

Mars 2011 - Vol.169 - N°2 - p. 79-142 - ISSN 0003-4487	
	
<h1>Annales Médico Psychologiques</h1>	
REVUE PSYCHIATRIQUE fondée en 1843 par J. Baillargier	BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE
<b>MÉMOIRES</b>	
Présentation de l'Entretien Semi-structuré MMRegistres S. Sibéto, C. Kasmakab, J.-F. Allaire .....	79
Une approche de la phénoménologie de la dépression par l'Entretien Semi-structuré MMRegistres C. Kasmakab, S. Sibéto, J.-F. Allaire .....	84
Dépendance physiologique et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives A. Bonnet, M. Bajbouj, V. Bréguet, J.-L. Redinielli .....	92
La science peut-elle être utile à la pratique ? Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France B. Lamboz .....	98
La créativité du patient parkinsonien L. Bindez, M. Arshak, C. Blanchard, P. Vidulich .....	104
<b>SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE : SÉANCE DU LUNDI 27 SEPTEMBRE 2010</b>	
<b>LES ÉMOTIONS</b>	
<b>IN MEMORIAM</b>	
Éloge Lucrèce à la mémoire de Madame le Docteur Jacqueline Verdeau-Pallée M. Lavenex .....	108
Hommage à Madame le Docteur Jacqueline Verdeau-Pallée P. Pennac .....	110
Couverture de la séance .....	111
<b>COMMUNICATIONS</b>	
La détection cérébrale précoce des émotions M. Geigley .....	112
Mémoire émotionnelle du soi C. Lamogna, L. Beauguain, P. Fossati .....	116
Apport du Multimorph à l'étude des processus de Reconnaissance Émotionnelle Faciale (REF) : Exemple de la personnalité borderline à l'adolescence M. Razin, S. Barthoz, G. Kozak, C. Digne-Le Bigne, F. Curt, M. Spiranou, D. Szejnbe, A. Pflaum-Schlotter, M. Corcos .....	120
Balaise émotionnelle dans les troubles anxieux et dépressifs A. Falissard .....	124
Faut-il traiter ou accepter ses émotions ? L. Sila .....	128
<b>DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU</b>	
Information et vécu parental du diagnostic de l'autisme. II. Effets des troubles et qualité de vie L. Bhaud, J.-C. Guenot .....	132
<b>ANALYSE DE LIVRES</b> .....	140


This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



Mémoire

## Une approche de la phénoménologie de la dépression par l'Entretien Semi-structuré Multiregistres

### *Investigating the phenomenology of depression through the Algorithmically Structured Systematic Exploration of Subject's State of Mind*

C. Kosmadakis<sup>a,b</sup>, S. Stoléro<sup>c,\*,d</sup>, J.-F. Allilaire<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Université Pierre-et-Marie-Curie, 75005 Paris, France

<sup>b</sup> Service de psychiatrie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>c</sup> Inserm, U669, 123, rue de Reuilly, 75012 Paris, France

<sup>d</sup> Université Paris V René-Descartes, 75270 Paris cedex 06, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 février 2010

Accepté le 26 mars 2010

Disponible sur Internet le 8 décembre 2010

Mots clés :

Dépression

Entretien

Phénoménologie

Psychopathologie

Keywords:

Depression

Interview

Phenomenology

Psychopathology

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Alors que nous disposons d'instruments standardisés pour diagnostiquer les dépressions et évaluer leur sévérité, nous manquons d'outils pour étudier la phénoménologie de la dépression, entendue ici comme l'expérience vécue subjectivement par les patients. L'Entretien Semi-structuré Multiregistres (ESM), instrument destiné à étudier la phénoménologie, est basé sur des questions ouvertes posées à l'aide d'un algorithme structuré. L'objectif de la présente étude a été de montrer comment l'ESM permet de mettre en évidence la phénoménologie des patients présentant un épisode dépressif majeur (EDM).

**Patients et méthodes.** – Trente-cinq patients présentant un EDM furent évalués grâce à l'ESM et à une batterie d'instruments standardisés. Après l'admission à l'hôpital, deux ESM furent conduits à 24 heures d'intervalle, puis un troisième eut lieu trois semaines plus tard. Nous illustrons le fonctionnement de l'ESM à l'aide d'extraits tirés des trois entretiens menés chez deux patients.

**Résultats.** – L'ESM fournit une évaluation détaillée de l'expérience vécue par les patients et de son évolution.

**Conclusion.** – Dans le cadre des EDM, l'ESM devrait contribuer à aider les cliniciens à effectuer l'évaluation initiale et à suivre l'évolution des patients pris en charge.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Objective.** – Whereas instruments are available to diagnose depression and to rate its severity, there is a lack of instruments to assess the phenomenology of depression, i.e., a set of mental phenomena that compose subjective experience. The Algorithmically Structured Systematic Exploration of Subject's State of Mind (Assess\_Mind) is based on open questions asked via a structured algorithm. The objective of the present study was to show how the Assess\_Mind allows to investigate the depressive phenomenology in patients presenting a major depressive episode.

**Patients and methods.** – Thirty-five patients presenting a major depressive episode were assessed with the Assess\_Mind and with a battery of standardized instruments. After hospital admission, two Assess\_Mind interviews separated by 24 hours were conducted, and a third interview took place 3 weeks later. Using vignettes drawn from the three interviews conducted in two patients, we illustrate the workings of the Assess\_Mind and the clinical material that it reveals.

**Results.** – The Assess\_Mind provides a detailed and specific assessment of the patients' phenomenology and of its course over time.

**Conclusion.** – In major depressive episodes, the Assess\_Mind should contribute to help clinicians to conduct the initial assessment and to follow the course of patients under treatment.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [serge.stolero@inserm.fr](mailto:serge.stolero@inserm.fr) (S. Stoléro).

## 1. Introduction

Ces dernières décennies ont amené des progrès majeurs dans la standardisation du diagnostic de dépression [12] et dans l'évaluation de son degré de sévérité [4,8,15]. En revanche, ces instruments essentiellement centrés sur les symptômes n'ont pas pour finalité première de décrire ni spécifier la phénoménologie des états dépressifs.

Pour Chessick, « La phénoménologie tente de saisir, dans toute son immédiateté concrète, la nature intrinsèque de l'expérience vécue par la personne, exactement de la manière dont cette expérience se présente à elle et sans aucun embellissement, aucune explication, aucune extrapolation, interprétation, inférence ou référence à un quelconque cadre théorique ; par exemple, comment se présente l'expérience de ressentir des vertiges, du chagrin, la faim ou la douleur » [7]. Pour notre part, par phénoménologie, nous entendons non seulement l'expérience consciente actuelle du sujet, mais encore l'ensemble des représentations et émotions qui sont accessibles à la conscience en réponse aux interventions de l'interviewer [26].

