

Les Etats Dépressifs Post-Traumatiques

Etude Clinique et Psychométrique de 50 Cas de Dépression Post-Traumatique

JACQUES DE MOL (*)

Après un traumatisme crânien, 50 à 80% des patients développent un syndrome post-commotionnel (Ey et al., 1970). Ce dernier se caractérise par un ensemble de symptômes comprenant habituellement céphalées, vertiges ainsi que diverses manifestations d'allure névrotique (Koupernik et al., 1964). Asthénie, insomnie, difficultés d'attention, pertes de mémoire, troubles sensoriels, neuro-végétatifs et sexuels, constituent les symptômes les plus fréquemment décrits (Geraud et al., 1961; Komarover et al., 1961; Ajzenberg & Mans, 1961; Mignardot & Jallade, 1968; Carrino et al., 1970; Couillaut, 1970; Crahay, 1970; Crochelet, 1970; De Coster, 1974; Violon & De Mol, 1974; Violon, 1977; Besançon & Venisse, 1980; Gérard, 1991; Graber & De Mol, 1991).

Les plaintes dépressives sont de l'ordre de 20% (Crochelet, 1970) à 50% (Turon & Turon, 1979).

Dans une étude réalisée avec Violon (1974) sur une population de 31 traumatisés crâniens «tout venant», le pourcentage des plaintes dépressives est passé de 29% au cours du premier mois post-traumatique à 66% au troisième mois post-traumatique, contrairement aux céphalées

(45% et 48%) et aux vertiges (37% et 33%) qui sont restés stationnaires.

A la labilité émotionnelle, génératrice d'occasionnels affects dépressifs, typique du syndrome post-commotionnel, peut succéder un véritable état dépressif.

C'est ainsi qu'un an après l'accident, Schoenhuber et Gentilini (1988) trouvent un état dépressif chez 39% d'une population de 103 sujets victimes d'un traumatisme crânien fermé.

Selon Ferrey et Gagey (1987), la dépression constitue d'ailleurs la complication psychique la plus fréquente après un traumatisme crânien.

Turon et Turon (1979) précisent que cette dysthymie peut évoluer indépendamment du syndrome post-commotionnel et qu'elle se caractérise par une perception douloureuse du monde extérieur, des sentiments d'incapacité et d'incurabilité à l'origine de ruminations ainsi que par des paroxysmes anxieux provenant d'inquiétudes pénibles concernant le devenir familial ou professionnel.

Dans une étude réalisée avec Genaux (1987) sur le test de Rorschach dans les syndromes dépressifs post-traumatiques, nous avons montré que la moitié de nos 47 accidentés se plaignaient ouvertement de dépression et qu'ils ne se distinguaient pas des autres traumatisés par l'âge, le sexe, la gravité du trauma ni par l'éventuelle intervention neuro-chirurgicale réalisée.

En revanche, leurs autres plaintes, plus

(*) Docteur en Psychologie. Unité d'Expertise Médico-Psychologique. Service de Psychiatrie (Prof. I. Pelc) de l'Université Libre de Bruxelles.

nombreuses, portaient surtout sur les difficultés de concentration, les troubles auditifs, les perturbations du sommeil, les oppressions, les anxiosités, l'agitation, le nervosisme, l'irritabilité, les accès de colère et les troubles sexuels.

Ce syndrome «dépressif» se présentait donc comme une dysthymie associée à une symptomatologie anxieuse.

C'est dans ce cadre des névroses post-traumatiques que Lishman (1973) situe les troubles dépressifs au même titre que les états anxieux s'accompagnant de manifestations phobiques ainsi que les réactions neurasthéniques avec fatigabilité, irritabilité et intolérance au bruit.

L'existence d'un état dépressif dans les suites d'un accident n'est pas sans répercussions sur le plan médico-légal.

Pourtant, Ferrey et Gagey (1987) font remarquer que la dépression est souvent négligée, voire passée sous silence, peut-être en raison d'une intensité «modeste», peut-être ainsi du fait d'un certain «retard» par rapport au trauma.

En effet, comme pour la plupart des manifestations psychopathologiques post-traumatiques, il n'est pas rare d'observer une phase de latence entre l'accident et les premiers troubles dépressifs.

Se pose alors la question de l'imputabilité de l'accident sur les syndromes psychiatriques observés.

Aussi n'est-il pas sans intérêt d'étudier les caractéristiques sémiologiques et psychométriques rencontrées dans les cas de dépression post-traumatique.

1. ECHANTILLON

L'étude porte sur 50 cas de dépression post-traumatique émanant de dossiers d'expertise médico-psychologique.

Il s'agit de 31 hommes et de 19 femmes, dont l'âge varie de 20 à 73 ans.

Trente-huit sont de nationalité belge, 5 de nationalité italienne ou espagnole, 7 d'origine maghrébine.

Onze sont ouvriers non qualifiés, 26 ouvriers qualifiés ou employés, 8 commerçants et 5 cadres.

Trois d'entre eux sont sans emploi au moment de l'accident.

