cliniciens sont identiques. Cela conduit à se poser la question de savoir ce qu'il y a réellement d'objectif dans les critères diagnostiques choisis : chacun dépend d'un certain contexte social, de circonstances particulières et d'un jugement subjectif (Kirk & Kutchins, 1998, p. 359). Les résultats de cette étude montrent sans doute également que les frontières entre les différents troubles mentaux sont tangibles : l'observation, aux États-Unis, d'un nombre plus important de diagnostics de schizophrénie alors qu'au Royaume-Uni ce sont les diagnostics de troubles de l'humeur\* qui sont plus fréquemment posés, s'entendent différemment aujourd'hui compte tenu des hypothèses de continuum cliniques entre troubles schizophréniques et certains troubles de l'humeur (Dacquino, De Rossi, & Spalletta, 2015).

Le caractère objectif et descriptif du DSM fait souvent l'objet de violentes critiques (Corcos, 2011) : certaines défendent, non à tort d'ailleurs, que l'essentiel réside dans la signification du symptôme et sa compréhension dans une dynamique psychosociale. Cependant, les excès d'un système ne suffisent pas à le rejeter entièrement. L'utilisation de critères diagnostiques fiables et de catégories diagnostiques valides permet, en apparence au moins, d'homogénéiser les diagnostics psychopathologiques.

La description des troubles mentaux répertoriés dans notre ouvrage se fera en référence à la dernière version du DSM, à savoir le DSM-5 (APA, 2015). Enseigné comme référentiel à la description catégorielle des troubles mentaux dans la plupart des cursus de psychopathologie et de psychologie clinique, cela permet d'inscrire la démarche d'apprentissage des étudiant.e.s dans une perspective actuelle de la psychopathologie tout en développant leur esprit critique. C'est ainsi que nous envisagerons notre référence à cet outil clinique.

Mais la démarche clinique qui guide la perspective psychopathologique de notre ouvrage dépasse le simple cadre de l'approche diagnostique (nosologie) rapportée au DSM. Comprendre les symptômes (sémiologie\*) d'un patient implique aussi de pouvoir les situer dans son histoire individuelle,

familiale, sociale et professionnelle. L'entretien clinique, incluant une anamnèse approfondie de cette histoire, est l'outil privilégié du psychologue clinicien et va permettre d'appréhender les différents facteurs qui ont pu contribuer à l'émergence des troubles. Cette démarche conduit généralement au constat que la survenue des troubles résulte, non pas d'une cause unique et qui serait identique pour chaque patient, mais de l'intrication de plusieurs facteurs dont les effets sont variables d'un patient à l'autre. Rechercher les raisons de la survenue des troubles, étudier les mécanismes qui sont potentiellement à leur origine, c'est adopter, en psychopathologie, une perspective étiopathogénique\*. À ce titre, l'approche psychopathologique doit toujours être une approche plurifactorielle (d'un point de vue clinique et théorique) s'appuyant directement sur l'observation et la compréhension du comportement, de la pensée et du discours du patient. L'ensemble des connaissances qui découlent de cette démarche doit tout naturellement conduire à proposer des modalités d'interventions thérapeutiques. Celles-ci reposent, à la fois, sur les construits associés aux modèles théoriques psychopathologiques et sur la prise en compte des spécificités cliniques des troubles et des caractéristiques propres à chaque patient.

La question du diagnostic reste centrale dans le choix des interventions thérapeutiques puisque la mise à l'épreuve empirique des différentes méthodes permet aujourd'hui de connaître la probabilité (générale) d'efficacité d'une méthode en fonction du type de troubles auxquels elles sont proposées. Un mauvais diagnostic psychopathologique peut donc entraîner des errances thérapeutiques au prix d'une grande souffrance pour les patients et leurs proches.

La psychopathologie, au titre de son statut de discipline scientifique, évolue constamment : l'évolution régulière des classifications diagnostiques ainsi que celle des modalités d'intervention en sont deux exemples emblématiques. Dans cette perspective intégrative, et pour chaque trouble mental, nous présenterons les approches ayant fait la démonstration de leur efficacité sur la base d'études scientifiques.

