

PREMIERE PARTIE

ASPECTS SEMIOLOGIQUES

1

ÉTATS DEPRESSIFS CHEZ L'ADULTE

W. de Carvalho, D. Cohen**INTRODUCTION**

L'OMS recense plus de 100 millions de cas de maladie dépressive dans le monde chaque année. La prévalence du trouble sur une vie entière varie entre 20 et 30 p. 100 en fonction des critères diagnostiques retenus.

L'analyse sémiologique constitue le premier pas d'une démarche diagnostique et thérapeutique qui permet de discerner ce qui s'apparente au symptôme de ce qui s'organise en syndrome. La sémiologie doit prendre en compte l'actualité clinique mais aussi le devenir évolutif afin de repérer la maladie, de faire des hypothèses étiopathogéniques, de dégager certaines spécificités donc de mieux évaluer et traiter les déprimés.

L'humeur est cette « disposition affective de base » (J. Delay) qui nous fait osciller de la joie la plus extrême à la douleur la plus profonde en fonction des événements et des émotions qui commandent nos réponses en nous permettant de nous adapter au mieux de notre environnement social, affectif, familial, professionnel.

L'actualité de la sémiologie dépressive passe probablement par un effort de déchiffrement des émotions, une tentative d'analyse qualitative des dimensions qui coexistent à côté de piliers que sont la tristesse, l'inhibition, le ralentissement. C'est ainsi que la nosographie des maladies dépressives s'est enrichie des progrès de la sémiologie : les dépressions saisonnières, les dépressions brèves récurrentes en sont issues.

**SEMILOGIE DES ETATS
DEPRESSIFS CHEZ L'ADULTE
DANS LEUR FORME TYPE****Symptômes psychiques****1 - Humeur dépressive**

L'humeur dépressive est ce qui dans la forme type se manifeste le plus spontanément soit par les propos du patient, soit par son attitude vis-à-vis de son entourage familial.

L'humeur dépressive confère au syndrome dépressif tout son degré de souffrance, de douleur morale, parfois d'indicibilité. Elle est une expérience nouvelle qui contient souvent en germe l'inéluctable destin de souffrance du déprimé qui entrevoit soudain ses rapports à son histoire personnelle et au monde au travers d'un prisme dont les différentes facettes ne lui renvoient qu'échec, ratage, impossibilité, autodévalorisation, impuissance, impasse. Toutes les interfaces avec la réalité se couvrent du sceau de la tristesse invincible souvent incompréhensible dont la logique conduit insidieusement aux idées suicidaires.

Rien n'est comparable à la douleur dépressive qui impose soudain les affaires du désespoir.

Son installation est plus souvent lente que soudaine, laissant percer une certaine morosité avant qu'il soit possible de parler de tristesse. La réactivité émotionnelle à des stimulations anodines devient exagérée : cette hypersensibilité émotionnelle plus ou moins douloureuse peut confiner à l'incontinence émotionnelle.

La tristesse s'installe bientôt, comme en atteste finalement l'impossibilité à éprouver du plaisir (anhédonie). Les activités deviennent vidées de leur connotation de jouissance, de bonheur. L'accès au plaisir est barré et l'humeur se polarise sur un versant triste, fataliste, pessimiste. Des ruminations se fondent sur des soucis réels, fréquemment mineurs, qui prennent une dimension que l'entourage considère comme exagérée.

Le sujet devient timoré, parfois au contraire irritable, voire caractériel. Le doute, l'indécision (aboulie), l'apathie, l'inertie, l'inhibition transforment la personnalité. Tout semble s'écrouler : seul le malheur devient certitude.

L'ennui, la monotonie, la longueur interminable du temps vécu sont autant de qualificatifs justifiés. Une asthénie vitale essentielle fixe le déprimé dans un présent douloureux, un passé parfois considéré comme inavouable et un futur en tout cas inenvisageable.

La perte de la capacité d'anticipation sous-tend la perception d'un avenir désormais disparu et augmente l'intensité de la dépression.

Le repli du déprimé sur lui-même, son enfermement sur sa douleur morale, peuvent être confondus avec une marque d'indifférence qui, ressentie par le sujet déprimé, augmente l'intensité douloureuse. À l'extrême survient l'anesthésie affective où l'incapacité à éprouver des sentiments adéquats envers ceux que l'on sait aimer ou que l'on serait en devoir d'aimer, confère une intense sensation d'inutilité, de culpabilité, de honte. L'abrasion émotionnelle, l'impossibilité à moduler les émotions affectives participent à l'hyperthymie douloureuse.

Les pleurs dépassent par leur fréquence et leur survenue les capacités de contrôle du déprimé. Parfois les pleurs ont disparu : le patient est au-delà des larmes qui le soulageraient au moins transitoirement. La dysphorie, la mauvaise adaptation des émotions donnent à ces patients un caractère asyntaxe tenant à l'inadaptation des sentiments au contexte environnemental : les événements gais ne sont plus ressentis, les événements tristes n'accroissent même plus le profond malaise. À la différence des schizophrènes qui présentent une discordance idéo-affective, le déprimé est conscient de la paralysie de ses émotions dans le registre monothématique de la tristesse. L'état de tristesse immuable admet quelques variations sous la forme de fluctuations de l'humeur qui oscille, parfois brutalement, de la profonde douleur morale (souvent matinale) à une amélioration (typiquement vespérale).

En tout état de cause, le sujet déprimé est dans une expérience de perte totale : perte d'intérêt, du goût aux plaisirs, du sens de la vie, de la sérénité, avec son corrélat, l'irruption de l'anxiété et l'éprouvé de l'angoisse.

2 - Anxiété

Le déprimé est pris d'un vertige devant l'avenir qu'il ne peut concevoir, qu'il craint car il le pare de tous les dangers et menaces. Ceci apparaît sous la forme d'un état de tension psychologique plus ou moins permanent où le sentiment d'un danger imminent prédomine.

Cette situation d'attente intolérable explique pour une bonne part l'agitation des déprimés, les réactions de sursaut, l'intolérance aux stimuli lumineux ou aux bruits domestiques familiaux.

Le malaise peut être tel qu'il engendre des passages à l'acte soudains ou raptus anxieux auto- ou hétéro-agressifs. C'est dans ce contexte que peut survenir une tentative de suicide.

L' anxiété se manifeste également par l'incapacité à se détendre, la nécessité de déambuler par impossibilité à rester en place. Physiquement, le sujet déprimé éprouve l'angoisse sous des formes variées : impression de boule au creux de l'estomac, gorge serrée, difficulté à déglutir, muscles contractés en particulier au niveau des mâchoires, sensation de chaud, de froid, palpitations précordiales, sueurs, nausées, diarrhées, difficultés d'endormissement du fait des ruminations anxieuses, réveils nocturnes par des cauchemars, etc.

L' anxiété peut s'organiser en générant une symptomatologie anxieuse qui en impose pour un trouble panique avec ou sans agoraphobie, des phobies simples, des obsessions ou des compulsions ou encore un trouble somatique isolé (dépression masquée sous forme de céphalées, gastralgie, précordialgie, colopathie). Le retentissement cognitif de l'anxiété passe par un déficit de l'attention notamment lié à une hypervigilance face à tout nouveau stimulus, mais aussi par des troubles de la concentration intellectuelle, des troubles mnésiques, un sentiment de tête vide et de ne plus savoir penser.

3 - Troubles cognitifs

Ces troubles sont fonctionnels : l'atteinte mnésique est surtout subjective. Le respect de la mémoire implicite en témoigne [12]. Le déprimé est surtout gêné pour les tâches requérant une attention et un effort cognitif soutenus.

À des questions pourtant simples qui ne font appel ni à un raisonnement abstrait ni à la manipulation de concepts, le déprimé répond volontiers qu'il ne sait pas. Il est de plus rapidement fatigable. Mais ce sont les représentations et les contenus de pensée qui sont les plus caractéristiques : ils ont en commun d'être teintés par le pessimisme et le sentiment d'infériorité qui infiltrent la conviction du patient. Ce trouble du jugement peut aller jusqu'au délire typique de certaines formes de dépressions mélancoliques. Le déprimé a une propension quasi pathognomonique à revisiter son passé pour en utiliser contre lui-même les failles et les erreurs. Dans certaines variétés cliniques ce peut être à l'inverse une forme d'auto-apitoiement où affleurent des idées plus ou moins bien organisées de préjudice, d'abandon, de persécution.