Dans les antécédents personnels, on retrouve 11 cas d'accident et 9 cas de dépression.

Dans les antécédents familiaux, on relève 18 cas de troubles anxieux, dépressifs et éthyliques.

2. ACCIDENT

Vingt-neuf sujets ont été victimes d'un accident de la circulation, dix-sept d'un accident sur le lieu de travail et quatre d'un accident dans la vie privée.

Vingt-et-un n'ont pas perdu connaissance.

Vingt-quatre n'ont présenté qu'une brève perte de connaissance. Cinq ont perdu connaissance depuis plus d'une heure, l'un d'eux ayant présenté une phase semi-comateuse durant un mois.

Dix patients ont été examinés durant la première année post-traumatique; dix-huit durant la deuxième année post-traumatique; neuf durant la troisième année; et treize au cours des années suivantes.

Parmi les 47 sujets qui exerçaient une activité professionnelle, 21 n'ont jamais repris leur travail.

Onze ont retrouvé leur activité antérieure et quinze ont dû, après une ou plusieurs périodes d'essai, abandonner leur travail ou changer d'emploi.

3. LA DEPRESSION

Pour les besoins de l'étude, n'ont été retenus que les patients obtenant un score supérieur à 12 à l'échelle de dépression de Hamilton (version 24 items) et une note inférieure à 5 (soulignant la nature non endogène de l'état dépressif) à l'échelle de dépression de Newcastle.

De ce fait, les troubles de l'humeur, mentionnés par les 50 patients de l'étude, s'inscrivent dans le cadre d'une pathologie dépressive réactionnelle avérée, d'intensité légère à sévère.

Dix patients obtiennent un score situé entre 12 et 19, 21 entre 20 et 24 et 19 entre 25 et 32 à l'échelle de dépression de Hamilton.

Si aucun sujet ne présente d'emblée une pathologie dépressive avérée, 33 patients développent cependant leur état dépressif durant la première année post-traumatique.

Dans la plupart des cas, cette symptomatologie

TABLEAU 1

Rumination mentale	96%	Précordialgies	54%
Diminution de la concentration et de la mémoire	94%	Idéation suicidaire	54%
Tristesse	92%	Tremblements	52%
Découragement	92%	Perte pondérale	48%
Céphalées	88%	Pondérale	48%
Eveils nocturnes	88%	Nausées	42%
Irascibilité	86%	Phosphènes	40%
Conduites compulsives de vérification	86%	Diminution de la vision	40%
Nervosisme	84%	Eveils matinaux précoces	40%
Asthénie	84%	Troubles gastriques	38%
Sentiments d'autodévalorisation	78%	Acouphènes	36%
Difficultés d'endormissement	78%	Agoraphobie	36%
Intolérance au bruit	76%	Anxiophobie de la voiture	36%
Hyperémotivité	74%	Perte d'appétit	32%
Attitude de méfiance	70%	Agressivité	26%
Pessimisme	68%	Diminution de l'audition	24%
Idées noires	68%	Lypothymies et syncopes	18%
Palpitations	68%	Vomissements	18%
Sudations	66%	Diarrhée	12%
Fatigabilité	66%	Constipation	10%
Vertiges	62%	Repli sur soi	8%
Cauchemars	62%	Claustrophobie	6%
Photophobie	62%		
Sécheresse de la bouche	62%		
Bouffées de chaleur	60%		
Désintérêt	60%		
Oppressions	58%		
Troubles de la libido	58%		

dépressive apparaît de manière insidieuse et progressive.

4. SEMIOLOGIE

Si, parmi les plaintes les plus fréquemment alléguées (Tableau 1), il n'est pas surprenant de retrouver l'humeur dépressive par l'évocation de sentiments de tristesse et de découragement, il est par contre plus étonnant de voir mentionner aussi systématiquement la rumination mentale.

Cette dernière traduit une focalisation anxieuse sur les symptômes post-commotionnels comme sur les répercussions conjugales, familiales, financières et socio-professionnelles qui en découlent.

Il en résulte une centration hypochondriaque sur soi avec confrontation des troubles persistants par rapport à l'état de santé prémorbide.

Des difficultés d'attention, de concentration, de mémoire et d'endurance au travail, par le vécu de diminution intellectuelle qu'elles engendrent constituent également une source d'angoisse et de rumination.

Les modifications du caractère mais aussi les perturbations du sommeil, les céphalées, l'asthénie sont évoquées par les 3/4 de nos patients.

Mentionnés par plus d'un sujet sur deux se retrouvent d'autres éléments dépressifs tels que pessimisme, idées noires et suicidaires, désintérêt mais aussi divers troubles neuro-végétatifs, sensations vertigineuses, cauchemars et émoussement de la libido.

