

Claire Lamas,
Maurice Corcos
Institut mutualiste
Montsouris,
42 boulevard Jourdan,
75014 Paris

Mots clés :
adolescence,
dépression,
psychothérapie,
antidépresseur

La prise en charge de la dépression à l'adolescence a récemment fait l'objet de vives controverses, autour notamment de l'utilisation des antidépresseurs chez les adolescents. Au-delà de l'aspect polémique du débat restent les vraies questions : la difficulté de l'évaluation des manifestations thymiques à l'adolescence, l'intrication et la nécessaire intégration des éléments symptomatiques au contexte individuel et environnemental, et l'adaptation et la spécificité de la prise en charge de ces troubles.

Dépression à l'adolescence

Données épidémiologiques

L'individualisation de la dépression chez l'enfant et l'adolescent procède de remaniements relativement récents des cadres nosographiques.

La dépression de l'adolescent a été longtemps méconnue, les manifestations thymiques étant attribuées à l'imaturité de l'organisation psychique, consubstantielles au processus adolescent. Puis elle a évolué historiquement de la notion de dépression masquée, avec ses équivalents comportementaux, à des positions adultomorphiques, sous réserve de manifestations atypiques (plaintes somatiques, ruptures sociales, troubles des conduites, irritabilité), puis à un isomorphisme vis-à-vis de la dépression adulte avec la primauté des modèles catégoriels de classification (DSM-IV, CIM-10). Une remise en cause plus récente se positionne davantage dans une perspective développementale avec la notion de modèles d'adaptation et de compétence [1].

Les études épidémiologiques de la dépression à l'adolescence apportent des données variables en fonction des critères diagnostiques retenus.

La prévalence estimée varie ainsi de 0,4 à 8,3 % selon les études pour les épisodes dépressifs majeurs [2-4]. Les symptômes dépressifs ou « ambiance dépressive » seraient retrouvés chez près de 30 % des adolescents. Le sex-ratio s'apparente à celui observé en population adulte avec une sur-représentation féminine (2/1).

La fréquence des comorbidités avec 50 à 70 % de troubles associés à l'adolescence soulève la question d'une vulnérabilité commune

génétique, psychopathologique ou environnementale, aux manifestations observées ou de formes cliniques ou évolutives d'un même trouble. Ainsi se trouvent fréquemment associés des conduites addictives (abus de substances chez 18 % des adolescents présentant

un épisode dépressif majeur [5]), des troubles du comportement alimentaire (16 à 68 % vie entière selon les études [6]), des troubles des conduites (16 % [7]), des troubles anxieux (30 % [8]) avec un retentissement psychosocial marqué notamment en termes de scolarité et, enfin, les troubles somatiques fonctionnels tant antérieurs à l'épisode dépressif que persistants au décours [9].

Facteurs psychosociaux (dysfonctionnements relationnels intrafamiliaux, troubles psychologiques chez les parents, situations conflictuelles...), événements de vie négatifs et dépression à l'adolescence entretiennent des liens non univoques dans leur interprétation et non spécifiques avec des



variations importantes en fonction de différences méthodologiques entre les études. Ces facteurs interviendraient davantage comme événements précipitants d'une vulnérabilité d'origine multifactorielle préexistante. De manière générale, on retrouve une agrégation familiale des troubles thymiques avec un rôle de l'hérédité, indépendant de l'environnement, en particulier dans le cadre des troubles bipolaires précoces.

Les études de devenir apportent des arguments en faveur d'une vulnérabilité accrue de ces adolescents aux récurrences d'épisodes dépressifs majeurs à l'âge adulte avec des taux de récurrence à 3-5 ans supérieurs à 50 % pour certains auteurs [10, 11]. Dans le contexte de troubles bipolaires, la précocité des premières manifestations serait associée pour certains à un pronostic évolutif plus sévère et un taux de décès par suicide de 19 % au cours des dix premières années d'évolution des troubles [12].

Données cliniques

La fréquence des affects dépressifs à l'adolescence, souvent banalisés, minimisés tant par l'adolescent que par son entourage, risque de conduire le clinicien à méconnaître leur signification [13]. Les difficultés de l'évaluation diagnostique à l'adolescence reposent tant sur les particularités cliniques de l'expérience dépressive à l'adolescence que sur la perception par l'adolescent de ses difficultés propres et les particularités du lien thérapeutique. Ainsi, il n'est pas facile d'obtenir des informations fiables, du fait d'une minimisation, voire d'une occultation des troubles par l'adolescent, en partie liée sans doute à la difficulté à identifier, auto-évaluer les émotions éprouvées, la part subjective de l'expérience vécue. Cette minimisation des difficultés relève également d'interactions environnementales avec une tendance accrue, de la part de l'adolescent mais aussi de son entourage, à rationaliser, à attribuer à des facteurs externes les troubles rencontrés : « c'est la crise d'adolescence », « c'est le contexte social incertain »... Par ailleurs, la « plasticité » relationnelle favorise l'expression de différentes facettes en fonction de l'interlocuteur et du contexte avec des revirements extrêmes et le risque d'une mauvaise appréciation diagnostique.