C'est à E. Husserl (1859–1938) que l'on attribue l'introduction de la phénoménologie, inspirée des travaux de son maître Brentano [5] sur la théorie de l'intentionnalité définie comme une caractéristique de la conscience qui tend vers l'accomplissement d'un but. La conscience est définie comme « vie intentionnelle » orientée vers l'objet qui la détermine. Selon Husserl [16], la phénoménologie doit « porter sur les choses un jugement rationnel et scientifique, se régler sur les choses mêmes, ou revenir des discours et des opinions aux “choses mêmes” ». Ce « retour aux choses » n'est pas à la chose en soi, mais essentiellement à ce qui fait sens pour le sujet. La méthode husserlienne ne s'intéresse pas seulement à la conscience spontanée, mais vise une écoute attentive pour saisir l'implicite. Par la suite, le concept de « temps vécu », introduit en France en psychiatrie dans les années 1920 par Minkowski, marque un tournant dans l'analyse de la relation au temps, aussi bien dans la dépression que la mélancolie [21]. Il s'agit pour Minkowski d'une maladie du « temps vécu ». Chez ces patients, la temporalité est perturbée : le passé envahit tout l'espace temporel, barrant toute orientation vers un avenir possible, inhibant tout désir d'action. Le temps semble rivé au passé. Pour Minkowski, il s'agit « d'une maladie du temps » [21]. Dans la dépression, « le patient a l'impression de marcher négativement par rapport au temps » [29]. Un peu plus tard, Binswanger [6] reprend cette discipline philosophique comme une méthode d'investigation de la maladie mentale inspirée des travaux de Heidegger sur l'exploration de l'être-présent-au-monde et l'analyse de son langage (la *Daseinsanalyse*).

Plus récemment, Searle [24] a soutenu l'idée que le fonctionnement de notre cerveau génère des états mentaux qui ont pour propriétés intentionnalité et conscience. Enfin, certains auteurs ont étudié la place de l'événement de vie dans une perspective phénoménologique [23]. Selon Widlöcher [29], dans la dépression, l'événement douloureux est généralement datable dans l'histoire du sujet : le plus souvent, il est lié à la perte, qu'il s'agisse de la perte de l'objet ou de l'estime de soi.

En quoi la phénoménologie peut-elle compléter les connaissances psychopathologiques sur la dépression ? Pour Widlöcher [29], « la méthode phénoménologique approche les actions dépressives comme une structure obéissant à une certaine finalité. Il y a donc un principe d'organisation qui caractérise le sens général de la structure, que ce soit l'empêchement de l'action chez Janet, ou la rétroactivité du temps chez Minkowski ». Ainsi, l'approche phénoménologique procède d'une recherche de sens sur l'origine et la finalité du vécu dépressif d'un individu donné. Les énoncés des patients nous permettent d'avoir accès à leur vécu subjectif et de rendre compte de la manière dont les troubles s'articulent entre

eux pour aboutir au « moi-déprimé ». En outre, cette approche facilite la communication avec le patient et place le clinicien dans une position d'écoute empathique.

Un regain d'intérêt pour la phénoménologie semble se dégager de diverses recherches récentes, en particulier, dans le domaine de la psychopathologie de la dépression [2,19,20]. Il est clair, cependant, que l'analyse moderne de la phénoménologie appelle le développement de nouvelles méthodes d'investigation répondant aux critères psychométriques habituels de fiabilité et de validité. La question centrale, telle qu'elle est posée par Falissard [11], est : « Peut-on envisager de réaliser un travail scientifique portant sur l'évaluation de caractéristiques subjectives ? » Dans cette perspective, lors du développement de l'Entretien Semi-structuré Multiregistres (ESM), nous avons tenté de réunir les qualités des entretiens cliniques non structurés (notamment l'ouverture aux divers thèmes abordés par les patients), et celles des entretiens structurés (notamment la fiabilité inter-interviewers) [18,25–28]. Le principe de base de l'ESM est d'explorer différents « registres » du fonctionnement mental : les affects, les désirs, les souvenirs et les associations d'idées. Cette exploration est basée sur des questions ouvertes, mais standardisées. Celles-ci sont posées à l'aide d'un algorithme structuré précisant quelle question est à poser à quel moment. À l'issue de l'ESM, un module de cotation permet d'évaluer, via des échelles spécifiques, les informations cliniques recueillies. Le but de la présente étude est de montrer l'apport de l'ESM à l'évaluation clinique initiale, puis au suivi de l'évolution de patients présentant un épisode dépressif majeur.

## 2. Méthode

### 2.1. Patients et méthode

Les critères d'inclusion étaient les suivants : hospitalisation pour épisode dépressif majeur selon les critères de la classification DSM-IV [3] ; âge : de 18 à 65 ans. Les critères de non-inclusion étaient : dépression avec caractéristiques psychotiques ; risque suicidaire majeur ; association à autre trouble psychiatrique de l'axe I de la classification DSM-IV, à l'exception des troubles anxieux qui ne représentaient pas un critère de non-inclusion ; patient ne pouvant pas répondre à un entretien, notamment en raison de troubles démentiels ; affection organique ou neurologique associée. Tous les patients signèrent un formulaire de consentement informé après explication complète des objectifs et des méthodes de l'étude.

### 2.2. Procédure

L'étude comportait trois ESM : ESM 1, ESM 2 et ESM 3. La passation était répartie en deux temps : le temps I correspondait à l'ESM 1 et à l'ESM 2 (à 24 heures d'intervalle), le temps II à l'ESM 3. Le temps II avait lieu soit après trois semaines de traitement hospitalier, soit avant la sortie du patient si celle-ci était plus précoce.

Le temps I débutait le lendemain de l'inclusion dans l'étude. Il comprenait la passation de deux ESM (ESM 1 et ESM 2) effectués le matin à la même heure, à 24 heures d'intervalle et par deux interviewers différents, de manière à pouvoir évaluer la fiabilité test/retest et la fiabilité inter-interviewers. Lors du temps I, d'autres outils d'évaluation de la dépression (Composite International Diagnostic Interview [CIDI] [22], Beck Depression Inventory [4], SCL-90R [9], échelle de Hamilton [15], Clinical Global Impressions [CGI] [14]) furent utilisés en vue de l'étude de validité et de fiabilité de l'instrument [26]. Le plus souvent, les patients avaient reçu avant l'hospitalisation un traitement antidépresseur qui s'était avéré inefficace et, lors du temps I, un nouveau traitement avait été instauré depuis un à quatre jours.

Le temps II correspondait à l'ESM 3 et avait pour but d'évaluer l'évolution au cours de l'hospitalisation. Les autres outils

d'évaluation de la dépression cités ci-dessus étaient à nouveau utilisés, à l'exception de la CIDI.