Mais le plus souvent, ce sont des détails sans importance qui viennent nourrir un remords coupable, s'affublant de fautes qui n'en sont pas ou qui n'ont pas été commises. Lors de telles auto-accusations délirantes, le déprimé met en avant ses insuffisances, ses manquements, justifiant ce qu'il considère comme une juste rétribution de ses péchés. Chez l'enfant, cette culpabilité s'exprime au travers de conduites caractérielles qui sont autant d'occasions d'exprimer une recherche inconsciente de punitions. Le sentiment de honte, d'incapacité, de déchéance peut aller jusqu'au délire de damnation avec la conviction que cette infamie va se transmettre à l'ensemble de la famille. De telles idées délirantes sont devenues exceptionnelles dans la sémiologie actuelle. On devine le risque suicidaire y compris altruiste qu'elles pouvaient contenir.

Le pessimisme dépressif peut conduire à l'idée d'incurabilité dont le sujet se convainc parfois envers et contre tous arguments. Il est tout à la fois remarquable et pathétique de constater qu'à chaque nouvel épisode mélancolique le patient qui avait pourtant guéri de l'épisode antérieur, ne peut se déprendre du caractère vain de toute entreprise thérapeutique.

L'incurabilité est un symptôme toujours alarmant en raison des idées suicidaires associées à cette conviction.

L'ensemble de ces modifications sous-tendent en partie les troubles conatifs en outre aggravés par le ralentissement psychomoteur.

En effet, l'initiative spontanée, la volonté sont progressivement entamées. Tout ce qui a trait à l'expression d'un désir, à l'affirmation d'une volonté, à la prise d'une décision, à l'argumentation d'un choix provoquent embarras, doute, peur, incapacité, inhibition. À l'extrême, ceci aboutit à une incurie : abandon de la toilette, séjours prolongés au lit (clinophilie). Les proches ne comprennent pas toujours un tel changement et, de bonne intention, essaient de mobiliser, de stimuler le sujet en l'invitant à plus de volonté. La prise de conscience de l'incapacité à agir, des préoccupations engendrées pour les proches renforcent les symptômes et le malaise dépressif.

Symptômes psychomoteurs

Ils permettent parfois un « diagnostic d'inspection ». La dépression, la mélancolie ont été, dans la peinture, l'objet de multiples études qui montrent le caractère infraverbal des manifestations de trouble de l'humeur (Dürer).

Le *ralentissement psychomoteur* est considéré par certains auteurs [49] comme véritable pierre angulaire de la dépression. Celui-ci va de la perte d'élan vital à la prostration dans une mimique douloureuse, le front cerné de rides soucieuses exprimant la douleur morale.

Tout mouvement devient effort vite épuisant. La clinophilie du déprimé traduit son asthénie fondamentale, intriquée à l'aboulie et susceptible de fluctuer au cours du nyctémère. La mise en train matinale est particulièrement difficile. Le déprimé se plaint d'un déficit d'énergie. À l'extrême, l'inhibition psychomotrice réalise un tableau de catatonie mélancolique.

Monotone, le discours est souvent non spontané. Le délai de réponse est plus long qu'à l'habitude, les réponses sont courtes, laconiques, contaminées par l'impression subjective d'incapacité à éclairer l'interlocuteur sur ses questions qui deviennent de véritables problèmes. Le *ralentissement mental* (90 p. 100 des sujets) [50] trouve son expression dans la viscosité, la lenteur idéatoire. Le déprimé se sent incapable de penser, appauvri sur le plan intellectuel : chez le sujet âgé le rétrécissement du champ des intérêts peut faire poser la question d'un processus détérioratif. À la différence du dément, le déprimé a conscience d'une perte de ses facultés à penser et il se plaint de sa bradypsychie.

Symptômes somato-instinctuels

Ils sont quasi constants, à la condition de les rechercher, d'intensité souvent variable au cours du nyctémère. L'aggravation matinale pourrait évidemment être sous-tendue par la nature physiopathologique de ce type de manifestation.

La *perte de poids* est parfois sévère, jusqu'à 10 kg en quelques semaines : ce symptôme concerne davantage les femmes (69 p. 100) que les hommes (60 p. 100) [23]. Cette perte de poids est directement en rapport avec l'anorexie globale (80 p. 100 des sujets) [23], la perte du goût, l'anxiété (96 p. 100 des sujets) [23] et la sensation d'oppression ou de boule dans la gorge. À l'extrême, le mélancolique refuse l'alimentation. Parfois, c'est au contraire des comportements boulimiques qui alertent avec une prise de poids.

Les *troubles du sommeil* à type d'insomnie sont quasi constants (85 p. 100 des hommes déprimés) [23] : insomnie d'endormissement, réveils nocturnes fréquents avec cauchemars ou encore réveils précoces. L'insomnie matinale est un symptôme souvent corrélé à un risque suicidaire accru.

L'hypersomnie peut avoir la même valeur sémiologique, d'autant que ce sommeil n'est ni réparateur ni susceptible de diminuer la plainte d'asthénie (90 p. 100 des sujets) [23].

La polysomnographie montre une diminution de la latence d'apparition du sommeil paradoxal, une diminution du temps de sommeil total, une fragmentation du sommeil, une diminution du sommeil lent profond.

Les *troubles de la libido* se manifestent par une diminution marquée de l'appétit sexuel, voire une impuissance ou une frigidité [20]. Les hommes s'en plaignent particulièrement (60 p. 100) [23].

Plus rarement, l'excitation hypergénésique indique la présence de symptômes maniaques qui témoignent d'une lutte vaine contre la dépression.

L'*anxiété somatique* est présente chez plus de 85 p. 100 des déprimés [23]. Les manifestations les plus fréquemment retrouvées sont :

— les troubles génito-urinaires : pollakiurie, dysurie voire rétention urinaire, brûlures mictionnelles, douleurs de la région périnéale, aménorrhée ou dysménorrhée ;

— les troubles digestifs : diarrhée, constipation opiniâtre, état saburral des voies digestives, anorexie, nausées, vomissements, gastralgies. Il n'est pas anodin de constater chez de grands déprimés mélancoliques des idées de négation d'organe ou de paralysie de fonction d'organe : la réalité d'une occlusion vient parfois démentir la notion de délire, ce qui souligne la nécessité d'un examen clinique toujours minutieux et d'une prudence dans l'utilisation des médicaments possédant des effets atropiniques. Les plaintes hypocondriaques du déprimé ont souvent un point de départ digestif ;

— les troubles cardiovasculaires : palpitations, bouffées vasomotrices, tachycardie, précordialgies, dyspnée. Dans les formes de dépression très ralenties, une hypotension et une bradycardie peuvent être observées [20] ;

— les troubles cénesthésiques : crispations, crampes musculaires, céphalées, vertiges, paresthésies, troubles cénestopathiques expriment des préoccupations hypocondriaques à la mesure des traits de personnalité prémorbide.

Conduites suicidaires et autres troubles des conduites

Les idées suicidaires sont présentes chez 80 p. 100 des déprimés [23]. Il faut en faciliter l'expression afin de mettre en place d'éventuelles actions préventives. Le suicide peut être un acte mûrement réfléchi, élaboré, ou au contraire un raptus impulsif. Parfois, le suicide vient dramatiquement révéler une dépression méconnue, mais il reste surtout un risque évolutif des dépressions en cours de traitement. La levée de l'inhibition, dernier rempart contre la réalisation suicidaire, vient parfois ponctuer l'évolution vers la guérison. Le refus de s'alimenter, de boire (sitiophobie), certains gestes d'automutilation, revêtent la même valeur suicidaire en engageant le pronostic vital.

Évaluer le risque suicidaire n'est pas chose aisée, d'autant que la dissimulation des intentions peut être trompeuse [45].

La sévérité de ce risque paraît moins corrélée à l'intensité de l'état dépressif, qu'au degré d'anxiété et d'agitation [18]. Les sujets âgés de sexe masculin sont des patients à risque, leur taux de suicide au cours des dépressions étant nettement plus élevé que celui des autres groupes de déprimés [29, 30].

Divers troubles des conduites réalisent des équivalents suicidaires : prise de risques en voiture, au jeu, abus d'alcool sur un mode dipsomaniaque compulsif, relations sexuelles non protégées, utilisation de toxiques.