TABLEAU 2

Sous-groupes	Délais	0 à 1 an (n=10)	1 à 2 ans (n=18)	2 ans et + (n=22)
dépression narcissique (n=21)		70%	56%	18%
dépression anaclitique (n=29)		30%	44%	82%

TABLEAU 3

Facteurs de dépression	Délais	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 ans et +
Symptômes persistants		80%	67%	9%
Perte ou limitation professionnelle		10%	11%	36%
Abandon sentimental et/ou problème relationnel		10%	17%	41%
Sentiments d'incompréhension et/ou d'injustice		0%	5%	14%

Les troubles sensoriels, digestifs et intestinaux, au même titre que les diverses anxiophobies, quoique moins fréquemment évoqués, complètent l'ensemble de la symptomatologie alléguée.

Par la fréquence et les caractéristiques des plaintes alléguées, le tableau clinique des états dépressifs post-traumatiques offre une sémiologie associant symptômes asthéo-dépressifs, anxieux et post-commotionnels.

Sur base des critères établis par le DSM III-R, cette sémiologie correspond au diagnostic de dysthymie.

Au travers du discours dépressif de nos patients, 2 sous-groupes peuvent être définis: le premier comprend 21 sujets qui associent leur dépression à la persistance des symptômes post-traumatiques initiaux et aux répercussions des troubles de la lignée post-commotionnelle sur leur état de santé et leur vie quotidienne. La dépression dont souffrent ces patients résulte surtout d'une blessure narcissique.

Le second sous-groupe porte sur les 29 autres patients qui expliquent leur dépression par les répercussions des symptômes post-traumatiques sur leur vie conjugale, familiale et socio-professionnelle.

Si la plupart de ces patients présentent égale-

ment une blessure narcissique, leur dépression résulte avant tout d'une angoisse de «perte d'objet» ainsi qu'en témoignent les situations réelles ou fantasmées d'abandon sentimental ou de perte de l'activité professionnelle.

Pour des raisons de commodité statistique et sans préjuger pour autant de la personnalité de base de ces patients, nous qualifierons la dépression du premier sous-groupe de «narcissique», celle du second d'«anaclitique».

L'étude statistique valide l'existence de ces sous-groupes. Le Tableau 2 montre d'avantage de dépressions anaclitiques lorsque le délai entre le moment de l'examen et l'accident s'accroît (Chi carré p.007).

Le Tableau 3 souligne également l'importance que prennent les facteurs de dépression autres que l'état de santé après la deuxième année post-traumatique.

En effet, les patients évoquent les répercussions des modifications de leur caractère et de leur humeur sur leur vie conjugale, familiale et socio-professionnelle.

Si, au cours de la première année post-traumatique, les proches des victimes d'accident se révèlent assez tolérants à l'égard de leurs troubles, ceux-ci finissent par perdre patience

TABLEAU 4

Sous-groupes	Nationalité	Belge (n=38)	Etrangère (n=12)
dépression narcissique (n=21)		50%	17%
dépression anaclitique (n=29)		50%	83%

TABLEAU 5

Sous-groupes	Nombre de plaintes neuro-végétatives	0 à 2 ans	3 à 5 ans
dépression narcissique		52%	48%
dépression anaclitique		79%	21%

et se lasser. L'incompréhension qui en découle finit par entraîner des heurts et des conflits, non seulement dans la vie privée, mais aussi professionnelle.

D'autres éléments sont également susceptibles d'expliquer la dépression post-traumatique.

En effet, le Tableau 4 montre l'influence de la nationalité dans les cas de dépression anaclitique.

Un plus grand nombre d'étrangers développe un état dépressif réactionnel à d'autres facteurs que l'état de santé (Chi carré p.08). Par contre, aucune liaison statistique (Chi carré p.42) n'est observée entre le niveau social et les sous-groupes de dépression.

L'étude des facteurs prémorbides ne montre de corrélation qu'entre la présence de cauchemars et un état dépressif antérieur d'une part, des antécédents anxio-dépressifs familiaux d'autre part.

Aucun autre symptôme post-traumatique n'est statistiquement lié aux éventuelles pathologies dépressives, familiales ou personnelles, prémorbides.

Si, parmi les symptômes post-commotionnels, les céphalées ne sont guère corrélées avec les sous-groupes de dépression, il n'est pas de même en ce qui concerne les troubles neuro-végétatifs.

En effet, ces derniers (Tableau 5), par l'aspect

angoissant que suscitent les palpitations, les précordialgies, les oppressions, les lipothymies et les manifestations syncopales, sont statistiquement plus fréquents dans les dépressions narcissiques qu'anaclitiques (Chi carré p.08).

5. OBJECTIVATION PSYCHOMETRIQUE

La fréquence des plaintes cognitives et psycho-affectives motive le recours à un examen psychométrique afin d'objectiver la nature, l'intensité et l'ampleur des troubles mentionnés.

Le dysfonctionnement cognitif décrit par la majorité de nos patients porte sur l'altération des capacités d'attention, de concentration, de mémoire, d'apprentissage et d'endurance au travail.

Les difficultés d'attention et de concentration sont investiguées grâce au test des 2 barrages de Zazzo.

Lorsque la tâche s'avère simple (un item-cible à barrer), le score moyen de la vitesse d'exécution apparait normal.

En revanche, 59% des patients offrent un score de précision inférieur aux normes. Aussi, un patient sur 2 en moyenne (51%) déploie-t-il un rendement médiocre.