### 3. Description des patients inclus dans l'étude

L'échantillon comprenait 35 patients (20 femmes et 15 hommes), l'âge moyen était 43,4 ans (écart-type = 12,8). Le niveau d'études (en comptant les années d'école primaire) était 13,7 ans (écart-type = 4,7). Trente-deux patients présentaient un EDM survenant hors d'un trouble bipolaire ; pour cinq, il s'agissait du premier EDM, pour 27 d'un épisode récurrent. Trois patients présentaient un trouble bipolaire de type I, dont l'épisode le plus récent était de type dépressif.

### 4. Présentation de deux cas cliniques

En raison des contraintes d'espace, pour chacun des trois ESM recueillis chez ces deux patients, nous ne détaillerons que deux registres (au lieu de cinq). Pour les trois ESM de chaque patient, nous présenterons systématiquement des extraits du premier registre (Sentiments et Émotions) qui caractérisent d'emblée la problématique ainsi que la représentation et le vécu que le patient en a. Les propos sont transcrits verbatim ; les passages non retranscrits sont signalés par des crochets « [...] ».

#### 4.1. Cas de Mlle A.

Mlle A., âgée de 26 ans, est hospitalisée pour un premier EDM avec tentative de suicide médicamenteuse grave. Les troubles remontaient au divorce récent des parents, mais n'éclatèrent réellement que dans l'après-coup, après le passage d'un concours ayant nécessité un important investissement intellectuel. Le divorce parental apparaissait comme « l'événement » fondateur de la dépression qui s'inscrivait dans la reviviscence d'une succession de vécus douloureux de l'enfance.

Concernant les antécédents familiaux, on note deux suicides dans la famille paternelle : un frère du grand-père (grand-oncle) et la fille de ce grand-oncle.

#### 4.1.1. Premier ESM

##### 4.1.1.1. Registre 1 : Sentiments et Émotions.

4.1.1.1.1. *Consigne Initiale (voir Annexe) et réponse de la patiente.* « Je suis triste... angoissée... et... j'ai plus tellement d'envie... J'ai l'impression de faire bonne figure pour les autres et pas pour moi... et... donc il y a des moments où ça m'énerve, mais comme je suis sous médicaments ben on s'énerve pas... J'arrive pas à pleurer mais j'aimerais pouvoir pleurer et... [je suis] assez désabusée... »

4.1.1.1.2. *Demande d'explicitation (voir Annexe) : la première chose que vous avez dite, c'est que vous vous sentez triste ; comment ce sentiment de tristesse se présente-t-il dans votre esprit ?* « D'avoir envie de rien, [...] vous savez, d'habitude, quand on n'a rien à faire, on peut s'ennuyer... Là, je peux rester des heures sur ce lit et je m'ennuie pas parce que j'ai envie de rien faire... ben je me dis "que le temps passe" et... et puis je réfléchis aussi et... savoir pourquoi... pourquoi je suis là parce que moi j'ai quand même euh... j'ai fait une tentative de suicide euh... j'y ai pensé longtemps... enfin, j'y ai pensé pendant au moins 15 jours... j'ai [...] mis deux heures à préparer mes médicaments euh... pour les écrabouiller, euh... pour qu'ils soient plus faciles à prendre... après je me suis mis euh... la... tête dans la taie d'oreiller en me disant que si les médicaments ça marchait pas... ben au moins je serais étouffée ».

La patiente continuera à parler sans interruption jusqu'à ce que les neuf minutes allouées à ce registre soient écoulées. Elle exprimera notamment :

- son ressentiment vis-à-vis de sa mère : « Ça me fait de la peine et ça me rend triste d'avoir une relation comme ça avec elle et ce qui me rend triste aussi, c'est de pas me sentir suffisamment forte pour pouvoir dire ce que je pense... pouvoir lui dire... "mais... t'as pas été bien avec moi, depuis que je suis petite tu m'as toujours dénigrée" » ;
- des souvenirs négatifs : « Quand mes parents se sont séparés et quand ma mère nous a raconté plein de choses, euh, difficiles [sur mon père]... bon il faut l'accepter quand même, euh, on n'a pas une vision de son père, euh qui est celle-ci, il y a un moment de dégoût, elle voulait qu'on choisisse entre elle et lui, chose que j'ai pas faite... et de toute façon, je suis plus proche de mon père donc, pour moi... faire une dépression... j'avais l'impression... de tomber dans un puits et de pas voir le bout du puits ».

Les déceptions narcissiques de l'enfance et la vulnérabilité face à la mère sont ici au premier plan. La représentation de la dépression survient en association avec le souvenir du père déconsidéré par la mère.

#### 4.1.1.2. Registre 3 : Désirs et Envies.

4.1.1.2.1. *Réponse à la consigne initiale.* « Je crois que... tous mes désirs et toutes mes envies se focalisent sur mon copain parce qu'il m'a beaucoup aidée, même si je suis là aujourd'hui. Il a tout fait et je veux vraiment pas le décevoir... et j'ai envie qu'il me retrouve comme il m'a connue ».

La consigne initiale du registre des désirs permet de mettre en évidence des éléments positifs—du côté de l'Éros. Cependant, son discours spontané révèle les liens associatifs qui la ramènent à ses idées suicidaires—du côté de Thanatos : « Je veux pas le décevoir [mon copain] [...] là, j'ai dû le décevoir [...] j'ai envie d'avoir des enfants... mais j'ai envie que ça aille mieux parce que... je veux pas des enfants tout de suite... mais je me dis que si j'ai réglé mes problèmes, j'élèverai mes enfants plus sereinement [...] d'autant plus que moi j'ai des problèmes avec ma mère [...] je suis encore un bébé [...] je suis pas adulte [...] j'aimerais avoir une maison avec des enfants qui courent partout [...] c'est assez contradictoire parce qu'aujourd'hui... je vous dis si je rentre chez moi malgré tout ça, je recommence ce que j'ai fait [...] ma grand-mère elle me disait "j'aimerais m'endormir" ben... ce serait pareil... moi j'ai pris mes médicaments, je me suis allongée dans mon lit et j'ai eu un sentiment... paisible ».

Les idées suicidaires sont donc encore très actives quelques jours après la tentative de suicide.

#### 4.1.2. Deuxième ESM

##### 4.1.2.1. Registre 1 : Sentiments et Émotions.

4.1.2.1.1. *Réponse à la consigne initiale.* « En ce moment, je suis toujours triste et peut-être un peu plus de colère aujourd'hui... parce que je me sens vraiment impuissante... je me demande comment je vais réussir à m'en sortir... la journée d'hier, ça a vraiment été difficile de passer la journée dans mon lit à regarder le radiateur... et puis, je pensais à ce que vous m'aviez dit hier sur les souvenirs (la consigne initiale du registre des souvenirs) et puis, je m'aperçois que vraiment je me souviens de rien, j'ai certainement pas envie de me souvenir et j'ai un peu de colère... parce que j'ai des problèmes relationnels avec ma mère... que j'ai jamais su ou pu y répondre... et qu'aujourd'hui, je pense que je devrais être assez grande pour pouvoir le faire, mais je trouve toujours pas la force pour le faire et chacune de ses petites attaques m'attaque moi et me font beaucoup plus de mal que ça ne devrait être donc [...] C'est mon anniversaire samedi j'ai vraiment pas envie qu'elle vienne [...]. Je me sens coupable [...]. Je me dis je vais lui faire du mal et c'est ma mère [...] ».