La psychopathologie est aussi largement alimentée par la recherche de niveau international (principalement publiée en anglais), se situant à l'interface entre des disciplines telles que la biologie, les neurosciences, les sciences sociales intégrant la perspective psychopathologique au sein d'un modèle bio-psycho-social (Berquin, 2010). Cette perspective permet aux

étudiant.e.s de mieux comprendre l'organisation des cursus universitaires de psychologie imprégnés d'enseignements de biologie, de neurosciences, mais aussi d'anglais, de méthodologie et de statistiques, compétences nécessaires pour avoir, d'une part, cette vision bio-psycho-sociale de la personne et, d'autre part, pour être en mesure de lire, comprendre et de développer un regard critique sur les études cliniques internationales qui vont venir guider l'apprentissage d'une pratique clinique toujours actualisée. Nous conseillons de compléter la lecture de cet ouvrage par celle d'ouvrages de synthèse sur les neurosciences, et particulièrement sur les neurosciences cognitives et affectives (Fiori-Duharcourt & Isel, 2012), et sur la biologie (Picq, 2009), ainsi que par l'ouvrage *15 approches de la psychopathologie* (Ionescu, 2015) qui détaille les principales approches de la psychopathologie. Approches qu'il faut envisager dans une perspective intégrative comme des points de vue et des niveaux d'observation différents, qui doivent être considérés comme complémentaires les uns des autres.

Les différentes théories explicatives sont exposées pour les troubles pour lesquels elles ont actuellement une pertinence en raison de leur pouvoir explicatif. Des éléments empiriques qui les sous-tendent et l'efficacité des modalités de prise en charge associées sont présentés pour chaque trouble. Et nous nous attachons à présenter les méthodes actuelles et pour lesquelles l'efficacité a été scientifiquement démontrée. Nous souhaitons donner à l'étudiant.e une vision dynamique et actuelle de la psychopathologie, discipline modifiée par ses renouvellements théoriques et méthodologiques.

Les différents troubles mentaux identifiés chez l'adulte seront exposés au cours des chapitres 1 à 6 : les troubles dépressifs et bipolaires (chapitre 1), les troubles anxieux (chapitre 2), les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (chapitre 3), les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments (chapitre 4), les troubles de la personnalité (chapitre 5) et les troubles psychopathologiques des personnes âgées (chapitre 6).

Pour chaque chapitre, nous abordons la sémiologie et la nosologie des troubles, leurs caractéristiques épidémiologiques\* et évolutives, les troubles cognitifs et neuropsychologiques associés, les modalités d'intervention thérapeutique qui ont fait preuve de leur efficacité pour les troubles concernés et les facteurs de vulnérabilité actuellement identifiés dans la survenue des troubles psychopathologiques.

# **Chapitre 1**

## **Les troubles dépressifs et bipolaires**



# Sommaire

<b>1. Historique .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Les troubles dépressifs .....</b>	<b>19</b>
<b>3. Les troubles bipolaires .....</b>	<b>25</b>
<b>4. Les troubles cognitifs dans les troubles dépressifs et bipolaires .....</b>	<b>31</b>
<b>5. Le suicide et les tentatives de suicide.....</b>	<b>32</b>
<b>6. Hypothèses étiopathogéniques.....</b>	<b>35</b>
<b>7. Les modalités d'intervention.....</b>	<b>43</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>48</b>

## OBJECTIFS

- ▣ Distinguer un épisode dépressif d'un trouble bipolaire,
- ▣ Comprendre les facteurs de risque de la survenue d'un trouble de l'humeur,
- ▣ Savoir quelles sont les différentes interventions thérapeutiques.

Les troubles de l'humeur\* constituent le trouble psychopathologique actuellement le plus fréquent, que ce soit dans le cadre de la pratique psychiatrique ou des consultations chez un médecin généraliste. Aujourd'hui, une distinction est faite au sein des troubles de l'humeur, entre les troubles dépressifs d'une part et les troubles bipolaires d'autre part.