Lorsque la tâche se complique (2 items-cibles

TABLEAU 6
Profil de Rendement Mnésique de Rey

SOUS-TESTS	1	2	5	3	4	6	7
Réponses correctes	20	12,6	16,5	14,2	13	11	10,6
Ecart-type	0	2,9	3,6	4	4,5	3,3	3,9
NOMBRE DE PATIENTS							
Résultats inférieurs	0	22	16	23	23	31	34
Résultats normaux	46	24	30	23	23	15	12

TABLEAU 7

	Dépression	Ralentissement	Test de Zazzo		Digit Span	Benton	PRM	
			R1	R2			Sous Test 6	Sous Test 7
Anxiété	.758**		-.11	-.11			-.145	.063
Dépression		.414*	-.34	-.31	-.10	-.08	-.274	-.081
Ralentissement			-.50**	-.52**	-.35*	-.22	-.402*	-.339*

* Significatif à .01. ** Significatif à .001

à barrer), la vitesse moyenne reste dans les normes.

Par contre, 80% des patients ne parviennent pas à réaliser l'épreuve avec une précision suffisante.

Cette fois, le rendement devient médiocre pour 63% des patients. On en conclut à un phénomène de fatigabilité mentale.

La mémoire immédiate est testée par l'épreuve des séries de chiffres du Wechsler-Bellevue ainsi que par le test de rétention visuelle de Benton (version choix multiple).

Les capacités de mémoire immédiate sont généralement préservées puisque seuls 6 patients sur 47 au test de Wechsler et 9 sur 47 au test de Benton obtiennent des notes inférieures aux normes.

En revanche, l'apprentissage apparaît beaucoup plus laborieux et la mémoire à long terme perturbée.

Au profil de rendement mnésique de Rey, les

résultats moyens aux divers sous-tests s'écartent tous des limites de la normalité (Tableau 6).

Les troubles de l'apprentissage s'observent chez un patient sur 2 en moyenne (Tableau 6).

De plus, un phénomène de fatigabilité mentale entraîne un déficit de la mémoire différée (sous-test 7 du PRM) chez 74% des patients.

Ces données psychométriques permettent d'objectiver chez la plupart des patients les problèmes cognitifs qu'ils rencontrent.

Reste à préciser la nature de ce dysfonctionnement cognitif. L'analyse statistique (Tableau 7) plaide beaucoup plus en faveur d'une origine asthénique qu'anxio-dépressive.

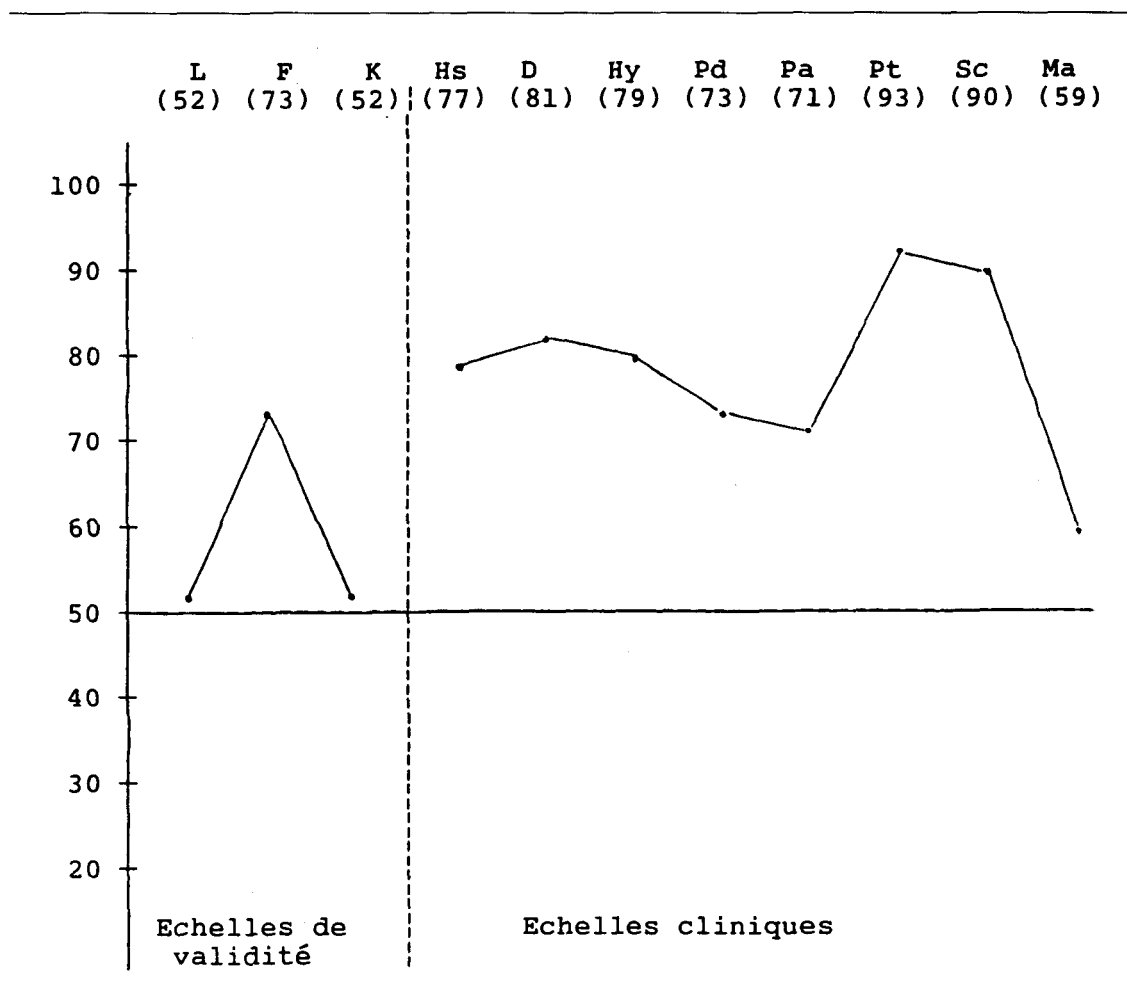
En effet, si l'intensité de l'état dépressif n'est corrélée qu'avec l'intensité de l'anxiété et du ralentissement, en revanche, seul ce dernier influe statistiquement sur le fonctionnement cognitif, à l'exception de la mémoire visuelle.