Les signes d'appel sont, à cet âge, polymorphes et il convient d'être vigilant devant des manifestations comportementales et somatiques peu spécifiques (plaintes somatiques, sentiment de fatigue, de manière générale inquiétudes

centrées sur le corps) (*tableau 1*). Le recours à l'agir, la fréquente « externalisation » de la souffrance psychique à l'adolescence posent souvent la question d'emblée ou secondairement de troubles thymiques au travers d'une autre symptomatologie manifeste.

Les manifestations thymiques se caractérisent par la labilité, la variabilité, la fréquente coexistence d'éléments de la lignée dépressive et maniaque. L'humeur dépressive est souvent exprimée comme sentiment d'ennui, d'insatisfaction face au présent, de vide ou d'attente imprécise et douloureuse de quelque chose, avec une fréquence moindre des idées de culpabilité. Les manifestations d'irritabilité, d'hostilité, d'opposition passive, les mouvements de colère brutaux et immotivés sont également fréquemment retrouvés, parfois associés à des attitudes de « transgression » (prise de drogues, conduites sexuelles à risque...). La dévalorisation en rapport avec la perte de l'estime de soi s'exprime par des sentiments d'infériorité, d'incapacité ou d'insuffisance liés à un domaine particulier (scolaire ou physique) ou à l'ensemble de la personnalité. Ce sentiment d'infériorité peut être dénié ou projeté sur le monde extérieur, l'adolescent ressentant l'impression de ne pas être aimé ou apprécié et manifestant un désintérêt pour le monde environnant. L'idéation suicidaire est retrouvée chez 70 % de ces adolescents (*tableau 2*).

L'inhibition psychomotrice est inconstante avec des fluctuations importantes et la fréquente alternance entre ralentissement et agitation, la moindre fréquence de la classique aggravation matinale. L'inhibition motrice est plus rare que l'inhibition psychique, prenant souvent la forme de troubles subjectifs de la concentration, et à l'origine d'une restriction des intérêts et des investissements avec le risque de désinsertion scolaire, d'isolement social.

Les systèmes de classification internationaux (DSM-IV, CIM-10) optent pour un isomorphisme de la dépression à l'adolescence et à l'âge adulte, reconnaissant toutefois certaines particularités comme la fréquence de manifestations d'irritabilité comme marque de « l'humeur dépressive ». Nous ne détaillerons pas ici les différents instruments d'évaluation de la dépression découlant de ces différentes perspectives. Citons toutefois, l'élaboration et la validation récentes d'un instrument d'hétéro-évaluation élaboré spécifiquement afin d'appréhender l'expérience dépressive en population adolescente. Cet outil dimensionnel est destiné au repérage des états pauci-symptomatiques comme des états dépressifs sévères (Adolescent Depression Rating Scale ADRS : Revah-Levy et Fallissard, copyright AP-HP, 2004).

Tableau 1. Manifestations cliniques de la dépression à l'adolescence

« Classique »	Souvent atypique
Humeur dysphorique	Humeur irritable
Perte globale d'intérêt	Perte sélective d'intérêt
Perte d'appétit	Boulimie, hyperphagie
Insomnie	Hypersomnie
Ralentissement psychomoteur	Agitation psychomotrice
Fatigue, anhédonie	Fatigue, anhédonie relatives
Inutilité, culpabilité	Présents avec démesure
Baisse de la concentration	Baisse du rendement scolaire
Idéation suicidaire	Passages à l'acte, comportements à risque

Tableau 2. Évaluation du risque suicidaire

1. Idéation suicidaire : questions claires et directes
2. Intentionnalité : plan (quand, où, comment ?)
3. Manifestations explicites d'idées et d'intentions suicidaires
4. Antécédents de tentative de suicide ? circonstances précises
5. Évaluation des facteurs de risque : dépression, abus de substances, alcool, troubles des conduites, troubles de la personnalité, psychoses, facteurs de stress familiaux et sociaux
6. Évaluation de l'impulsivité
7. Noter les comportements suspects : isolement, dons, messages, apaisement

Un dernier point mérite d'être souligné : les troubles bipolaires débutent dans 20 à 30 % des cas avant 20 ans

[14]. Pourtant, le diagnostic est rarement posé lors du premier épisode du fait de réticences sous-tendues par la chronicité du mode évolutif conduisant parfois à la banalisation des manifestations thymiques inaugurales. L'expression symptomatique parfois trompeuse conduit également fréquemment à des erreurs diagnostiques avec la fréquence des signes psychotiques (30 % à l'adolescence), parfois au premier plan, et s'atténuant avec la récurrence des épisodes [15], mais aussi la fréquence des formes mixtes ou dominées par les manifestations d'irritabilité, d'agressivité. Un épisode dépressif majeur à début précoce, des éléments psychotiques associés, des antécédents familiaux de troubles bipolaires ou de dépression psychotique, un ralentissement psychomoteur marqué, un virage maniaque sous antidépresseurs doivent faire évoquer le diagnostic de troubles bipolaires dont toutes les formes peuvent débiter à l'adolescence et dont le traitement s'avère souvent complexe (compliance, résistance au traitement).