Les troubles des conduites peuvent prendre une allure psychopathique (kleptomanie, exhibition, hétéroagressivité et violence), la dynamique inconsciente étant la recherche d'un blâme, d'une punition dans une perspective expiatoire.

FORMES CLINIQUES

Formes cliniques symptomatiques

1 - Mélancolie

L'épisode mélancolique est une psychose aiguë associant : dépression de l'humeur, inhibition motrice, ralentissement idéique, perturbation des fonctions organiques et végétatives.

Les premières descriptions datent de l'Antiquité. C'est au XIX^e siècle que la mélancolie fut décrite avec le plus de finesse et intégrée dans les pathologies périodiques par des auteurs comme Baillarger, Falret, Kraepelin, Ritti...

Le début de l'accès est le plus souvent progressif, parfois soudain. Sans cause extérieure apparente, chez un sujet dont le comportement était jusque-là normal, apparaît un état dépressif intense. Le début peut être inauguré par une tentative de suicide, ou des prodromes qui deviennent chez certains malades de véritables symptômes signaux : céphalées, fatigue, anorexie, constipation, et surtout insomnie. À la période d'état, la présentation du mélancolique est caractéristique. L'attitude est humble, déprimée. Le visage reflète la douleur, l'accablement, l'anxiété. Les traits sont atones, et s'organisent en un masque de tristesse qualifié parfois de marmoréen, où l'on note une obliquité des sourcils, un abaissement des coins de la bouche et l'« oméga mélancolique » (Schule). Le malade parle peu, sa voix est basse, parfois inintelligible. Son débit est lent, monotone. Souvent il peut rester mutique de longs moments. La douleur morale est intense, le risque suicidaire élevé.

Outre l'intensité des symptômes précédents, le mélancolique se distingue par la négativité de ses pensées pas toujours exprimées du fait de la rétention mélancolique. L'autodépréciation est majeure, le sentiment d'incurabilité fréquent, et les idées noires, presque constantes, conditionnent largement le risque suicidaire. La psychiatrie française réserve volontiers le terme de mélancolie à l'accès dépressif sévère de la psychose maniaco-dépressive. Les termes « allure mélancolique » et « mélancoliforme » sont utilisés pour les autres états dépressifs lorsque leur intensité confère une tonalité proche de l'accès mélancolique typique.

Le DSM-III-R (APA) [4] a choisi de regrouper dans sa critériologie de la mélancolie les aspects qui suivent.

- Des critères de sévérité :

- perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes ou presque toutes les activités ;
- insensibilité aux stimuli agréables.

- Des critères somatiques objectifs :

- dépression dont l'intensité s'aggrave le matin ;
- réveil matinal précoce ;
- ralentissement ou agitation psychomotrice ;
- anorexie ou perte de poids significative.

- Des critères permettant d'intégrer l'accès actuel dans l'histoire de la maladie :

- pas de trouble de la personnalité avant le premier épisode dépressif ;
- un ou plusieurs antécédents d'épisode dépressif suivi(s) de guérison complète ou quasi complète ;
- antécédents de réponse favorable à la thérapeutique (antidépresseurs, ECT, IMAO, lithium).

2 - Mélancolies délirantes

Le potentiel suicidaire y est toujours élevé. On distingue les formes avec idées délirantes congruentes à l'humeur (ou catathymiques) et celles avec idées délirantes non congruentes. La clinique anglo-saxonne propose la même dichotomie en séparant *psychotic depression* et *paranoid depression*. La distinction formelle entre idées délirantes congruentes ou non à l'humeur peut parfois être délicate à établir, en particulier dans certaines cultures.

Les caractéristiques générales des *idées délirantes congruentes à l'humeur* ont été décrites par Seglas : leur tonalité affective est pénible ; elles sont monotones, pauvres en contenus idéiques, passives, divergentes ou centrifuges (c'est-à-dire progressivement étendues à l'entourage et à l'ambiance) ; elles exagèrent volontiers des événements passés ou à venir ; elles peuvent apparaître sous-tendues par des phénomènes hallucinatoires de tous types (sensoriels, intrapsychiques, psychomoteurs), par des illusions délirantes ou des interprétations floues.

Les thèmes peuvent être classés en plusieurs groupes [17] :

- idées de culpabilité : faute, péché, souillure avec remords, indignité, auto-accusation et attente d'un châtement (expiation, incurabilité, damnation ou immortalité douloureuse) ;

- idées de frustration : ruine, deuil, malheur ;
- idées d'influence, de domination et de possession : l'esprit est vidé, influencé, possédé (démonopathie) ou habité par un animal (zoopathie) ;
- idées hypocondriaques, de transformation et de négation corporelle : les intestins sont bouchés, pourris ; le cœur est glacé ou n'existe plus. Le syndrome de Cotard associe des idées de damnation, d'immortalité ou d'expansion et de négation d'organe. Signalons actuellement la fréquence des idées délirantes autour du VIH et du SIDA (contagion, infection, châtement...).

Les *idées délirantes non congruentes à l'humeur* pourraient concerner moins de 5 p. 100 des épisodes mélancoliques [23]. Elles posent la question d'un diagnostic différentiel avec une autre psychose : schizophrénie, paranoïa ou psychose hallucinatoire chronique.

Les mélancolies délirantes sont rarement améliorées par les antidépresseurs seuls. L'adjonction d'un traitement neuroleptique est le plus souvent indispensable. La cure par ECT (électroconvulsivothérapie) reste le traitement le plus efficace avec un taux de guérison de l'ordre de 80 p. 100. Le pronostic reste grave du fait des rechutes fréquentes même avec un traitement de relais [5].

3 - Formes anxieuses

- Certains états dépressifs débutent ou associent des *attaques de panique* qui peuvent rendre le diagnostic délicat.

- Les *syndromes anxio-dépressifs* : la symptomatologie est mixte, le plus souvent d'intensité moyenne. La responsabilité d'événements intercurrents précipitants est évoquée. La réponse aux antidépresseurs tricycliques pourrait être limitée ; de plus un fort pourcentage de ces malades est placebo-répondeur. Les IMAO seraient une alternative intéressante, en particulier si une sensibilité interpersonnelle élevée et des comportements d'évitements phobiques sont associés à l'anxiété [13, 14]. C'est également dans ces formes stables d'intensité modérée que les psychothérapies dynamiques [16] ou cognitives trouvent de bonnes indications [6].

- La *mélancolie anxieuse* : ce tableau se caractérise par la prépondérance de l'agitation anxieuse, d'où le qualificatif de mélancolie agitée. Les idées suicidaires sont pratiquement constantes, les raptus auto-agressifs fréquents. C'est dans ce cadre que l'on rencontre les fugues mélancoliques, généralement amnésiques, sous-tendues par des moments d'angoisse extrême. Ces formes résistent volontiers aux chimiothérapies antidépresseives. Certains auteurs préconisent l'utilisation d'emblée des électronarcoses (ECT) [32].

4 - Formes stuporeuses

L'inhibition et le ralentissement psychomoteur y sont à leur paroxysme : le malade reste immobile, il ne parle ni ne mange, ne fait aucun mouvement. Son visage est figé dans une expression de douleur et de désespoir. Le pronostic vital peut parfois être engagé par le refus d'aliments et de boissons. Prostration, stupeur et mutisme peuvent s'associer à la catalepsie (maintien d'attitudes imposées) réalisant alors un tableau pseudocatonique. Le suicide est toujours possible au cours d'un raptus. La prescription des ECT en première intention est classique [32].

5 - « Atypical depression »

De nombreux déprimés présentent des particularités sémiologiques que les Anglo-Saxons résumant par l'expression « renversement végétatif » : appétit accru ou prise de poids, hypersomnie. Fatigabilité avec lourdeur des membres et sensation de pseudoparalysie, sensibilité au rejet, hyperréactivité sont aussi caractéristiques. La composante anxieuse peut être importante.

Outre l'originalité clinique de ces dépressions dites atypiques par les auteurs anglo-saxons, certaines études ont montré une efficacité spécifique des IMAO dont la prescription en première intention peut donc être légitime [43].

6 - Dépression psychasthénique

L'accroissement de traits morbides psychasthéniques confère à l'état dépressif une tonalité particulière marquée par l'importance de l'inhibition psychique et de la procrastination. L'individualisation de cette forme clinique est discutable. Les antidépresseurs stimulants, en particulier IMAO, sont particulièrement indiqués.