Cette asthénie post-traumatique se répercute également sur la reprise du travail. En effet,

TABLEAU 8

	Reprise du travail	Echec et/ou mutation	Non-reprise du travail
Peu ou non ralentis (score $\leq -1,5\sigma$)	38%	38%	24%
Ralentis (score $\geq -1\sigma$)	11%	27%	62%

FIGURE 1



plus que la sévérité de l'état dépressif, le ralentissement que présente la plupart des patients constitue le frein essentiel à la reprise professionnelle.

Si aucune corrélation ne s'observe entre

l'intensité de l'état dépressif apprécié par l'échelle de dépression de Hamilton et la reprise du travail, par contre (Tableau 8) l'existence d'une asthénie appréciée par le score obtenu à l'échelle de ralentissement de Widlocher est

statistiquement liée à l'échec de la reprise professionnelle (Chi carré p.008).

Le ralentissement psychomoteur et idéatoire explique le mieux la proportion des patients qui n'ont pu reprendre leur activité professionnelle.

Septante-six pourcent des patients qui n'ont pas retrouvé leur travail antérieur ou qui n'ont pu reprendre quelque activité que ce soit sont des sujets ralentis.

Si les épreuves cognitives objectivent l'asthénie des patients, les tests de personnalité permettent d'avoir une vision plus globale des troubles psycho-affectifs post-traumatiques.

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, dans sa version Minimult (Figure 1), donne l'image du profil moyen de la personnalité de nos patients déprimés.

Si les échelles de validité L et K offrent des scores tout à fait normaux, l'échelle F par contre dépasse légèrement les limites de la normalité. Ce résultat traduit surtout un problème d'attention.

A l'exception de l'échelle d'hypomanie, toutes les échelles cliniques s'écartent des limites de la normalité.

Par ordre d'importance, les scores les plus élevés s'observent aux échelles de psychasthénie, de schizophrénie, de dépression, d'hystérie, d'hypochondrie et, à un moindre degré, de psychopathie et de paranoïa.

Ce profil de personnalité témoigne essentiellement de la sévérité des troubles anxio-dépressifs.

Outre la thymie dépressive, on note la propension aux manifestations phobo-obsessionnelles, au repli sur soi, à la centration hypochondriaque sur soi, à l'impulsivité et au vécu persécutif.

Toutes ces manifestations psycho-pathologiques corroborent les plaintes mentionnées par nos patients (voir Tableau 1).

Le psychodiagnostic de Rorschach (Tableau 9) se caractérise par un faible nombre de réponses, l'importance des réponses G par rapport aux D qui sont peu nombreux. Les Dbl et les Dd sont rares. Il y a peu de Kinesthésies humaines.

Un nombre important de patients développe une appréhension sensorielle qui domine leurs capacités de contrôle formel. L'adaptation aux normes sociales est faible.

Les planches IX, VI et II et, à un moindre

degré, IV, VII et X suscitent beaucoup de chocs et de refus.

Par la couleur rouge, en éclaboussures, et sa conformation en 2 moitiés massives qui se touchent autour d'une lacune centrale, la planche II est incontestablement celle qui ravive tout ce qui est lié au traumatisme: les thèmes d'agression, de violence, de blessure sanglante y sont légion.

Ces chocs sont statistiquement liés à la présence de cauchemars dans l'évocation des symptômes (Chi carré p.008).

Quelle que soit la personnalité de base mise en évidence, le trauma subi entraîne une décompensation et/ou une régression affective dont les caractéristiques se retrouvent au test de Rorschach.

Une étude plus détaillée en a été réalisée avec Marlier et Graber (1992).