## 1. Historique

Le terme *humeur* vient du latin «*humor*», ou liquide, qui désigne par essence même ce qui est insaisissable, changeant, mouvant. Au v<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate introduisait le terme de mélancolie, qui signifiait la bile noire. À cette époque, la médecine reposait sur la théorie des quatre humeurs (le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire) et Hippocrate décrivait un excès de bile noire qui envahissait le sang et agissait sur le corps du malade pour créer un état caractérisé par la tristesse et l'abattement. Au II<sup>e</sup> siècle après Jésus-Christ, Arétée de Cappadoce donnait la première description clinique de ce que sera la mélancolie: «une affection sans fièvre dans laquelle l'esprit triste reste toujours fixé sur la même idée et s'y attache opiniâtrement». La mélancolie a longtemps été considérée comme une maladie essentiellement somatique. Et c'est réellement à partir de travaux de Freud en 1915 que la mélancolie est devenue un objet d'étude en psychopathologie, tout d'abord de la part des psychanalystes, puis des comportementalistes et des cognitivistes. Le terme même de dépression est apparu en 1856 mais, pendant toute la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, le terme mélancolie lui fut préféré.

## **1.1 Nosographie classique (fin XIX<sup>e</sup> siècle)**

À l'époque de Kraepelin, le terme de psychose maniaco-dépressive était employé pour décrire une dépression endogène\* (Kraepelin, 1905). La dichotomie entre dépression endogène et psychogène\* a longtemps dominé toute la psychiatrie et la psychopathologie.

Les dépressions endogènes se caractérisaient par un ralentissement psychomoteur, des idéations mélancoliques et la prédominance matinale des troubles. Elles étaient considérées comme des pathologies chroniques, le prototype étant la psychose maniaco-dépressive.

Les dépressions psychogènes formaient une entité très hétérogène dont les tableaux cliniques variaient. Ces états exprimaient la réaction d'une personnalité\* subnormale ou pathologique à un environnement défavorable, ou l'élaboration dépressive de conflits inconscients réactivés par une situation actuelle. Au sein des dépressions psychogènes, les dépressions réactionnelles étaient distinguées des dépressions névrotiques. La dépression réactionnelle est une dépression réactive à un événement de vie ou à une perte d'objet alors que la dépression névrotique est à mettre en relation avec la personnalité de l'individu. Cette conception repose sur une explication psychanalytique de la construction de l'appareil psychique, qui dans certaines circonstances, provoquerait la survenue d'un état dépressif.

## **1.2 Nosographie actuelle**

Maintenant, la distinction entre dépression endogène et psychogène est totalement abandonnée. L'avancée des travaux en psychologie clinique et psychopathologie a montré, d'une part, que les événements de vie sont des facteurs de risque quelle que soit la forme de dépression, et, d'autre part, que toutes les dépressions sont améliorées par des traitements pharmacologiques. Aussi, la psychiatrie et la psychopathologie procèdent à une description sémiologique des troubles, à leur sévérité, et identifient les facteurs de vulnérabilité (génétiques, biologiques, développementaux, environnementaux...) de chaque patient.

La classification du DSM-5 (APA, 2015) propose deux chapitres distincts : les troubles dépressifs et les troubles bipolaires et apparentés.



Au sein des troubles dépressifs, nous trouvons le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé), le trouble dépressif persistant (ancienne dysthymie\*), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié ou non spécifié. Dans ce chapitre, nous nous intéressons uniquement au trouble dépressif caractérisé et au trouble dépressif persistant.

Le chapitre du DSM sur les troubles bipolaires et apparentés décrit : le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament, le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, le trouble bipolaire ou apparenté spécifié ou non spécifié. Dans ce chapitre nous ne décrivons que les troubles bipolaires I et II.

Toutefois en France, même si l'usage du DSM est de plus en plus courant, les dénominations de psychose ou maladie maniaco-dépressive, de dépression sévère ou légère sont encore largement utilisées. Il est important de souligner qu'avec les progrès des connaissances dans la compréhension des troubles mais surtout dans les thérapeutiques, les pathologies évoluent. Les descriptions classiques de la mélancolie faites au début du xx<sup>e</sup> siècle ne correspondent plus exactement au tableau clinique actuel des dépressions. Au début des années 1990 par exemple, tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé étaient hospitalisés dans des services de psychiatrie, alors qu'aujourd'hui la plupart d'entre eux peuvent être traités en ambulatoire, et seuls les patients présentant des comorbidités\* psychiques ou somatiques, des risques suicidaires importants sont hospitalisés.

Malgré ces progrès, certaines difficultés persistent et doivent être évoquées.

Premièrement, des difficultés de diagnostic. Même si le plus grand nombre des états dépressifs est facile à reconnaître, certains sont masqués sous des aspects inhabituels et inattendus et peuvent demeurer inaperçus pendant longtemps. Si l'état dépressif est une pathologie extrêmement courante et qui aujourd'hui se soigne plutôt bien, les études épidémiologiques montrent que la moitié des sujets déprimés ne sont soit pas diagnostiqués soit pas traités de façon efficace pour leurs troubles.