L'ambivalence à l'égard de la mère témoigne d'attitudes incompatibles : la difficulté majeure réside entre deux inconciliables : s'opposer à la mère/se sentir incapable de s'opposer à la mère.

4.1.2.1.2. *Demande d'explicitation : la première chose que vous avez dite, c'est le sentiment de tristesse, comment il se présente dans votre esprit ce sentiment de tristesse ?* « C'est comme un vide... c'est d'avoir envie de rien... de même pas avoir envie de se lever... et puis, pour moi, c'est la lourdeur... c'est vrai ce serait plus comme ça [...] L'après-midi d'hier... ben j'étais allongée dans mon lit et j'avais même pas le courage d'appeler les infirmiers pour leur parler parce que j'avais l'impression que... rien valait la peine et je me disais : "peut-être que je vais m'endormir et puis que ça va se terminer sans rien faire" [...] ».

4.1.2.1.3. *Demande d'explicitation : à un moment, vous avez dit que chacune de ses petites attaques vous font mal. Essayez, s'il vous plaît, de me donner un exemple d'une de ces petites attaques de la part de votre mère qui vous a fait mal.* « Par exemple, avant-hier, elle m'a laissé un message... elle rentrait d'un dîner, il était une heure du matin, donc elle savait très bien que je dormais, donc elle a laissé un message, elle m'a dit "oui ma chérie, c'est maman, ben écoute tu dois être en train de dormir, donc j'espère que tout va bien", donc c'était un message très gentil qui... ça me fait plaisir et... et puis, elle a pas raccroché son téléphone tout de suite, j'ai senti qu'elle le posait... elle a parlé à quelqu'un et elle a dit "oh ben voilà, j'ai fait mon travail"... là, après, elle a raccroché le téléphone... ben ça, ça me fait mal, ça c'est... pour moi, c'est une attaque... elle l'a peut-être pas fait volontairement... quoi qu'il en soit, elle l'a dit [...] Dès qu'elle sent que je reprends... que je vais bien... j'ai l'impression que systématiquement, elle me refout un petit coup de plus pour que je reste plus bas. »

4.1.2.2. *Registre 5 : Associations d'idées.*

4.1.2.2.1. *Réponse à la consigne initiale.* Elle soupire – « Souffrance... culpabilité... désespoir... dormir... ou... (se) réveiller... j'espère me réveiller... soutien... amour... et... incapable... je me sens pas capable d'accrocher tout ça en ce moment... je prends le moment ou les moments qui sont là, où les gens sont avec moi et me donnent justement tout leur amour et leur soutien et vraiment je prends... et le lendemain, j'ai l'impression qu'on a pressé l'éponge et que c'est parti... le temps qu'ils sont là, j'ai l'impression d'avoir la force... la porte se ferme, j'ai peut-être quelques heures où ça va et le lendemain matin... c'est comme si je suis pas capable de garder ce qu'on me donne... il y a la nuit aussi... et l'angoisse ».

4.1.2.2.2. *Demande d'explicitation : cette idée de nuit et d'angoisse, qu'est-ce qu'elle vous évoque ?* « Là, j'ai peur de pas dormir... et puis, je fais des cauchemars... alors j'ai peur de faire des cauchemars [...]. Je me réveille toujours très angoissée... donc j'ai l'impression que la nuit c'est pas bon pour moi... c'est pour ça que je reste dans mon lit souvent le jour... je me force à pas dormir parce que je veux pas faire de cauchemars le jour aussi, donc je me dis que je me repose [...]. Ce que je peux essayer d'enlever la journée va revenir la nuit au galop et le lendemain matin, ça va jamais s'arrêter ». Puis, la patiente s'interrompt pendant plus de dix secondes alors que les neuf minutes attribuées à ce registre ne sont pas écoulées, ce qui dans l'algorithme de l'ESM conduit à une relance [28].

4.1.2.2.3. *Relance : essayez encore, s'il vous plaît, de me dire la première idée qui vous vient là à l'esprit en ce moment.* « C'est l'vide... ouais c'est l'vide, j'ai l'impression d'avoir le cerveau en bouillie, d'être... d'être vide... c'est l'vide, j'ai l'impression que... comme une toile cirée, on va pouvoir mettre des choses dessus euh pft... tout part c'est... donc ça reste toujours vide... je me sens vide [...]. C'est un sentiment de... vide, c'est peut-être pas le bon mot hein mais c'est celui qui me vient là ».

#### 4.1.3. Troisième ESM

##### 4.1.3.1. Registre 1 : Sentiments et Émotions.

4.1.3.1.1. *Réponse à la consigne initiale.* « De la tristesse... de la faiblesse... je me sens aussi coupable parce que j'ai l'impression que, si le traitement marche pas, c'est parce que j'y mets de la mauvaise volonté... tous les matins, je me dis "ah ça va, ce matin, ça va être le bon matin" et puis, c'est jamais le bon matin, donc au bout de quatre semaines, j'ai toujours des idées suicidaires et je me sens coupable parce que j'ai des crises de boulimie... chose que j'avais pas avant. »

Ce comportement boulimique semble lié à un besoin compulsif de remplir le vide et s'accompagne d'une angoisse en relation avec l'absence de maîtrise.

La patiente poursuit : « J'aimerais pouvoir me bouger et que ça s'arrête [...] Tous les matins je suis triste... et généralement, je suis angoissée [...] Au début de la dépression, quand on s'était vu, je crois que c'était surtout le matin que ça allait pas bien... maintenant, c'est réparti dans toute la journée... et l'après-midi parfois, c'est crescendo et en fin d'après-midi, c'est terrible... je crois que le mot c'est "souffrance"... vraiment pas pouvoir se maîtriser, c'est vraiment dur... c'est une torture... j'emploie des mots forts mais c'est vraiment ce que je pense... on a envie que ça finisse [...]. »

4.1.3.1.2. *Demande d'explicitation : la première chose que vous avez dite, c'est le sentiment de tristesse, donc comment ce sentiment de tristesse se présente-il dans votre esprit ?* « C'est vraiment comme quand on dit "j'ai pas le moral"... on a le cœur gros et, si on pouvait pleurer, on pleurerait toutes les larmes de notre corps... sauf que là, bon, j'arrive pas à pleurer avec les médicaments... donc, c'est très lourd et ça c'est de la tristesse... alors que là, quand on parle de torture... c'est lourd et ça fait mal physiquement [...] Mais bon, plus je vous parle, plus ça passe de la tristesse à la souffrance parce que de toute façon, maintenant ça va crescendo dans la journée [...]. »