6. CONCLUSION

Si la dépression post-traumatique constitue une entité clinique superposable aux critères diagnostiques DSM III-R de dysthymie, il n'en reste pas moins qu'elle s'en différencie par la persistance de symptômes post-traumatiques, commotionnels ou autres, qui colorent le syndrome psychique.

Les données sémiologiques confirment ce mélange de troubles asthénio-dépressifs, anxieux et post-commotionnels, dominés cependant par la rumination mentale.

En effet, l'accident subi, par ses répercussions sur l'intégrité physique et/ou psychique d'abord, sur la vie conjugale, familiale et socio-professionnelle par la suite, laisse une trace angoissante voire «obsédante» au niveau de la psyché.

Aussi n'est-il guère surprenant, comme le précisent Ferray et Gagey (1987), de voir la dépression survenir sur un syndrome subjectif avéré puis se développer pour son propre compte.

Les deux sous-groupes auxquels nous ont conduits les propos et le vécu de nos patients quant à l'origine de leur dépression se sont vu validés par l'étude statistique.

Si ces deux sous-groupes peuvent bien évidemment se recouper, ils se distinguent cependant l'un de l'autre par la nature principale de l'angoisse qui détermine le développement de l'état dépressif.

TABLEAU 9

	moyenne	écart-type
R	15	6,5
G	8	3,6
D	6,7	4,2
Dd	0,3	
F %	59,3	19,5
F+ %	62,9	22,6
A %	47,8	17,6
H %	13,7	9
Anat	1,74	1,82
Anat %	11,6	12,3
Sang	0,56	0,7
Sex	0,16	
Objet	1,04	1,4
Arch	0,08	
Symb	0,14	
Bot	0,44	
Frag	0,38	
Géo	0,18	
Pays	0,16	
Abstr	0,24	
Divers	0,94	
R % (VIII+IX+X)	30,3	8,8
Anzieu %	16,7	18,7
E K	1,24	0,8
E C	2,7	2,8
FC	1,1	1,3
C	1	1,5
CF	0,6	1
E k	1,4	1,6
E E	0,2	0,3
Ban	3,3	1,8
Ban %	22	12
Refus	1,1	1,4
Choc	0,8	1,4

La dépression résultant de la blessure narcissique apparaît plus précocément que l'autre.

La remise en cause de l'image de soi qui la caractérise a d'ailleurs fait l'objet d'une étude sur l'impact psychique des séquelles post-traumatiques au test de Rorschach (De Mol, 1990).

Plus tardive, la dépression anaclitique trouve son origine dans les situations d'angoisse réelle

ou fantasmée de perte d'objet sentimental et/ou professionnel.

L'incompréhension de l'entourage aux symptômes post-traumatiques persistants ou l'intolérance aux modifications du caractère et du comportement entraînent conflits et disputes susceptibles d'aboutir à une situation de rupture.

L'incapacité à reprendre le travail antérieur ou un emploi de même qualification, les échecs

des tentatives de reprise professionnelle, les problèmes financiers et matériels qui en découlent expliquent de telles décompensations.

Les problèmes liés à la reprise du travail reposent plus sur l'asthénie que sur l'anxiété ou l'humeur dépressive.

C'est également l'asthénie, avec le ralentissement psychomoteur et idéatoire qui la caractérise, qui est corrélée avec le dysfonctionnement cognitif objectivé par le testing psychométrique.

Cette conclusion à laquelle nous a amenés l'étude statistique n'est guère surprenante. En effet, parmi les différentes formes de dépression post-traumatique citées dans la littérature, la «neurasthénie post-traumatique» apparaît comme la plus fréquente.

Celle-ci se traduit par une lassitude, une aphasie, une fatigabilité, de l'inattention, des troubles de la mémoire, des plaintes hypochondriaques et une impuissance sexuelle (Angelergues & Audisio, 1964). Considérée par Ley (1969) également comme la forme la plus fréquente de névrose post-traumatique, la neurasthénie, bien que d'origine anxieuse, peut révéler un certain degré de dépression qui orientera le diagnostic vers une «dépression névrotique» ou «hypochondriaque».

Marin et Cotte (1969) ainsi que Guyotat et Audras (1970) précisent que l'élément dépressif demeure le plus souvent latent et qu'il apparaît préférentiellement sous forme d'adynamie et de désintérêt.

Merskey et Woodforde (1972) caractérisent ce syndrome aboulique par un mélange de symptômes post-commotionnels tels que céphalées, vertiges, pertes de mémoire et de troubles affectifs tels que dépression, anxiété, perte d'énergie et désintérêt.

C'est ainsi que Menier et Loo (1980) en sont venus à décrire un «syndrome privatif des traumatisés crânio-cérébraux», en insistant sur l'importance des symptômes d'aboulie, d'asthénie, d'aphasie et d'ataraxie.