7 - Dépressions brèves récurrentes

Cette forme clinique a été récemment individualisée à la suite des travaux de Montgomery [35, 36], et Angst [3]. Le premier a décrit à partir d'une étude de suivi de patients ayant fait une tentative de suicide la survenue de périodes dépressives intenses, brèves et répétées : il a qualifié ce tableau de « dépression intermittente de trois jours » [35]. De son côté, Angst au cours d'une étude prospective dans la population générale du canton de Zurich, a mis en évidence la fréquence de moments dépressifs itératifs de courte durée, qui ne réunissent pas les critères définissant un épisode dépressif majeur au sens du DSM-III-R. Ce trouble engendre davantage de tentatives de suicide que les dépressions unipolaires et sa prévalence dans la population générale semble assez élevée. Ces malades étaient jusque-là considérés comme atteints de troubles névrotiques avec des difficultés relationnelles liées à une dimension conflictuelle de la personnalité.

Ces dépressions brèves récurrentes répondraient mieux aux antidépresseurs stimulants et aux IMAO.

8 - Dépressions saisonnières

Ces dépressions sont volontiers caractérisées par quelques symptômes : appétit augmenté, « fringales sucrées », prise de poids, hypersomnie, asthénie, tendance au repli sur soi.

Il s'agit de patients présentant plus spécifiquement des épisodes dépressifs en hiver. L'hypothèse d'un lien avec le raccourcissement de la durée d'ensoleillement a été évoquée. Les phénomènes d'avance et de retard de phase pourraient être corrélés à ce trouble. Les implications thérapeutiques sont le recours à la luxthérapie ou à la mélatonine.

9 - États mixtes

La coexistence de symptômes dépressifs et d'excitation maniaque génère une sémiologie très variable avec toutes les formes de transition de la manie à la mélancolie.

Kraepelin distinguait six variétés : la dépression avec fuite des idées, la mélancolie agitée, la stupeur avec des éléments maniaques (dont le tableau est proche de la mélancolie souriante), la manie improductive, la manie dépressive, la manie akinétique.

Rares, ils imposent d'éliminer un mode d'entrée dans la schizophrénie ou une pathologie organique souvent associée.

Ces états sont une bonne indication d'électroconvulsions [28].

10 - Dépressions hostiles

Chez certains sujets déprimés les troubles du caractère avec modification nette des traits de personnalité favorisent l'apparition d'une hyperréactivité, voire d'une agressivité avec hyper-irritabilité [19]. La reconnaissance d'un syndrome dépressif n'est pas toujours facile, ce qui retarde le traitement et égare parfois le diagnostic en pénalisant le sujet dans son milieu professionnel, social, familial, affectif.

Formes cliniques en fonction du terrain

1 - Influence de l'âge sur la symptomatologie

L'ADULTE JEUNE

La dépression peut apparaître comme étant dans la continuité des troubles de l'adolescence en raison de la fréquence des *anomalies des conduites* révélatrices d'une maladie dépressive. Ceux-ci peuvent survenir en l'absence de trouble de la personnalité : ils doivent néanmoins faire discuter une organisation limite ou psychopathique de la personnalité. Ces patients sont souvent difficiles à traiter du fait d'une observance thérapeutique médiocre.

Les formes de *dépression dite atypique* (au sens français) sont fréquentes chez l'adulte jeune ; angoisses profondes souvent anidées, idées floues et mal systématisées, état d'excitation avec bizarreries, dysphorie, retrait affectif, froideur, réticence sont autant de signes qui font discuter un trouble schizo-affectif ou un mode d'entrée dans une schizophrénie chronique. Des conduites hétéro- ou auto-agressives doivent toujours être redoutées [40].

Le devenir à moyen terme de ces jeunes déprimés rejoint pour une part celui des maniaque-dépressifs mais inaugure également une entrée dans la schizophrénie pour l'autre part.

À LA CINQUANTAINE

Les dépressions survenant autour de l'âge de 50 ans chez les femmes, 60-65 ans chez les hommes ont fait l'objet de nombreux travaux. Elles ont été décrites sous le terme de *mélancolie d'involution* par Kraepelin (involution devant s'entendre au sens d'involution physiologique). La sémiologie de ces états dépressifs est dominée par l'agitation anxieuse, par des préoccupations hypocondriaques, et par la fréquence des thèmes délirants de culpabilité et d'indignité voire de négation d'organe, parfois de jalousie et de persécution. La personnalité sous-jacente montre fréquemment une saturation en traits obsessionnels.

Cette forme clinique est contestée dans la mesure où cette entité apparaît artificielle d'un point de vue nosographique.

LE SUJET AGE

La dépression constitue une pathologie grave par sa fréquence, son pronostic, ses implications et ses rapports avec les maladies chroniques, l'inactivité, les deuils répétés, le vieillissement et la mort. Le taux de suicides chez les hommes de 85 ans est treize fois plus élevé que chez les hommes de 20 ans, et le rapport tentative de suicide/suicide approche 1 contre 7 chez l'adulte jeune [29].

Cliniquement on rencontre plus fréquemment qu'à d'autres âges des tableaux de *dépressions masquées* (réactions caractérielles, alcoolisation, plaintes somatiques, troubles fonctionnels), des mélancolies anxieuses ou agitées qui vont conduire à des formes confusionnelles et des *formes pseudodéméntielles de dépression* où les éléments régressifs parfois massifs, en imposent pour une véritable démence.

Les rapports entre dépression et démence sont complexes. On peut schématiquement distinguer quatre cas de figure :

- la dépression inaugurant la découverte d'une démence lentement évolutive ;
- les dépressions au cours des démences avérées ;
- les formes pseudodépressives de la démence ;
- les formes pseudodéméntielles de la dépression.

Certains éléments cliniques peuvent aider au diagnostic : la rapidité d'installation des troubles, l'âge (la dépression restant plus fréquente que la démence avant 75 ans) et les antécédents personnels et familiaux. En outre certaines modifications cognitives pourraient différencier ces différentes situations psychopathologiques (voir Chapitre 8).

Enfin, parmi les dépressions délirantes du sujet âgé, signalons les formes sensibles avec délire de préjudice, parfois bien difficiles à distinguer des psychoses tardives, ou du délire de relation des sensitifs.

2 - Dépression et grossesse

La période de la grossesse est rarement un moment où se manifestent les irruptions dépressives : c'est autour et après l'accouchement que débutent les troubles.

On distingue trois types de manifestations dépressives au décours d'une grossesse.

- Le « *post-partum blues* » est un état transitoire associant tristesse, découragement, anxiété, fatigue et phobies d'impulsions agressives vis-à-vis de l'enfant. Il s'agit d'une expérience fréquente, culpabilisante pour la jeune mère, survenant au 3^e ou 4^e jour après la délivrance et s'amendant rapidement si la mère est rassurée et soutenue. Moins de 10 p. 100 de ces épisodes évoluent sous une forme traînante.

- Le second type de dépression postnatale apparaît le plus souvent à la 3^e semaine sous la forme d'un *épisode dépressif typique* qui peut conduire à des troubles importants chez la mère et chez l'enfant, via une relation mère-enfant pauvre et défectueuse, parfois chaotique. Un an plus tard, près d'un tiers de ces patientes conservent des symptômes résiduels [17, 23]. Ce trouble est souvent non traité du fait de la banalisation des difficultés de la jeune mère par l'entourage, tant familial que médical ou social.

- La *psychose puerpérale* est un trouble sévère associant hallucinations, idées délirantes, confusion mentale, humeur dépressive et troubles du comportement. Ce trouble reste rare (1,5 p. 1 000 naissances selon Th. Lempérière). Dans un cas sur deux, il existe des signes de souffrance mentale dès la première semaine. Cependant, le début des troubles peut être retardé jusqu'au 3^e mois suivant la délivrance ; certains auteurs ont alors parlé de « psychose de la lactation ». Habituellement la réponse au traitement est favorable, en particulier à l'ECT. L'absence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux et la précocité d'apparition du syndrome confusodélirant dans les suites du post-partum seraient de meilleur pronostic. Des actes hétéro-agressifs vis-à-vis de l'enfant sont possibles, parfois de manière impulsive. La psychose puerpérale peut être un mode d'entrée dans un processus schizophrénique ou une exacerbation d'une psychose chronique connue ou inaperçue du fait d'une bonne insertion sociofamiliale antérieure. Enfin, des unités spécialisées mère-enfant permettent parfois de passer ce cap en évitant des carences affectives précoces dans l'interaction mère-enfant.