##### 4.1.3.2. Registre 2 : Craintes et Appréhensions.

4.1.3.2.1. *Réponse à la consigne initiale.* « Ma grande crainte, c'est de sortir de l'hôpital... enfin [sortir] définitivement [...]. J'ai peur de sortir parce que j'ai peur de ce que je pourrais faire, peut-être que je ne ferai pas une crise de boulimie avec des Chocos BN mais avec des médicaments... donc... ça c'est une de mes craintes, euh, j'ai peur de faire une tentative et qu'elle marche pas... et que si elle marche pas... les gens qui me soutiennent aujourd'hui me soutiennent plus... donc ça me freine un peu quand même... mais d'un autre côté, je suis obligée de m'imaginer des scénarios pires... pour que cette fois-ci ça marche... j'ai peur de pas m'en sortir... mais, d'un autre côté, tout le monde me dit qu'on s'en sort et tout ça... et puis, j'ai peur de décevoir les gens parce que les gens ne comprennent pas tous. Ici, on est protégé et... je crois que je suis protégée des autres et je suis protégée... de moi-même parce qu'ici je me ferai pas de mal [...]. »

4.1.3.2.2. *Demande d'explicitation : vous avez dit « j'ai peur de décevoir les gens » ; à quelles personnes vous pensez quand vous dites « j'ai peur de décevoir les gens » ?* « Ben, les autres. C'est assez vaste parce que c'est à la fois les gens avec qui je travaille... c'est ma famille... mais toute ma famille [...]. Et puis, mes amis qui viennent me voir [...] c'est surtout ceux-là... donc c'est tous ceux qui m'entourent aujourd'hui... qu'est-ce qu'ils vont penser si on les rappelle en disant "elle a recommencé" ? Donc, ils vont me lâcher, c'est... c'est le seul truc qui ferait que je... peut-être que je referai pas une tentative à cause de ça... mais d'un autre côté, on fonctionne tellement par pulsion que c'est des trucs qui se maîtrisent pas... bon c'est pour ça [...] Mais là, je me sens protégée parce que tout de suite j'appelle l'infirmière et on en parle... mais

quand je serai chez moi toute seule, j'appellerai qui ? À qui est-ce qu'on peut dire "j'ai envie de mourir" ? [...] Je vais pas appeler mes parents pour leur dire ça... je vais pas appeler mon copain pour lui dire ça... alors qu'ici je peux le dire... c'est pour ça que j'ai peur de sortir pour le moment... j'ai trop de pensées comme ça. »

L'évolution ne fait donc pas apparaître d'amélioration et la phénoménologie des idées suicidaires reste aussi prévalente après trois semaines d'hospitalisation et de traitement par fluoxétine, puis clomipramine. Le divorce des parents, vécu comme un événement hors sens, oblige à une reconfiguration des relations parentales. La perspective de Pachoud dans son analyse phénoménologique de la notion d'événement [23] pourrait être ici éclairante : « Cet événement reconfigure complètement le contexte, on comprend qu'il puisse s'accompagner de l'effondrement des assises interprétatives du sujet, ou, pour le dire autrement, de l'effondrement du "monde" comme horizon d'intelligibilité. »

D'un point de vue thérapeutique, et dans le cadre d'une psychopathologie comportant des éléments réactionnels, le traitement psychothérapeutique pourrait s'appuyer sur les éléments phénoménologiques dégagés par l'ESM.

#### 4.2. Cas de M. B.

M. B., âgé de 60 ans, présentant des antécédents de dépression, est hospitalisé pour un EDM apparu sept mois après le décès de sa femme survenu après une longue affection éprouvante. Sur le plan familial, on note des antécédents de dépression chez un frère. Lors du premier ESM, le patient reçoit depuis quatre jours un traitement par venlafaxine et cyamémazine.

##### 4.2.1. Premier ESM

**4.2.1.1. Registre 1 : Sentiments et Émotions.** **4.2.1.1.1. Réponse à la consigne initiale.** « En ce moment, c'est essentiellement la tristesse... c'est un abattement... c'est un sentiment de... d'absence d'élan vital... d'être sans énergie... incapable de surmonter les difficultés de la vie quotidienne. »

**4.2.1.1.2. Demande d'explicitation : alors ce sentiment de tristesse, essayez de me dire, s'il vous plaît, comment il se présente dans votre esprit ?** « C'est un sentiment... il est lié en fait au sentiment d'échec que j'ai... puisque je n'ai plus d'énergie... je n'ai plus l'énergie de faire ce que je faisais avant... donc je culpabilise beaucoup... face à ce sentiment d'échec et... c'est ce qui me donne le sentiment de tristesse en fait [...]. En fait, je suis découragé de me voir dans cet état-là... c'est ce sentiment qui me rend triste [...]. C'est la tristesse face à cette situation parce que sans ça j'ai aucune raison d'être triste... puisque après tout, mon état de santé est tout à fait correct [...]. J'ai des enfants qui sont formidables [...]. C'est... la tristesse... c'est lié à mon sentiment d'impuissance... je comprends pas pourquoi je suis incapable de lire... incapable d'entreprendre quoi que ce soit et... de me réfugier dans une somnolence [...]. Je souffre de me voir dans cet état [...]. »

Initialement, le vécu de tristesse est principalement lié par le patient à l'empêchement de l'action, tandis que la relation entre l'affect de tristesse et le décès récent de sa femme est dénié. Puis, les défenses tombent et le patient évoque enfin la longue maladie de sa femme : « Bon si je suis... si je suis là en ce moment, c'est... c'est à la suite effectivement... bon, d'une dépression qui a l'air de s'aggraver en fait depuis quelques années... le dernier événement qui m'a fait plonger le plus dans la dépression... c'est la maladie de mon épouse... et qui a abouti à son décès [...]. Même mes enfants ont retrouvé une vie presque normale... ils pensent encore à leur maman mais enfin... ils l'ont perdue, alors que pour moi... moi c'est encore du présent [...]. Jamais elle reviendra évidemment [...]. »

**4.2.1.2. Registre 4 : Souvenir Récents et/ou Souvenirs d'Enfance.**

**4.2.1.2.1. Réponse à la consigne initiale.** « D'accord... bon ben, les souvenirs qui me reviennent le plus fréquemment en ce moment... c'est la période d'hospitalisation de mon épouse... c'est tout ce qui s'est passé il y a un an en fait... c'est tous les efforts... ce qui m'a épuisé sur le plan nerveux... et quand je repense à ça... ma mémoire... elle a envie de repartir là-dessus... en essayant de trouver une échappatoire en essayant de... dire "bon ben ça, c'est un cauchemar, on va se réveiller, on va... on va reprendre l'autre possibilité... qui est pas celle du décès" [...]. Je suis beaucoup plus obsédé par ces souvenirs donc récents... que des souvenirs d'enfance [...]. Mes souvenirs d'enfant sont hors du coup pour l'instant... ils n'interviennent pas là [...]. »

Ce premier ESM montre que l'évidence de la perte de la personne aimée alterne à certains moments avec une partie du Moi qui refuse cette réalité et veut en faire un « cauchemar ».