Au terme de l'étude sur le test de Rorschach réalisé avec Genaux (1987), nous avons retenu deux formes de dépression post-traumatique: la première qualifiée de «dépression masquée» et qui rejoint les descriptions cliniques de la névrose neurasthénique post-traumatique, la seconde qualifiée de «dépression névrotique ou hypochondriaque post-traumatique» où

l'élément dépressif est dominant et colore la symptomatologie post-commotionnelle d'une composante beaucoup plus anxieuse.

Tant au travers de cette étude que dans d'autres travaux (De Mol 1973, 1975, 1978), le recours au test de Rorschach s'avère indispensable à la bonne compréhension des phénomènes psycho-pathologiques post-traumatiques.

Il faut aussi souligner que la dépression post-traumatique apparaît assez rebelle aux traitements entrepris (Saran 1985; Dinan & Mobayed, 1992). Toutefois, les prises en charge précoces s'avèrent souvent bénéfiques (Violon 1976; Gastpar 1978).

L'expertise des cas de dépression dans les suites d'un accident se devra d'établir un diagnostic différentiel avec les dépressions endogènes ou résultant d'éléments de vie indépendants du trauma, d'envisager l'influence d'un éventuel état dépressif antérieur, de décrire les facteurs d'angoisse à l'origine de la décompensation psychique post-traumatique ainsi que les éventuelles réactions caténales entre l'état dépressif et le trauma, de préciser non seulement l'intensité des manifestations anxio-dépressives mais aussi asthéniques, d'objectiver les plaintes cognitives et psycho-affectives par un examen psychométrique détaillé et d'apprécier les répercussions des séquelles psycho-pathologiques sur la capacité de travail.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzenberg, D. & Mans, J. (1961). Contribution à l'étude des séquelles des traumatismes crâniens. *Ann. Méd. Psychol.*, 119: 713-719.
- Angelergues, R. & Audisio, M. (1964). Troubles mentaux secondaires aux traumatismes crâniens. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37520 1 10.
- Besancon, G. & Venisse, JI. (1980). Intérêt et limite des examens complémentaires dans les suites des traumatismes crâniens dépourvus de signes cliniques. Le point de vue du psychiatre: syndrome subjectif des traumatisés crâniens. *Rev. Oto-neuro-ophthal.*, 52: 400-405.
- Carrino, L., Amieux, M.C. & Pellet, J. (1970). Sur la prise en charge des troubles dits subjectifs des traumatisés crâniens. *CML*, 46: 3192-3202.
- Couillaut, S. (1970). Etude des séquelles des traumatismes crâniens dans un milieu sidérurgique, principalement du syndrome commun des