Repères psychopathologiques

L'adolescence constitue une période charnière, reposant de manière aiguë la question des relations à l'environnement et à soi-même. Cette sollicitation de l'appareil psychique conduit à une mise en tension d'éléments contradictoires et paradoxaux s'articulant autour de l'axe autonomie/dépendance et aboutissant à un remaniement des équilibres antérieurs. Comme toute situation de changement, de modification des équilibres, l'adolescence est donc marquée par l'instabilité : instabilité de l'image de soi, des autres, des investissements, de l'humeur avec la prévalence importante d'affects dysphoriques.

La dépression clinique signe une situation d'impasse développementale, d'échec de l'élaboration du processus adolescent évitant, selon les situations, une désorganisation psychique, la mise en œuvre de défenses comportementales ou psychosomatiques, le colmatage par des conduites addictives ou psychopathiques. Elle pose la question d'une vulnérabilité préexistante (qualité des premières interactions et des liens infantiles, de l'estime de soi) n'autorisant pas le jeu nécessaire à ces remaniements par des assises

suffisamment solides sans être rigides. Les aléas antérieurs du développement constituent également un élément fondamental illustré par la continuité retrouvée avec les troubles de l'enfance : la dépression dans l'enfance constitue ainsi un risque majeur de dépression à l'adolescence.

Toutefois, le vocable « dépression » recouvre des problématiques diverses :

- dépressions réactionnelles avec l'entrée en résonance de la problématique interne et d'événements de vie ;
- dépressions névrotiques où la dépression se présente comme solution de compromis aux conflits intrapsychiques rencontrés ;
- dépressions des « états limites » voire des structures psychotiques marquées par une fragilité narcissique majeure avec vécu d'abandon, d'infériorité.

La prise en compte de ces problématiques, des niveaux de fonctionnement psychiques variés qui les sous-tendent, sera indispensable au fil de la prise en charge, mais souvent difficile à identifier de prime abord.

Prise en charge

L'abord thérapeutique de l'adolescent déprimé se déclinera selon des modalités diverses, associées selon un gradient d'intensité variable en fonction des éléments cliniques, psychopathologiques, du contexte familial, du retentissement des troubles. Cette approche repose donc sur une évaluation minutieuse de la problématique de l'adolescent, de la dynamique familiale, du retentissement des manifestations symptomatiques, du risque suicidaire mais également sur l'appréciation des capacités de mobilisation et de changement de l'adolescent et de son entourage autour du cadre thérapeutique proposé. Elle vise notamment à resituer l'épisode actuel dans l'histoire infantile et récente de l'adolescent permettant la mise en perspective de ces éléments.

L'objectif visé ne réside pas tant dans l'abrasement des affects dépressifs que dans une relance des processus de changement. La situation de consultation, par la reconnaissance, la formulation des affects dépressifs par le clinicien, permet la prise de conscience, la validation d'éprouvés émotionnels, souvent difficilement formulables par l'adolescent lui-même. L'identification et la formulation des affects dépressifs, de leur retentissement, constituent une médiation sur laquelle pourra s'établir la relation thérapeutique. La prise en compte de l'entourage, son implication active dans la prise en charge de l'adolescent constitue également un élément clé afin de garantir la continuité de l'engagement thérapeutique (tableau 3).

La psychothérapie constitue la pierre angulaire de la prise en charge des adolescents déprimés mais elle pourra se décliner selon des modalités, des références théoriques et pratiques différentes (thérapie bifocale, thérapie individuelle, consultations thérapeutiques, médiations thérapeutiques, thérapie familiale...) en fonction de la sémiologie de l'épisode dépressif, des éléments psychodynamiques sous-tendant la symptomatologie dépressive, de la dynamique familiale, de la formation du clinicien...