##### 4.2.2. Deuxième ESM

**4.2.2.1. Registre 1 : Sentiments et Émotions.** **4.2.2.1.1. Réponse à la consigne initiale.** « Là en ce moment, c'est pas facile d'identifier ce que je ressens... disons que l'angoisse qui me bloquait pour faire quoi que ce soit encore hier, l'angoisse a diminué... est-ce l'effet des médicaments ? Je me sens plus apte à aborder la lecture d'un livre et essayer de me concentrer dessus... donc mon sentiment d'optimisme... recommence à paraître... autant hier, j'étais encore complètement abattu et... inquiet de l'avenir... aujourd'hui, bon, ce n'est peut-être que temporaire mais... puisqu'on parle de l'instant... ben, je n'éprouve plus de problème à lire une page de l'un des livres que j'ai [...]. Oui c'est à peu près tout... dès qu'on aborde les sentiments avec moi c'est difficile parce que [...]. J'ai un comportement inhibé par mon éducation, donc ce sont des choses qui sont cachées pour moi [...]. Donc les sentiments, pour moi c'est quelque chose qui est difficile à définir... à identifier et à exprimer... en gros, depuis tout petit, on m'a conditionné... pour que cela reste... inobservable [...]. Depuis tout petit, on m'a appris à ne pas extérioriser mes sentiments et ça me gêne dans les relations humaines... la relation avec quelqu'un d'autre n'est pas spontanée, elle est pas naturelle [...]. Moi je me considère un petit peu comme un animal au sang-froid [...]. Le sentiment de joie... je l'éprouve pratiquement jamais... sentiment du plaisir... je l'exprime pas, même si ça m'arrive de l' ressentir... pour moi, c'est un peu coupable [...]. Mes sentiments sont contrôlés... ils sont même pas contrôlés... si je suis sincère avec moi-même, je vais même dire qu'ils n'existent pas. »

**4.2.2.1.2. Demande d'explicitation : est-ce que vous voulez dire que c'est pas seulement des difficultés à exprimer les sentiments que vous ressentez, mais que c'est aussi que vous ne ressentez pas les sentiments de façon intense ?** « Oui c'est ça... deuxième solution ». La première consigne permet de mettre en évidence un émoussement affectif (ou indifférence affective). Ce phénomène est parfois décrit de façon floue et confondu avec l'anhédonie qui correspond à la diminution des éprouvés de plaisir [17]. Paradoxalement, cette absence de ressenti est vécue comme une douleur morale, un manque.

**4.2.2.2. Registre 4 : Souvenir Récents et/ou Souvenirs d'Enfance.**

**4.2.2.2.1. Réponses à la consigne initiale.** « Les souvenirs qui me reviennent... qui m'assaillent même... ce sont des souvenirs qui sont vieux d'un an. [Ici, le patient décrit les circonstances entourant le décès de sa femme]. Ça se traduit non seulement dans des souvenirs quand je suis réveillé... mais même dans les rêves au cours du sommeil, ça me refait revivre ces instants-là... et au réveil ben évidemment, je voudrais que... la vie prenne un autre chemin... c'est pour ça que le réveil est difficile [...]. Sans ça, les

souvenirs... c'est votre questionnaire qui les provoque quand je suis obligé de répondre à des questions [...]. Ça m'oblige à avoir un petit peu de recul par rapport à mon vécu [...]. Et, dans ce vécu évidemment, il y a les souvenirs [...]. Je n'ai en ce moment aucune pensée particulière pour les souvenirs d'enfance, par exemple [...]. Mes souvenirs concernent, en ce moment, le vécu de notre calvaire l'année dernière... qui m'a amené à être ici aujourd'hui, alors autrement dit... je suis un peu obsédé par ma dépression [...]. »

4.2.2.2.2. *Demande d'explicitation : vous avez parlé beaucoup de cette période où tout s'est produit finalement ; vous parlez donc du fait que vous étiez au chevet de votre épouse [...]. Essayez s'il vous plaît de me raconter un épisode spécifique de cette période et ce que vous aviez ressenti à ce moment-là ?* « J'ai plein d'exemples... si j'en prends un, le premier qui me revient comme ça... il est dur à raconter... un jour... je suis arrivé pour la visite comme tous les jours [...]. Donc j'arrive... je monte l'escalier et... plus j'arrivais vers sa chambre, plus... j'entendais clairement, distinctement qu'elle avait du mal à respirer et quand euh... quand je suis arrivé devant sa chambre, eh ben j'ai vu que les infirmières... n'étaient pas passées suffisamment souvent pour la soulager [...]. Le sentiment d'angoisse... une peur panique devant ça... bon euh... une personne qui est dans l'incapacité de... de gérer soi-même euh [...]. C'est un souvenir... qui probablement ne s'effacera jamais. »

La demande de spécification sur les souvenirs fait ressurgir des images d'une netteté extrême portant sur le décès imminent de sa femme.

#### 4.2.3. Troisième ESM

##### 4.2.3.1. Registre 1 : Sentiments et Émotions.

4.2.3.1.1. *Réponse à la consigne initiale.* « Les sentiments que je ressens en ce moment [...]. Effectivement... actuellement je fais la comparaison entre mon état de santé lorsque je suis rentré à l'hôpital et l'état actuel... j'essaie de mesurer [...] l'écart entre les deux de façon à savoir si je vais mieux... il y a quand même un apport bénéfique dû aux traitements thérapeutiques [sic] parce que j'ai plus les vagues d'angoisse... qui me paralysaient en entrant à l'hôpital [...]. La fatigue qui vraiment m'empêchait d'agir avait disparu effectivement... c'est pour ça que la petite rechute d'hier... après-midi m'inquiète un peu parce que... c'est elle qui me fait recourir aux soins hospitaliers... c'est effectivement un mieux général et puis... une aptitude à la concentration qui est bien meilleure puisque maintenant je peux... je peux relire quasiment normalement alors qu'à l'entrée à l'hôpital je ne pouvais pas du tout... donc tout ça, ce sont quand même des facteurs positifs en évolution. »