Deuxièmement, un problème nosographique. En effet, un état dépressif peut apparaître sur n'importe quel type de personnalité et en comorbidité avec n'importe quel autre trouble mental. Des patients présentant un trouble anxieux, une schizophrénie, une démence mais aussi fréquemment un trouble de la personnalité peuvent présenter un trouble dépressif. Il est souvent difficile, voire impossible de déterminer si le trouble dépressif est primaire ou secondaire à l'autre trouble mental.

Troisièmement, la question des traitements complique le tableau clinique. En effet, très fréquemment les patients que le psychologue rencontre prennent déjà un traitement depuis un certain temps, ce qui donne lieu à une modification de la symptomatologie (atténuation des symptômes mais aussi effets secondaires des traitements).

Ces différents éléments doivent être pris en compte lors de la rencontre avec un patient déprimé et nécessitent de réaliser un entretien clinique approfondi.

### **1.3 Épidémiologie**

La dépression concernerait plus de 3 millions de personnes en France dont la moitié par des épisodes d'intensité sévère. Sa prévalence\* est estimée entre 5 % et 12 %, et l'on estime qu'environ 15 % de la population présentera un épisode dépressif au cours de sa vie. La prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

La prévalence des troubles bipolaires dans le monde se situe autour de 2,4 %. En France, en population générale elle est estimée entre 1 % et 2,5 % selon les études. Pour le trouble bipolaire I elle se situe autour de 0,6 %, et pour le trouble bipolaire II autour de 0,4 %. Les troubles bipolaires concernent autant les hommes que les femmes (HAS, 2014).

## 2. Les troubles dépressifs

Parmi les différents troubles dépressifs, nous nous intéressons à la dépression, que l'on appelle également épisode dépressif caractérisé, et au trouble dépressif persistant (anciennement appelé dysthymie).

### 2.1 L'épisode dépressif caractérisé

L'âge moyen de début se situe autour de 40 ans, mais plus de 10 % des épisodes dépressifs apparaissent après 60 ans (Rouillon, 2003).

L'épisode dépressif caractérisé, le syndrome\* dépressif ou la dépression sont des synonymes pour exprimer une perturbation de l'humeur dans le sens de la tristesse.

L'épisode dépressif caractérisé ou dépression se manifeste par une tristesse, une anhédonie\*, auxquelles s'ajoutent très fréquemment différents symptômes physiques tels qu'une insomnie, une perte d'appétit et une fatigue. Des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, une anxiété, qui peut être psychique et/ou physique, un sentiment de culpabilité et des idées noires, qui peuvent conduire à des idées puis à des conduites suicidaires complètent le tableau clinique.

La personne déprimée présente une tristesse, une souffrance intérieure, une douleur morale. Mais la tristesse ou la douleur morale ne constituent pas en elles-mêmes un état dépressif. On ne pourra parler de dépression, au sens pathologique du terme, que lorsque cette dépression de l'humeur atteint un certain degré d'intensité et de durée, qu'elle a un retentissement sur la vie affective et psychique du sujet, et qu'elle entraîne une souffrance subjective chez ce dernier.

Selon le DSM-5, pour porter un diagnostic d'épisode dépressif cinq symptômes minimum doivent être présents parmi les neuf proposés et l'être pendant au moins deux semaines et constituer un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Premièrement : une humeur dépressive et/ou une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités. Ensuite, trois ou quatre symptômes minimum parmi les suivants : perte ou gain de poids, insomnie (difficultés d'endormissement,

sommeil agité et ponctué de nombreux réveils, et insomnie matinale) ou hypersomnie, agitation ou ralentissement, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, pensées de mort récurrentes. Et même s'ils ne font pas partie des critères diagnostiques, l'anxiété physique et/ou psychique, les troubles de la mémoire, la culpabilité, la diminution de la libido\* et les douleurs physiques, sont extrêmement fréquents.

Il est nécessaire de relever s'il s'agit d'un premier épisode ou d'un épisode récurrent, d'apprécier sa sévérité, ainsi que la présence ou non de symptômes psychotiques.