Tableau 3. Indications d'hospitalisation : garantir la sécurité psychique et physique du patient

1. Contexte familial et social
 - a. Capacité familiale à contenir l'angoisse
 - b. Tolérance des symptômes par l'entourage
 - c. Espace de négociation préservé entre l'adolescent et son entourage
2. Risque de passage à l'acte auto et/ou hétéroagressif
3. Importance des conduites à risque et des conduites addictives
4. Difficultés prévisibles de l'observance
5. Impulsivité et risque suicidaire

Les controverses autour de la sécurité et de l'efficacité de la prescription des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent ont conduit à des prises de position tranchées des autorités sanitaires avec l'interdiction de la prescription d'ISRS (à l'exception de la fluoxétine) aux États-Unis et en Grande-Bretagne, les recommandations de l'Afssaps déconseillant leur utilisation dans ces classes d'âge. Toutefois, il serait dangereux de « diaboliser » une prescription qui constitue un appoint thérapeutique utile dans certaines situations. Cette prescription, le plus souvent, pourra être différée dans le contexte d'une problématique dépressive en cours d'élaboration, d'une dépressivité, d'une anticipation dépressive, d'une lutte symptomatique contre la dépression où la prescription risque alors d'abraser ou d'empêcher un travail de deuil, court-circuitant les réaménagements psychiques à l'œuvre. Pourtant, face à une symptomatologie franche et sévère, « gangue dépressive » entravant tout contact, toute

reconnaissance des difficultés, les antidépresseurs constituent un appoint précieux dans la prise en charge. Cette polémique a cependant pour mérite de mettre en exergue certains points :

- la nécessité d'une *analyse sémiologique fine* afin de limiter la prescription d'antidépresseurs à de réels troubles thymiques et non dans le contexte d'éléments de dépressivité liés aux réaménagements de la personnalité ;
- l'importance de l'*effet placebo* à l'adolescence (70 % [3]) et la sensibilité particulière aux effets secondaires des traitements psychotropes avec le risque rapide d'interruption des soins ;
- la nécessité d'un *travail d'explication autour de la prescription* afin de favoriser l'observance et de clarifier le sens de la prescription comme traitement adjuvant permettant au patient de renouer avec ses capacités et ses ressources internes, limitant ainsi les fantasmes d'emprise, d'incompréhension ;
- l'importance de la *surveillance de la levée d'inhibition* bien connue lors de la prescription d'antidépresseurs et son explication au patient et à l'entourage.

En conclusion, nous soulignerons l'importance d'une prise en charge précoce des manifestations dépressives à l'adolescence. Toute position attentiste fait courir le risque d'un autorenforcement des conduites, entravant les potentialités ultérieures de l'adolescent. Rappelons également l'intérêt de prises en charge conjointes entre pédopsychiatres et médecins généralistes, par exemple, afin de faciliter l'appréhension de ces manifestations symptomatiques dans leur globalité, la construction de l'alliance thérapeutique entre l'adolescent, sa famille et les soignants.

Références :

1. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early and adult-onset psychotic mania. *Am J Psychiatry*. 2000;157:213-9.
2. Angold A, Costello EJ. The epidemiology of depression in children and adolescents. In: *The Depressed Child and Adolescent*. Cambridge; University Press : 2001:143-78.
3. Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37:1234-8.
4. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA. Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years. Part II. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35:1575-83.
5. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*. 1987;77:178-82.
6. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:712-8.
7. Riggs PD, Baker S, Mikulich SK, Young SE, Crowley TJ. Depression in substance-dependent delinquents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34:764-71.
8. Kendall PC, Kortlander E, Chansky TE, Brady EU. Comorbidity of anxiety and depression in youth : treatment implications. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:869-80.
9. Lewinsohn PM, Rhode P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34:510-9.
10. Harrington R, Fudge H, Rutter M. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991;30:434-9.
11. Rao U, Ryan ND, Birmaher B. Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34:566-78.
12. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early and adult-onset psychotic mania. *Am J Psychiatry*. 2000;157:213-9.
13. Corcos M, Jeammet P, et al. Les dépressions à l'adolescence. Paris; Dunod: 2005.
14. Harrington R, Myatt T. Is preadolescent mania the same condition as adult mania? A British perspective. *Biol Psychiatry*. 2003;53:961-9.
15. Goodwin GM, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York; Oxford University Press: 1990.

En résumé : la dépression à l'adolescence

- ▶ La prévalence estimée de la dépression à l'adolescence varie de 0,4 à 8,3 % selon les études. La fréquence des comorbidités, le rôle de l'hérédité, indépendant de l'environnement, la vulnérabilité accrue sont autant de caractéristiques de la dépression à l'adolescence.
- ▶ Les signes d'appel sont, à cet âge, polymorphes et peu spécifiques : la dépression signe un échec de l'élaboration du processus adolescent.
- ▶ L'objectif de la prise en charge n'est pas tant l'abrasement des affects dépressifs que la relance des processus de changement. La psychothérapie en constitue la pierre angulaire.
- ▶ Avec toutes les précautions nécessaires compte tenu des problèmes d'efficacité et de sécurité en cause, la prescription d'antidépresseurs peut constituer un appoint thérapeutique utile dans certaines situations.