4.2.3.1.2. *Demande d'explicitation : donc vous avez le sentiment de certains progrès. Essayez de me dire comment se présente dans votre esprit cet écart entre ce que vous ressentiez à l'entrée et ce qu'il en est aujourd'hui ?* « Des signes cliniques ont disparu, par contre... je me trouve pas plus optimiste qu'avant du point de vue de l'humeur... j'ai pas retrouvé l'énergie, quoi, ça c'est clair je peux faire des choses que je ne pouvais pas faire [...]. Mais je n'ai pas retrouvé la pêche, quoi [...]. Le matin je me lève en disant "allez, vivement que je sois actif"... non, pour l'instant, c'est pas terrible [...]. J'espère que ça va s'arranger au fil des jours [...]. »

##### 4.2.3.2. Registre 2 : Craintes et Appréhensions.

4.2.3.2.1. *Réponse à la consigne initiale.* « Ma crainte c'est... de ne pas être capable de surmonter justement ce sentiment de fatigue et... et de revenir à la case départ... puisque ma sortie est programmée pour demain après-midi [...]. C'est pire qu'une crainte, c'est presque une obsession... j'essaie de... de m'organiser dès maintenant... pour me fabriquer des stimuli... qui vont m'empêcher de revenir à la case départ... d'où déjà... les contacts

que j'ai pris avec le milieu professionnel pour être pris dans un engrenage d'activités... parce que sans cet engrenage d'activités [...]. Si alors là... une autre crainte... c'est celle liée... au non plaisir que j'éprouve [...]. J'ai eu donc la permission du week-end... dimanche, j'ai rencontré enfants et petits-enfants... et là... je suis inquiet de... de ne pas avoir progressé... de ne pas avoir été capable de répondre à leurs témoignages d'affection qu'ils ont à mon égard... c'est quand même pas très naturel [...]. Je reste distant... assez froid [...]. J'ai un point de blocage et ça, j'aimerais bien que la psychothérapie m'améliore [...]. Il faut que les gens disparaissent pour... qu'à ce moment-là je me rende compte de... du paradis que je perds. »

4.2.3.2.2. *Demande d'explicitation : vous insistez sur le fait qu'il vous est difficile d'avoir une réponse émotionnelle ou affective, même vis-à-vis de votre famille et que cette absence de réponse émotionnelle est vécue par vous comme quelque chose de douloureux. Essayez de me dire comment se présente dans votre esprit le fait de ne pas ressentir d'élan affectifs et en même temps d'en souffrir.* « Oui, j'ai l'impression... comme s'il y avait un dédoublement de la personnalité à ces moments-là... en même temps, je suis mis en relation et... et là, je m'observe... et à chaque fois, j'ai un petit bonhomme qui sort de ma tête et qui me dit "mais regarde comment tu te comportes vis-à-vis... de tes proches"... "et là ta froideur ta... non réponse émotionnelle n'est pas normale"... Voilà, c'est ça que je vis mal, mais c'est dans l'instant hein c'est... c'est simultanément [...]. J'aimerais pouvoir... m'en guérir tout bêtement, j'aimerais être capable de répondre et [...] j'ai la même attitude vis-à-vis des amis qui me téléphonent... je m'en suis ouvert de ça d'ailleurs à une amie... je lui ai dit que je me sentais coupable [...]. Voilà, c'est pour ça que j'ai un très très grand sentiment de culpabilité vis-à-vis de mes 40 ans de vie en ménage. »

La représentation de soi est profondément altérée, qu'il s'agisse de remords concernant le passé ou l'incapacité à exprimer les affects au présent.

##### 4.2.3.3. Registre 4 : Souvenirs Récents et/ou Souvenirs d'Enfance.

4.2.3.3.1. *Réponse à la consigne initiale.* « Je fouille dans ma mémoire, plus dans l'enfance [...]. Je ne crois pas que mon problème soit lié à mon passé récent [...]. Ils viennent de mon adolescence, voire de ma petite enfance. »

Pour la première fois, le patient se tourne vers ses souvenirs d'enfance et d'adolescence. Il se souvient de sa terreur face aux colères incontrôlables de son père à l'égard de sa mère, de son frère et de lui-même, du comportement protecteur de sa mère, de l'immense souffrance subie et de leur impossibilité à exprimer leurs sentiments.

L'émoissement affectif [1] apparu à l'adolescence est vécu à la fois comme une culpabilité vis-à-vis de sa femme et un manque (je le vis pas bien). M. B. associe ce trait de sa personnalité à son enfance et souhaite comprendre ce qu'il recouvre au cours de sa psychothérapie. Dans la perspective psychanalytique de l'affect, l'émoissement affectif est conçu comme une défense [10]. Cette séméiologie du déficit affectif s'accompagne d'un appauvrissement de la sphère affective et sociale.

Bien que probablement latente, la douleur morale liée au deuil n'est plus évoquée. Les autoreproches ont disparu. Le travail de deuil s'accomplit lentement, prenant appui sur le temps. Le Moi semble se trouver en partie à nouveau disponible pour d'autres tâches, d'autres investissements. La présentation de ce cas nous semble représenter une contribution intéressante pour éclairer l'expérience phénoménologique du deuil dépressif et ce qui le différencie du deuil mélancolique [13]. Ces trois ESM témoignent du fait que l'analyse phénoménologique, outre sa valeur descriptive, peut être employée pour mieux comprendre la dynamique psychopathologique à l'œuvre chez les patients.

## 5. Conclusion

En premier lieu, l'ESM n'a pas pour objectif principal de visée diagnostique. Il peut bien sûr y contribuer, mais ses apports se situent ailleurs. L'ESM permet une description phénoménologique précise du sujet déprimé, au plus près de son vécu subjectif dans l'ici et maintenant, qui contraste avec le caractère un peu froid d'une liste de symptômes comme celle qui est recueillie dans les entretiens structurés. Cette description aide à élaborer une « cartographie » individuelle du vécu dépressif, ce qui rappelle la notion de « synthèse des traits dépressifs » décrite par Widlöcher : « Cette synthèse des traits dépressifs nous donne accès à sa "réalité subjective" qui, en tant que "réalité psychique" est vraie, indépendamment des réalités extérieures » [29]. Grâce à cette description phénoménologique, l'ESM permet de compléter l'évaluation des aspects symptomatiques et dysfonctionnels de la dépression par une évaluation des secteurs préservés du fonctionnement psychique des sujets.

L'approche phénoménologique permet également de prendre en compte l'aspect historique et diachronique de la constitution des troubles décrits par le patient. Cela pourrait contribuer à aider le clinicien à élaborer un modèle psychodynamique relatif au patient.

Sur le plan thérapeutique, l'ESM valorise le patient par l'écoute empathique du clinicien. Il facilite la mise en mots des représentations et des affects en relation avec la dépression. « Les descriptions phénoménologiques sont existentielles dans la mesure où elles partent d'une expérience vécue unique et où elles restituent la dépression dans le continuum de l'histoire personnelle » [29]. Ainsi, l'ESM devrait permettre une clinique individuelle et aider les cliniciens à poser des indications mieux adaptées, aussi bien pour l'indication psychothérapeutique que la mise en place d'un traitement médicamenteux. C'est en effet « en tant que sujet pensant que le patient est ce partenaire incontournable dans le choix thérapeutique ou l'arbitre définitif d'une prise en charge » [11].