3 - Appartenance culturelle et dépression

Certains symptômes sont étroitement dépendants du milieu culturel : idées et conduites suicidaires, aspect clinique du ralentissement et des manifestations anxieuses, expression de la mimique (dépressions souriantes), nature des thèmes délirants (thèmes de culpabilité dans les civilisations chrétiennes et japonaises, thèmes de possession et de persécution dans les cultures arabes et africaines) [40].

À l'inverse, certains symptômes apparaissent universels : l'altération de l'humeur, la diminution des intérêts et des initiatives, ainsi que l'ensemble des manifestations somatiques (en particulier l'insomnie).

4 - Dépression et pathologie psychiatrique associée (dépression secondaire à un autre trouble psychiatrique)

Le terme de dépression secondaire regroupe les dépressions réactionnelles, les dépressions associées à des pathologies somatiques, des intoxications, des maladies mentales ou une anomalie avérée de la personnalité.

Certains auteurs préfèrent restreindre le concept de dépression secondaire aux troubles psychiatriques associés, comme le font les auteurs des critères RDC [48] : schizophrénie, TOC, phobies, personnalités antisociales, toxicomanies, troubles schizo-affectifs, troubles anxieux, syndrome de Briquet, alcoolisme, homosexualité, anorexie, transsexualisme, syndromes organiques cérébraux.

DEPRESSION ET PSYCHOSE

Dans certains cas les symptômes sont intriqués au point de réaliser un trouble « mixte » dit schizo-affectif. Néanmoins même lorsque le diagnostic de schizophrénie paraît bien établi, l'apparition d'une dépression est fréquente.

Certains points traduisent la complexité du problème :

- la dépression paraît plus volontiers associée aux schizophrénies productives que déficitaires ;
- il peut être délicat de distinguer les symptômes négatifs de schizophrénie et l'inhibition dépressive ;
- le traitement des dépressions postpsychotiques est en discussion, loin de faire l'objet d'un consensus ;
- le poids des difficultés existentielles liées à la maladie schizophrénique, le vécu de perte d'objet associé à l'amendement des idées délirantes, des facteurs génétiques de vulnérabilité, l'éventuel effet dépressogène des neuroleptiques sont autant d'hypothèses étiopathogéniques de la dépression secondaire à la schizophrénie.

Dans le cours évolutif des psychoses paranoïaques, de sensibles modifications de l'humeur peuvent revêtir une forme mélancolique. Le risque suicidaire y est toujours majeur.

NEVROSE ET DEPRESSION

La parenté entre névrose obsessionnelle et dépression a été répétée depuis longtemps tant sur le plan psychopathologique (Freud, Abraham) que sur le plan clinique. Certaines formes de maladies obsessionnelles à évolution épisodique évoquent la PMD unipolaire. Le *Typus melancholicus* de Tellenbach est proche de la personnalité obsessionnelle. Enfin, les données épidémiologiques confirment la fréquence des épisodes dépressifs au cours des TOC : environ un obsessionnel sur deux présente au cours de sa maladie une dépression.

Les dépressions secondaires au TOC comportent moins de gestes suicidaires, surviennent à un âge plus précoce et s'accompagnent exceptionnellement d'épisode maniaque. Les thèmes de culpabilité, de rumination et d'auto-accusation y sont particulièrement fréquents [31].

Les dépressions secondaires à la névrose hystérique posent un problème thérapeutique délicat. L'hystérie peut revêtir l'aspect d'une dépression majeure (dépression hystérique).

La névrose hystérique peut également colorer la sémiologie d'authentiques maladies dépressives secondaires au trouble névrotique : plaintes somatiques, polymorphisme des symptômes, hypersensibilité aux attitudes de l'environnement.

DEPRESSION ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE

La dépression est particulièrement fréquente dans les psychopathies, les états limites et les toxicomanies [15].

L'instabilité de l'humeur fait partie intégrante du déséquilibre psychique avec des irruptions de sentiments de cafard qui peuvent occasionner des fugues, ou des actes impulsifs. Le fond dysphorique de ces sujets pourrait être le lit des troubles du comportement, tentatives de résolution d'un malaise dépressif.

Les états limites posent un problème difficile de distinction entre PMD manifestée sur un mode atypique du fait de l'adolescence, schizophrénie débutante ou névrose avec inhibition sociale.

La plupart des études de suivi montrent que la présence de troubles de la personnalité constitue un indice pronostique péjoratif pour l'évolution de l'accès dépressif ou le risque d'une rechute ou d'une récurrence [46].

La chronicisation du trouble dépressif peut conduire à une difficulté diagnostique entre dysthymie (névrose dépressive) et trouble de la personnalité.

Épisode dépressif révélant une maladie organique sous-jacente

Il faut distinguer les dépressions révélatrices d'une pathologie somatique méconnue des dépressions survenant au cours d'affections somatiques déjà identifiées voire traitées, en particulier lors de pathologies somatiques graves. Selon les études et les populations étudiées, elles représentent 20 à 30 p. 100 des cas [22]. Au sein du syndrome dépressif, certains éléments cliniques doivent faire évoquer une éventuelle souffrance somatique :

- l'absence de facteur déclenchant ;
- l'absence d'antécédent thymique personnel ou familial ;
- l'absence de manifestation névrotique dans l'histoire du sujet ;
- une sémiologie atypique : note confusionnelle, perplexité anxieuse, ralentissement idéatif au premier plan avec douleur morale discrète ;
- une asthénie ou une inhibition isolée ;
- la présence de signes d'appel : céphalées, bradycardie, crise comitiale, tremblements...

1 - Maladies dépressogènes

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

Troubles dégénératifs

La *maladie de Parkinson* peut se révéler par une dépression majeure ou une mélancolie. Le patient peut ne présenter au début que de discrets troubles du caractère : défaut de spontanéité, apathie, distractibilité. L'inhibition psychomotrice et la bradypsychie mais aussi l'anxiété prédominant souvent dans le tableau clinique.

Dans la *chorée de Huntington*, les troubles de la personnalité peuvent se manifester plusieurs années avant les signes neurologiques : désintérêt, fatigue, distractibilité. Des états dépressifs ont également été observés dans la *sclérose latérale amyotrophique* et dans la *maladie de Wilson* où ils précèdent les signes organiques dans 20 p. 100 des cas, moins souvent que les troubles caractériels.

Tumeurs cérébrales

Elles peuvent se révéler selon les localisations par quelques particularités cliniques : adynamie et indifférence dans les tumeurs frontales, crises comitiales dans les tumeurs temporales, anorexie et amaigrissement dans les tumeurs hypophysaires.

AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

L'*hypothyroïdie*, surtout dans ses formes à évolution lente, peut se révéler par un syndrome dépressif voire un tableau de mélancolie stuporeuse. Selon certains auteurs, le contrôle de la fonction thyroïdienne devrait être systématique chez le déprimé, d'autant que l'hypothyroïdie non corrigée constitue un élément de résistance aux antidépresseurs.

L'*hyperthyroïdie* entraîne parfois des tableaux de dépression anxieuse avec instabilité et labilité émotionnelles, très rarement un état de mélancolie stuporeuse. Les maladies de la surrénale peuvent aussi

se révéler par un syndrome dépressif : dans la *maladie d'Addison*, on retrouve des symptômes dépressifs dans 30 à 50 p. 100 des cas (asthénie physique et intellectuelle, aboulie, somnolence, insomnie) ; dans les *syndromes de Cushing*, des épisodes dépressifs sévères avec ralentissement psychomoteur et crises d'agitation sont fréquemment observés.

Des hyper- ou hypocorticismes androgéniques, des dysfonctionnements parathyroïdiens, en particulier l'hyperparathyroïdie, des maladies hypophysaires ainsi que le dérèglement des hormones sexuelles peuvent favoriser le développement d'états dépressifs.

Une place à part doit être faite aux carcinomes du pancréas : un état dépressif modéré avec anxiété et « hypocondrie légitime » peut apparaître 6 à 48 mois avant les symptômes organiques dans 10 à 20 p. 100 des cas [22].