Lorsque le patient se décrit comme indifférent aux choses agréables, on parle d'anhédonie. Chez la majorité des déprimés, cette indifférence aux choses agréables s'accompagne d'une hypersensibilité aux choses désagréables et d'irritabilité, parfois d'impulsivité. Mais dans d'autres cas, l'anesthésie affective est totale et le patient ne ressent plus rien, ni plaisir, ni déplaisir, il n'est plus capable d'éprouver des émotions, et il n'exprime qu'un désintérêt total pour tout ce qui l'entoure et dans ce cas l'on parle d'émoussement affectif. Souvent le patient a conscience de cet émoussement affectif, ce qui ne fait que renforcer sa douleur morale (Bungener & Besche-Richard, 2006).

L'humeur dépressive s'exprime également au plan comportemental : la mimique est triste, figée, inexpressive, l'ensemble des gestes exprime le découragement et l'abattement. L'asthénie\* dépressive souvent présente constitue une gêne importante pour le malade. Il ne s'agit pas d'une simple fatigue, elle n'est pas améliorée par le repos et elle est plus importante le matin. Elle rend toute activité pénible pour le patient, tout lui demande un effort important, avec une difficulté particulière à se lever et se mettre en route en début de journée. Le déprimé est totalement incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son futur, il vit au jour le jour.

Widlöcher (1983) a décrit le ralentissement psychomoteur qui représente, au-delà du symptôme, un élément central et organisateur de la dépression. Le ralentissement dépressif est le trouble primaire, fondamental de la dépression, commun à tous les déprimés, et il est défini comme un système de conduites cohérentes constituant en elles-mêmes la condition dépressive. Widlöcher s'appuie sur des données phylogénétiques\*, sur des expérimentations animales

ayant montré que de nombreuses espèces disposent, dans des situations de danger extrême, d'une capacité à s'immobiliser pour survivre. Faire le mort est considéré comme une réponse active de protection, qui permet la survie. Le ralentissement dépressif est l'exagération d'un système d'attitudes qui a une finalité adaptative. Il serait pathologique d'un point de vue quantitatif mais normal d'un point de vue qualitatif, c'est-à-dire qu'il ferait partie de l'ensemble des réponses, des conduites dont l'organisme dispose. Le ralentissement dépressif doit être considéré comme un comportement de retrait, d'immobilisation, une réponse innée à une situation de danger « dépassé » qui ne permet plus d'autre adaptation. Ce processus concerne non seulement l'activité motrice, mais l'ensemble des activités cognitives par l'intermédiaire de processus centraux. Le ralentissement cognitif se traduit par des idées appauvries, laborieuses, voire absentes, une tendance à la rumination mentale. Aucune élaboration n'est possible, les réponses sont brèves, laconiques. Le patient se plaint de troubles de concentration, d'attention, et de mémoire importants. Cette altération des fonctions cognitives concerne plus particulièrement celles qui nécessitent un effort, les activités automatiques étant préservées. Les études montrent qu'il y a un traitement sélectif des informations et que les données congruentes avec l'humeur sont privilégiées. Les patients décrivent fréquemment un écoulement du temps ralenti, voire suspendu. Ce ralentissement moteur se manifeste par l'incapacité de se mouvoir, par la lenteur de la marche, la rareté des mouvements des membres, du tronc, de la mimique. Le débit verbal est ralenti, la voix peut être à peine audible, le ton est monocorde, il n'y a pas de modulation. Un signe très important est la fatigue qui gêne le patient dans ses activités quotidiennes et retentit sur tous ses gestes.

Contrairement à certains auteurs, Widlöcher (1983) considère que la manie et non l'agitation s'oppose au ralentissement psychomoteur. L'agitation ne dépendrait pas de l'augmentation de l'activité mentale et motrice mais plutôt de l'anxiété qui masquerait en fait l'agitation.

La douleur morale intense ressentie par les personnes déprimées peut les conduire à développer des idées de mort. Le pessimisme imprègne l'ensemble de leur vie, il porte sur les événements actuels et futurs. Le passé quant à lui reste assez souvent épargné, parfois même idéalisé. Cette humeur dépressive s'accompagne d'une perte de l'estime de soi ainsi que de sentiments de dévalorisation et d'auto-dépréciation, le patient se sent incapable, inutile et ne trouve plus de sens à la vie. Le patient pense à la mort,