Dans la mesure où phénoménologie et psychopathologie marquent désormais notre pratique, nous avons tenté de montrer à travers l'ESM comment ces deux disciplines contribuent à des avancées significatives pour la compréhension et le traitement de la dépression.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Remerciements

Nous remercions P. Acklin-Mery, M. Gilles, M. Nasr, V. Plard et J. Smith pour leur aide dans la conduite des entretiens. Nous remercions également les Laboratoires Organon pour leur soutien financier à ce travail.

## Annexe. Consignes initiales, demandes d'explicitation type et relances pour chacun des cinq registres de l'ESM<sup>1</sup>.

### A.1. Registre des sentiments

#### A.1.1. Consigne initiale

« Le premier domaine que je voudrais aborder est celui de vos sentiments, c'est-à-dire le domaine de ce que vous ressentez. Je voudrais vous demander de me dire quels sentiments, quelles émotions vous ressentez en ce moment ».

<sup>1</sup> Les interventions sont détaillées dans l'annexe de l'article de présentation de l'ESM [28].

#### A.1.2. Demande d'explicitation type

« Comment ce sentiment de [...] se présente-t-il dans votre esprit ? » (Idem pour les demandes d'explicitations types des deux registres suivants).

#### A.1.3. Relance

À chaque fois qu'elle est indiquée : « Essayez encore de me dire quels sentiments ou quelles émotions vous ressentez en ce moment » (Idem pour les relances des deux registres suivants).

### A.2. Registre des appréhensions

« Je vais maintenant aborder un deuxième domaine, celui des appréhensions et des craintes. Je voudrais vous demander de me dire quelles craintes ou appréhensions vous ressentez en ce moment ».

### A.3. Registre des désirs

« Je vais aborder maintenant un domaine un peu différent de celui des sentiments et des craintes, à savoir celui des désirs et des envies. Je voudrais vous demander de me dire quels désirs ou quelles envies vous ressentez en ce moment. »

### A.4. Registre des souvenirs

« Je voudrais maintenant que nous passions au registre des souvenirs. Quels sont les souvenirs qui vous reviennent à l'esprit en ce moment ? Vous pouvez tout aussi bien évoquer des souvenirs récents que des souvenirs d'enfance. »

### A.5. Registre des associations d'idées

#### A.5.1. Consigne initiale

« Je voudrais aborder un autre domaine qui est celui des associations d'idées. Pour ce domaine encore plus que pour les autres, je vais vous demander de dire ce qui vous vient à l'esprit, sans trier, même si les idées ont un caractère irrationnel ou gênant. En laissant donc venir et s'enchaîner les idées et en laissant voguer votre esprit, quelles sont les premières idées qui vous viennent à l'esprit en ce moment ».

## Références

- [1] Abrams R, Taylor MA. A rating scale for emotional blunting. *Am J Psychiatry* 1978;135:226–9.
- [2] Akiskal HS. The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *J Affect Disord* 2005;84:107–15.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [4] Beck AT. Depression inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy; 1978.
- [5] Brentano F. Psychologie du point de vue empirique. Paris: Vrin; 2008.
- [6] Binswanger L. Mélancolie et manie : études phénoménologiques. Paris: PUF; 1987.
- [7] Chessick RD. Psychoanalytic peregrinations IV: what is phenomenology? *J Am Acad Psychoanal* 2002;30:673–89.
- [8] Collet L, Cottraux J. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items) : étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *Encephale* 1986;12:77–9.
- [9] Derogatis LR. SCL-90-R (revised), Version Manual. Baltimore: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.
- [10] Emmanuelli M, Pheulpin MC, Bruguière P. Un destin des affects dans la dépression : l'émoussement affectif : élaboration d'une méthodologie de recherche à partir des épreuves projectives. *Bull Psychol* 2005; 58:195–206.
- [11] Falissard B. Valeur scientifique des mesures de qualité de vie et autres mesures subjectives réalisées en recherche clinique ? *Mem Acad Natl Chir* 2004;3:19–23.
- [12] First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J. User's Guide for the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders – Research Version – (SCID-I Version 2.0, February 1996 FINAL Version). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1996.
- [13] Freud S. Deuil et mélancolie. In: Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1968.



- [14] Guy W, editor. Clinical Global Impressions (028-CGI); in ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH; 1976.
- [15] Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278–96.
- [16] Husserl E. L'idée de la phénoménologie, 5<sup>e</sup> éd, Paris: PUF; 1993.
- [17] Kosmadakis CS, Bungener C, Pierson A, Jouvent R, Widlöcher D. Traduction et validation de l'échelle révisée d'anhédonie sociale (Social Anhedonia Scale [SAS], ML, Eckblad LJ, Chapman et al., 1982). Étude des validité interne et concourante chez 126 sujets sains. *Encephale* 1995;21:437–43.
- [18] Le Mer MN, Stoléru S. The Algorithmically Structured Systematic Exploration of Subject's State of Mind: II Reliability and Construct Validity. *Int J Appl Psychoanal Stud* 2007;4:371–96.
- [19] Lövdahl H, Andersson S, Hynnekleiv T, Malt UF. The phenomenology of recurrent brief depression with and without hypomanic features. *J Affect Disord* 2009;112:151–64.
- [20] Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Fiorillo A, Bartoli L. Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1411–7.
- [21] Minkowski E. *Le temps vécu*. Paris: PUF; 1933.
- [22] Organisation Mondiale de la Santé. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, version 2.1). Genève: World Health Organization; 1997.
- [23] Pachoud B. Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie. *Evol Psychiatr* 2005;70:699–707.
- [24] Searle J. *La redécouverte de l'esprit*. Paris: Gallimard; 1995.
- [25] Stoléru S, Kosmadakis C, Allilaire JF. Présentation de l'Entretien Semi-structuré Multiregistres. *Ann Med Psychol* 2011;169:79–83.
- [26] Stoleru S, Kosmadakis C, Coudert O, Degras D, Allilaire JF. Evaluating major depressive episodes through the Algorithmically Structured Systematic Exploration of Subject's State of Mind. *Psychopathology* 2010;43:41–52.
- [27] Stoléru S, Le Mer MN. Présentation de l'Entretien Semi-structuré Multiregistres. *Devenir* 1995;7:55–75.
- [28] Stoleru S, Le Mer MN. The algorithmically structured systematic exploration of subject's state of mind. I. Development of a new interview. *Int J Appl Psychoanal Stud* 2007;4:349–70.
- [29] Widlöcher D. *Les logiques de la dépression*. Paris: Fayard; 1983.