2 - Médications dépressogènes

Parmi les principaux médicaments qui pourraient favoriser la survenue d'états dépressifs, il est classique de retrouver les psychostimulants (lors d'un usage prolongé, ou au sevrage), la fenfluramine, la L-dopa, les corticoïdes, la cimétidine, certains antihypertenseurs (réserpine, alpha méthyl-dopa, bêtabloquants, en particulier ceux passant la barrière hémato-encéphalique, les alphastimulants), la digitaline et tous les neuroleptiques [33].

Plus rarement, ont été cités : la lidocaïne, certains anticancéreux (vinblastine, vincristine, L-asparaginase, procarbazine), l'amanradine, le disulfirame, les œstrogéniques, le procainamide, la cyclosérine, l'indométacine, le thallium, le mercure, les diurétiques, la méfloquine [33].

Formes trompeuses

1 - Mélancolies souriantes

La présentation « non dépressive », souriante, du malade est marquée par un sourire volontiers plaqué, artificiel, accompagné d'un discours rythmé par des réponses brèves : « ça va... je ne sais pas ». L'entourage signale l'aspect changé, inhabituel. Les symptômes somatiques, en particulier l'insomnie, manquent rarement : ils doivent être minutieusement recherchés car ils sont souvent vécus comme normaux. Le risque suicidaire est d'autant plus sérieux que la présentation souriante peut égarer le diagnostic.

2 - Formes frustes (mono- ou paucisymptomatiques)

Particulièrement fréquentes chez le sujet âgé, elles se caractérisent par la pauvreté de leurs manifestations cliniques, réduites à un ou quelques symptômes dépressifs.

3 - Dépressions masquées

Dans ces formes, il n'existe aucun élément sémiologique manifeste de la série dépressive ; les symptômes présents, psychiques ou plus souvent somatiques, sont des équivalents dépressifs. La périodicité, la sensibilité à un traitement antidépresseur ou l'apparition retardée d'une dépression typique permettent de suggérer la nature dysthymique de ces symptômes.

Les équivalents psychiques les plus fréquents sont des troubles isolés du caractère, certains symptômes névrotiques (phobiques, obsessionnels, hypocondriaques), des troubles isolés des conduites (sexuelles,

alimentaires, autres), ou certaines toxicomanies intermittentes. Leur apparition récente dans l'histoire du sujet, ainsi que les antécédents personnels et familiaux ont valeur d'orientation.

Les équivalents somatiques les plus fréquemment décrits sont les céphalées, la fatigue, les crampes musculaires, les paresthésies, les gênes douloureuses précordiales, les douleurs abdominales et autres troubles digestifs. Ces plaintes somatiques sont floues, variables, avec une prédominance matinale, et évoluent dans un climat hypocondriaque. Ces épisodes dépressifs conduisent parfois à de nombreuses investigations complémentaires utiles pour éliminer une pathologie organique sous-jacente, mais qui peuvent retarder le diagnostic et majorer la composante hypocondriaque.

Formes frontières des dépressions

1 - Dépression essentielle et maladies psychosomatiques

La médecine psychosomatique a fait l'objet de très nombreux travaux et études conduisant à de multiples hypothèses pathogéniques : structure psychotique sous-jacente, somatisations, conversion somatique, carence de mentalisation. La plupart des auteurs ont souligné la fragilité psychologique des malades psychosomatiques et l'état de dépression latente volontiers révélée lors de cures psychothérapeutiques. Ceci a conduit au concept de dépression essentielle [34], le terme essentiel indiquant l'absence de symptômes positifs de dépression.

Plusieurs études de cas ont pu illustrer ce rapprochement, en particulier dans la rectocolite hémorragique. C'est à propos de tels patients que le concept d'alexithymie est développé [47] pour indiquer l'incapacité à exprimer l'état émotionnel et affectif.

2 - Anorexie mentale et boulimie

La plupart des auteurs ont signalé l'importance des signes dépressifs dans l'*anorexie mentale* et en particulier de l'« appétit de mort » [26]. Quelques études familiales ont noté une fréquence élevée de cas d'alcoolisme et de dépression chez les parents de sujets souffrant d'anorexie mentale [21]. De nombreuses équipes proposent la mise en œuvre d'un traitement antidépresseur, soit d'emblée, soit dans le cours du suivi hors des périodes aiguës.

La *boulimie* pourrait être également un trouble apparenté au spectre de la dépression. Outre la fréquence de l'association clinique boulimie-dépression, on relève une incidence élevée d'obèses, d'alcooliques et de déprimés dans les familles de boulimiques [21]. La parenté biologique avec la dépression est soutenue par l'absence de freination au test à la dexaméthasone. Certains antidépresseurs (en particulier sérotoninergiques) offrent une alternative thérapeutique utile. D'un point de vue psychopathologique, boulimiques et déprimés semblent partager des vécus traumatiques communs tels que des expériences de perte d'objet ou de séparation plus fréquentes et moins bien assumées que dans une population de témoins sains [21].

Formes cliniques médico-légales

Certaines formes cliniques sont davantage concernées : mélancolies délirantes, mélancolies agitées, psychoses du post-partum ainsi que les dépressions majeures survenant chez des personnalités paranoïaques ou psychopathiques.

Le mélancolique prend parfois des décisions concernant son avenir, ses proches, qui sont le plus souvent congruentes à son humeur et à son désespoir : projets de cessions de biens « avant la ruine complète », testaments destinés à se racheter vis-à-vis de la société, etc.

Le suicide altruiste est rare mais sous-estimé car il échappe à l'observation médicale sauf dans les cas où le suicide du patient n'intervient pas.

Il peut prendre l'allure d'un suicide collectif aboutissant à l'anéantissement d'une famille toute entière [44]. L'homicide des enfants s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme ; il concerne rarement l'enfant le plus jeune [25]. Dans la dépression psychotique du post-partum, l'infanticide peut être sous-tendu par des idées délirantes de négation de filiation ou de l'existence de l'enfant.

Sacrifier des êtres chers ou proches apparaît en soi comme pathologique : ce point de vue est parfois contesté dans notre société, jusqu'à poser un problème d'expertise médico-légale préoccupant [15].

Formes nosographiques

Historiquement, la classification de Kraepelin retenait cinq variétés principales de dépressions :

- la dépression de la PMD ;
- la mélancolie d'involution ;
- la dépression symptomatique d'une autre affection ;
- la personnalité pathologique dépressive ;
- les autres dépressions.

Kraepelin avait introduit les termes endogène et psychogène, repris par son élève Lange. Guillepsie reprend cette dichotomie mais remplace le terme psychogène par réactionnel.

Outre cette opposition endogène/psychogène, d'autres classifications ont été formulées : primaire/secondaire (Woodruff, 1957), bipolaire/unipolaire (Leonhard, 1957). Aujourd'hui, il existe une douzaine de classifications des troubles de l'humeur (linéaires, dichotomiques, ou pluridimensionnelles).

1 - Dépression psychogène/réactionnelle ou névrotique/situationnelle

La dépression psychogène est surtout une réaction dépressive en rapport avec des stress externes qui dépassent les capacités d'adaptation du sujet.

Plus souvent d'intensité modérée, ces dépressions peuvent atteindre une intensité psychotique.

Les conduites suicidaires fréquentes, sont autant un appel au secours que la traduction d'un désir de mort.

Selon le DSM-III-R, un malade déprimé présentant des symptômes modérés risque d'être considéré comme atteint d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, ou d'une dysthymie (si les troubles évoluent depuis plus de deux ans et apparaissent avec une faible densité symptomatologique).

2 - Dépression endogène/psychotique

Les dépressions endogènes sont schématiquement opposées aux dépressions psychogènes du fait de leur intensité, de l'importance du désir de mort, de leur meilleure réactivité aux traitements biologiques. Les critères RDC [48] retiennent comme caractéristiques :

- qualité de l'humeur dépressive (différente du deuil) ;
- absence de réactivité aux modifications de l'environnement ;

- humeur plus mauvaise le matin ;
- perte étendue des intérêts et des plaisirs ;
- auto-accusation ou culpabilité pathologique ;
- réveil matinal ou insomnie au milieu de la nuit ;
- ralentissement psychomoteur ou agitation ;
- appétit médiocre ;
- perte de poids significative.

Formes cliniques selon la sévérité

Une opinion admise par de nombreux praticiens est que les dépressions les plus graves répondent le mieux aux traitements antidépresseurs. Coryell [11] et Kocsis [27] (1990) contestent ce paradigme en montrant que de bons résultats à un traitement antidépresseur sont corrélés à une moindre gravité de la dépression. Cependant Paykel [38] a montré que les dépressions d'intensité trop faibles prédisent une mauvaise réponse aux chimiothérapies antidépressives.