- traumatisés crânio-cérébraux. *Arch. Mal. Prof.*, 31: 381-392.
- Crahay, S. (1970). Etude des corrélations existant entre les manifestations cliniques et les investigations psychométriques dans les séquelles éloignées des traumatismes crâniens. *Acta Psychiat. Belg.*, 70: 280-319.
- Crochelet, Y. (1970). Considérations sur l'apport de l'examen médico-psychologique dans l'expertise du syndrome post-commotionnel subjectif des traumatisés crâniens. *Acta Psychiat. Belg.*, 70: 233-279.
- de Coster, J. (1974). Le syndrome post-commotionnel. *Acta Oto-Rhino-Laryng. Belg.*, 28: 761-768.
- de Mol, J. (1973). La dynamique psychologique des traumatisés crâniens à travers le symbolisme de la planche VII du Rorschach. *Ann. Méd. Psychol.*, 131: 609-618.
- de Mol, J. (1975). Le test de Rorschach chez les traumatisés crâniens. *Bull. Psychol. (Paris)*, XXIX: 747-757.
- de Mol, J. (1978). Valeur pronostique du test de Rorschach dans le syndrome subjectif des traumatisés du crâne. *Bull. Soc. Franç. Rorschach Méth. Proj.*, 31: 53-62.
- de Mol, J. (1990). Les modifications post-traumatiques de la représentation de soi au test de Rorschach. *Bull. Soc. Franç. Rorsch. Méth. Proj.*, 34: 77-84.
- de Mol, J. & Genaux, J. (1987). Test de Rorschach et syndromes dépressifs post-traumatiques. *Acta Psychiat. Belg.*, 87: 676-687.
- Dinan, T.G. & Mobayed, M. (1992). Treatment resistance of depression after head injury: a preliminary of amitriptyline response. *Acta Psychiat. Scand.*, 85: 292-294.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1970). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Ferrey, G. & Gagey, P.M. (1987). Le syndrome subjectif et les troubles psychiques des traumatisés du crâne. *Encycl. Méd. Chir.*. (Paris), Psychiatrie, 37520 A 10: 12.
- Gastpar, M. (1978). Post-traumatic depression: its value and treatment. *Reconstr. Surg. Traumat.*, 16: 101-112.
- Gerard, J.M. (1991). Le syndrome post-commotionnel. In *Actualités du dommage corporel* (Edit. Juridoc, Bruxelles) Vol. 1: 13-16.
- Geraud, J., Bourbet, J., Huron, R., Barrere, L. & Calvade, B. (1961). Les problèmes posés par l'intégration et le maintien dans les milieux de travail des traumatisés crâniens. *Arch. Mal. Prof.*, 22: 487-503.
- Graber, S. & de Mol, J. (1991). Psychiatrie et traumatisme crânio-cervical. In *Actualités du dommage corporel*, Vol I, pp: 115-120, Bruxelles: Edit. Juridoc.
- Guyotat, J. & Audras, M. (1970). Sur la prise en charge psychothérapeutique des traumatisés crâniens. *CML*, 46: 3181-3187.
- Komarover, I., Dreyfus, J.H., Veil, C. & Fingoud, M. (1961). Sur la nécessité d'une réadaptation progressive des traumatisés crâniens. *Arch. Mal. Prof.*, 22: 518-521.
- Koupernik, C. (1961). Le syndrome subjectif des traumatisés cervico-crâniens. *Concours Méd.*, 86: 7097-7100.
- Ley, J. (1970). Les névroses post-traumatiques. Etude médico-légale. Approche clinique et pathogénique. In *Congrès Psychiatrie et Neurologie de langue française*, Bruxelles, 1969, Vol. II, pp.: 1181-1291, Paris: Masson.
- Lishman, W.A. (1973). The psychiatric sequelae of head injury: a review. *Psychol. Med.*, 3: 304-318.
- Marin, A. & Cotte, L. (1970). L'expertise des névroses post-traumatiques. In *Congrès Psychiatrie et Neurologie de langue française*, Bruxelles, 1969, pp.: 1293-1406, Paris: Masson.
- Marlier, T., de Mol, J. & Graber, S. (a paraître). Le test de Rorschach dans les dépressions post-traumatiques. *Psychol. Med.*
- Menier, J. & Loo, P. (1980). Le syndrome privatif des traumatisés crânio-cérébraux. *Ann. Méd. Psychol.*, 138: 261-275.
- Merskey, H. & Woodforde, J.M. (1972). Psychiatric sequelae of minor head injury. *Brain*, 95: 521-528.
- Nignardot, J. & Jallade, S. (1968). Le syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne. *J. Méd.* 651-669, Lyon.
- Saran, A.S. (1985). Depression after minor closed head injury: role of dexamethasone suppression test and antidepressants. *J. Clin. Psychiat.*, 46: 335-338.
- Schoenhuber, R. & Gentilini, M. (1988). Anxiety and depression after mild head injury: a case control study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 51: 722-724.
- Turon, R. & Turon, J. (1979). *Le syndrome psycho-organique des traumatisés crâniens avec essai d'une quantification des défférentes données cliniques, électro-encéphalographiques, psychométriques*. Ed. Van Hoof, UCB.
- Violon, A. (1976). Psychothérapie précoce des syndromes post-traumatiques. A propos d'un cas. *Acta Psychiat. Belg.*, 76: 126-137.
- Violon, A. (1977). La notion de syndrome post-commotionnel. *Acta Psychiat. Belg.*, 77: 468-477.
- Violon, A. & de Mol, J. (1974). Etude neuropsychologique de l'évolution à court terme des traumatisés crâniens. *Acta Psychiat. Belg.*, 74: 176-232.

RESUME

A partir de dossiers d'expertise médico-psychologi-

ques, l'auteur examine les caractéristiques sémiologiques et psychométriques d'un groupe de 50 accidentés souffrant de troubles dépressifs.

Leur symptomatologie se caractérise par un ensemble de manifestations asthénodépressives, anxieuses et post-commotionnelles.

Une étude statistique valide l'existence de deux sous-groupes se différenciant essentiellement par le facteur déclenchant la décompensation dépressive.

Les examens psychométriques objectivent les plaintes cognitives et psycho-affectives et soulignent l'importance de l'asthénie post-traumatique.

Enfin, après avoir confronté les résultats obtenus avec les données de la littérature, l'auteur insiste sur les aspects médico-légaux des dépressions post-traumatiques.

SUMMARY

The author examined the semiological and psychometric characteristics of 50 head injured patients suffering from depression.

The symptomatology is characterised by associated depressive, asthenic, anxious and post-concussional manifestations.

Statistics validated the existence of two sub-groups differentiating mainly on the basis of the stress factor precipitating the depressive decompensation.

Psychometric objectived the cognitive and psycho-affective complaints and pointed out the prevalence of post-traumatic asthenia.

After reviewing the literature, the author described the forensic aspects of post-traumatic depression.

RESUMO

A partir de processos de exames periciais, o autor examina as características semiológicas e psicométricas de um grupo de 50 traumatizados craneanos com queixas depressivas.

A sintomatologia caracteriza-se por um conjunto de manifestações asteno-depressivas, ansiosas e pós-comocionais.

Um estudo estatístico valida a existência de dois sub-grupos que se diferenciam essencialmente pelo factor desencadeador da descompensação depressiva.

Os exames psicométricos objectivam as queixas cognitivas e psico-afectivas e sublinham a importância da astenia pós-traumática.

Finalmente, após ter confrontado os resultados obtidos com os dados da literatura, o autor insiste sobre os aspectos médico-legais das depressões pós-traumáticas.