Abou-Saleh et Coppen [1] proposent la notion de réponse curvilinéaire aux traitements antidépresseurs dont le sommet serait constitué par des dépressions majeures moyennes et sévères sans caractéristiques psychotiques. En réalité, il n'y a aucun consensus sur ce point [46].

Le DSM-III-R propose de distinguer les formes légères, moyennes et sévères (avec et sans caractéristiques psychotiques). La sévérité y est évaluée en fonction du retentissement de la maladie sur l'adaptation socioprofessionnelle et familiale, et selon le nombre de symptômes dépressifs constatés.

FORMES EVOLUTIVES

Profil évolutif d'un épisode à court et moyen terme

1 - Évolution d'une dépression non traitée

Le destin d'une dépression est de guérir, le risque suicidaire étant toujours une éventualité à redouter. En l'absence d'action thérapeutique, la durée moyenne d'un accès mélancolique varie de 4 à 12 mois, avec risque d'une évolution chronique que soulignaient déjà Cotard et Kraepelin [*in* 20].

2 - Évolution d'une dépression traitée

La levée des symptômes dépressifs survient dans environ 70 p. 100 des cas en 3 à 9 semaines lorsqu'un traitement adéquat est institué. L'appréciation de la guérison connaît des définitions variées. Les auteurs retiennent généralement comme critères de guérison : la disparition des symptômes dépressifs, le retour à l'insertion socioprofessionnelle et familiale prémorbide, l'absence de symptômes résiduels, ou la simple amélioration des scores aux échelles de dépression ; 50 p. 100 des patients continueraient après un an d'évolution à présenter des symptômes résiduels que ne saurait faire ignorer une amélioration notable.

Modalités évolutives à long terme

La notion de guérison définitive est contestée : la probabilité d'un nouvel accès croît avec la durée de la rémission pour atteindre 80 p. 100 [42].

1 - Évolution récurrente

La psychose maniaco-dépressive évolue classiquement selon deux modalités : uni- ou bipolaires. Dix à 15 p. 100 des dépressions unipolaires se révèlent à la longue être des maladies bipolaires (Perris [39], [in 37]) ; 7 p. 100 des PMD évoluent vers un trouble schizo-affectif [23].

La survenue d'une maladie maniaco-dépressive diminue en moyenne de 9 ans l'espérance de vie : les traitements permettent de limiter à 2 ans cette réduction d'espérance de vie [7].

Les récurrences sont plus fréquentes dans la forme bipolaire que chez les unipolaires.

Un raccourcissement des cycles est observé avec le temps et l'âge [9].

La durée de l'intervalle libre dans les formes bipolaires est de l'ordre de 2 à 8 ans.

2 - Trouble de la personnalité et dépression

Akiskal [2] a insisté sur les modifications des traits de personnalité prémorbide : soit du fait de la récurrence, soit sous forme de symptômes résiduels, soit en cas d'évolution vers la chronicité.

Il reste difficile de faire la part entre ce qui revient aux structures prédépressives, au potentiel dépressogène intrinsèque de certains troubles de la personnalité, aux névroses dépressives ou aux remaniements de la personnalité induits par la maladie dépressive.

3 - Dépressions chroniques

Il s'agit d'une modalité évolutive où les symptômes demeurent présents au-delà de deux ans sans période de rémission durable.

Cette évolution concernerait 15 à 20 p. 100 des dépressions [20], tout particulièrement les formes unipolaires. Lorsque les symptômes sont de faible intensité, on évoque le concept de dysthymie qui peut se greffer sur un épisode dépressif majeur constituant alors une double dépression [2].

La résistance aux traitements, les limites d'efficacité des thérapeutiques antidépressives, le développement de troubles secondaires (alcool, anxiété), la comorbidité, l'environnement psychosocial sont les principaux déterminants d'un passage à la chronicité.

INDICES PREDICTEURS DE LA QUALITE DE L'EVOLUTION

Indices sémiologiques prédicteurs de la réponse aux traitements

1 - En fonction de la clinique

L'âge tardif de survenue du premier épisode indique un pronostic moins favorable [42]. Le devenir de la dépression chez le sujet âgé est marqué du poids des maladies associées, de la fréquence des suicides, de l'intrication avec une détérioration intellectuelle et des difficultés de l'insertion psychosociale [30].

La durée de l'épisode ainsi que le retard à la mise en place d'un traitement sont également des facteurs influençant péjorativement l'évolution.

La signification pronostique de l'intensité de l'anxiété est discutée. La présence d'un trouble anxieux caractérisé comme le trouble panique semble avoir une valeur péjorative [10].

Les dépressions délirantes répondent moins favorablement aux traitements antidépresseurs seuls [5].

Les états mixtes ont un moins bon pronostic du fait de l'organicité sous-jacente souvent associée.

La sévérité de la dépression et la présence de signes d'endogénicité sont habituellement considérées comme de bons prédicteurs d'une réponse favorable à un traitement antidépresseur. Certaines études récentes privilégient la sévérité du trouble comme un bon indice de réponse aux traitements [8, 38].

2 - En fonction des pathologies psychiatriques associées

Le poids des facteurs de personnalité influe sur l'évolution de l'épisode dépressif, quelle que soit l'approche thérapeutique choisie, chimiothérapie [41] ou/et psychothérapie [16].

3 - L'impact des facteurs socio-environnementaux

Il est difficile à évaluer. La prise en compte de la qualité des relations familiales, de la capacité à exprimer les émotions, de l'isolement, des conditions de vie et de la dynamique individuelle permettent d'affiner l'appréciation pronostique [24].

Indices pronostiques du risque de rechute ou de récurrence

Tous les indices précités pour apprécier le pronostic immédiat du traitement d'un épisode dépressif sont aussi pertinents pour l'évaluation du risque de rechute ou de récurrence à long terme. On relèvera en particulier la présence d'une pathologie organique associée, l'âge avancé, les dépressions délirantes (taux de rechute à 1 an de 75 à 80 p. 100) [5] et l'association à la dépression de traits de personnalité pathologiques. Parmi les indices pronostiques sémiologiques d'évolution favorable à long terme, on peut retenir : le niveau d'intelligence qui paraît corrélé aux formes moins graves de maladie bipolaire [42], la bonne réponse

antérieure à un traitement antidépresseur, l'absence de troubles de la personnalité, l'absence d'événements psychosociaux stressants.

Le risque de récurrence est d'autant plus élevé que la forme évolutive est bipolaire, que le nombre d'épisodes antérieurs est élevé, que l'âge d'apparition du premier épisode a été tardif et enfin que l'intervalle libre entre deux accès se raccourcit.

CONCLUSION

Le parcours de la sémiologie dépressive témoigne tout à la fois de son unité syndromique et de son hétérogénéité. Les critères diagnostiques des dernières classifications sont des outils métrologiques utiles ; ils ne peuvent, ni n'ont pour prétention de réduire l'analyse clinique.

Les travaux récents ont permis d'affiner la sémiologie des troubles cognitifs, de repérer des formes paucisymptomatiques (dépressions masquées, hostiles, dépressions du sujet âgé...) et de souligner la fréquence croissante des formes transculturelles du fait des migrations et du mixage des populations.

Ils ont également conduit à l'individualisation de formes évolutives particulières : dépression chronique, double dépression, dépression résistante, dépression récurrente brève.

Enfin la notion d'une possible comorbidité entre dépression et anxiété ou troubles de la personnalité est un sujet de controverse. La question d'un continuum anxiété/dépression se retrouve au centre d'interrogations sémiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques actuelles.

Tout aussi controversée, est l'idée d'un trouble de la personnalité comme « symptôme-séquelle » de dépression.

Malgré tous les progrès cliniques et thérapeutiques, le pronostic de la maladie dépressive à long terme reste préoccupant du fait du nombre élevé de rechutes, de certaines formes cliniques graves et chroniques, de l'impact sur la qualité de vie, du retentissement médico-économique et du suicide, toujours possible.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABOU-SALEH MT, COPPEN A. Classification of depression and response to antidepressive therapies. *Br J Psychiatry*, 1983, *143* : 601-603.
2. AKISKAL HS, DING D, ROSENTHAL TI et al. Chronic depression : clinical and familial characteristics of 137 probands. *J Affective Disord*, 1987, *3* : 297-315.
3. ANGST J, MERIKANGAS K, SCHEIDEGGER P, WICKI W. Recurrent brief depression : a new subtype of affective disorder. *J Affective Disord*, 1990, *19* : 87-98.
4. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed rev). APA. Washington DC, 1987 ; Trad Fr : JD GUELFY, P PICHOT. DSM-III-R : Critères diagnostiques. Paris, Masson, 1989, 656 pages.
5. ARONSON TA, SHUKLA S, HOFF A. Continuation therapy after ECT for delusional depression : a naturalistic study of prophylactic treatments and relapse. *Convulsive Ther*, 1987, *3* : 251-259.
6. BECK AT, HOLLON SD, YOUNG JE et al. Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch Gen Psychiat*, 1985, *42* : 142-148.
7. BERTSCHY G, VANDEL S, VOLMAT R. Épidémiologie de la dépression, données récentes. II, Épidémiologie analytique et épidémiologie d'évaluation. *Psychiatr Psychobiol*, 1988 (b), *3* : 213-225.
8. BOUGEROL Th. Facteurs sémiologiques et psychologiques prédictifs de la réponse aux antidépresseurs. *L'Encéphale*, 1991, *17* : 377-386.
9. BOYD JH, WEISSMAN MM. Epidemiology. *In* : R Michels, JO Cavenon. *Psychiatry*, New York, Basic Books, 1987 : 8-16.
10. CORYELL W, ENDICOTT J, ANDREASEN NC et al. Depression and panic attacks : the significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. *Am J Psychiatry*, 1988, *145* : 293-300.
11. CORYELL W, ENDICOTT J, KELLER M. Outcome of patients with chronic affective disorder : A five year follow-up. *Am J Psychiat*, 1990, *147* : 1627-1633.
12. DANION JM, WILLARD SCHROEDER D, ZIMMERMAN MA et al. Explicit memory and repetition priming in depression. *Arch Gen Psychiat*, 1991, *48* : 701-711.

13. DAVIDSON JRT, MILLER RD, TURNBULL CD et al. Atypical depression. *Arch Gen Psychiat*, 1982, 39 : 527.
14. DAVIDSON JRT, PELTON S. Forms of atypical depression and their response to antidepressant drugs. *Psychiatry Res*, 1986, 17 : 87-95.
15. DENIKER P, OLIE JP. Dérèglements de l'humeur. États dépressifs et maniaques. *In* : P Deniker, Th Lemperière, J Guyorat. Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Paris, Masson, 1990 : 103-129.
16. DIGUER L, BARBER JP, LUBORSKY L. Three concomitants : Personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am J Psychiatry*, 1993, 150 : 1246-1248.
17. EY H, BERNARD P, BRISSET Ch. Manuel de psychiatrie, 5^e Éd. Paris, Masson, 1978, 1 252 pages.
18. FAWCETT J, SCHEFTNER WA, FOGGL L et al. Time related predictors of suicide in major affective disorders. *Am J Psychiatry*, 1990, 147 : 1189-1194.
19. FELINE A. Les dépressions hostiles. *In* : A Féline, P Hardy, M de Bonis. La dépression, Études. Paris, Masson, 1991 : 33-51.
20. FERRERI M, BOTTERO A, ALBY JM. Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. Éditions Techniques, *Encycl Méd Chir (Paris-France)*, Psychiatrie, 37-110-A-10, 1993, 20 pages.
21. FORFEFF SM. Eating problems : anorexia and binge eating. *In* : SM Foreff, GN McNeil. Handbook of psychiatric differential diagnosis. Littleton, PSG Publishing Company Inc, 1987, 426 pages.
22. GALINOWSKI A, LOO H. Dépressions symptomatiques d'affections organiques. *Confrontations Psychiatriques*, 1989, Numéro spécial : 87-102.
23. HAMILTON M. Mood disorders : Clinical features. *In* : HI Kaplan, BJ Sadock. Comprehensive text book of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985, 1 980 pages.
24. HOOLEY JM, ORLEY J, TEASDALE JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry*, 1986, 148 : 642-647.
25. JOHANSSON-ROZEN P. Qu'est-ce que l'infanticide ? *Nervure*, 1988, 2 : 34-37.
26. KESTEMBERG E, KESTEMBERG J, DECOBERT S. La faim et le corps. Paris, PUF, 1972, 301 pages.
27. KOCSIS JH, CROUGHAN JL, KATZ MM et al. Response of treatment with antidepressants of patients with severe or moderate non psychotic depression and of patients with psychotic depression. *Am J Psychiatry*, 1990, 147 : 621-624.
28. KOUKOPOULOS A, FAEDDA G, PROIETTI R et al. A mixed depressive syndrome. *L'Encéphale*, 1992, 18 : 19-21.
29. LEGER JM, CLEMENT JP, TESSIER JF. Dépression, vieillissement et démence. *Confrontations psychiatriques*, 1989, numéro spécial : 103-119.
30. LEGER JM, TESSIER JF, MOUTY MD. Psychopathologie du vieillissement. Paris, Doin, coll. « Psychiatrie pratique », 1989, 254 pages.
31. LEMPERIERE TH, RONDEPIERRE C. Clinique et aspects actuels des troubles obsessionnels. *L'Encéphale*, 1990, 16 : 347-353.
32. LOO H, COLONNA L, PETIT M et al. Electrochoc. *Encycl Med Chir (Paris-France)*, Psychiatrie, 37820 E 10, 11, 1979, 30 pages.
33. MCNEIL GN. Depression. *In* : SM Foreff, GN McNeil. Handbook of psychiatric differential diagnosis. Littleton, PSG Publishing Company Inc, 1987, 426 pages.
34. MARTY P. La dépression essentielle. *Rev Fr Psychan*, 1968, 33 : 395-603.
35. MONTGOMERY SA, MONTGOMERY DB, BALDWIN D, GREEN M. Intermittent 3-day depressions and suicidal behaviour. *Neuropsychobiology*, 1989, 22 : 128-134.
36. MONTGOMERY SA, MONTGOMERY DB, BALDWIN D, GREEN M. The duration, nature and recurrence rate of brief depressions. *Neuropsych Biol Psychiatry*, 1990, 14 : 729-735.
37. OLIE JP, HARDY P, AKISKAL H et al. Psychoses maniacodépressives. Paris, Doin, 1992, 160 pages.
38. PAYKEL ES. Antidepressants : their efficacy and place in therapy. *J Psychopharmacol*, 1988, 2 : 105-108.
39. PERRIS C. The distinction between bipolar and unipolar affective disorders. *In* : ES Paykel. Handbook of affective disorders. New York, Guilford Press, 1984 : 45-58.
40. PICHOT P, GUELFY JD, PULL CB. Sémiologie de la dépression. *Encycl Med Chir (Paris-France)*, Psychiatrie, 37110-A, 12-1980, 12 pages.
41. PILKONIS PA, FRANK E. Personality pathology in recurrent depression : nature, prevalence and relationship to treatment response. *Am J Psychiatry*, 1988, 145 : 435-441.
42. PREISIG M, ANGST J. Maladies dépressives. Facteurs du risque de récurrence. *L'Encéphale*, 1991, 17 : 365-372.
43. QUITKIN FM, HARRISON W, STEWART JW et al. Response to phenelzine and imipramine in placebo non responders with atypical depression. A new application of the crossover design. *Arch Gen Psychiat*, 1991, 48 : 319-323.
44. RESNICK PJ. Child murder by parents : A psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry*, 1969, 126 : 325-334.
45. SECHTER D, BONIN B, BERTSCHY G et al. Prédiction du risque suicidaire. *L'Encéphale*, 1991, 17 : 361-364.
46. SHEA MT, PILKONIS PA, BECKHAM E et al. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry*, 1990, 147 : 711-718.
47. SIFNEOS PE. The prevalence of « alexithymic » characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 1973, 22 : 255-262.
48. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E. Research diagnostic criteria : rationale and reliability. *Arch Gen Psychiat*, 1978, 35 : 773-782.
49. WIDLOCHER D. Le ralentissement dépressif. Paris, PUF, 1983, 96 pages.

50. WOODRUFF RA Jr, GOODWIN DW, GUZE SB. Psychiatric diagnosis. New York — London — Toronto. Oxford University Press, 1974.