

Sous la direction de
Chrystel Besche-Richard

Psychopathologie cognitive

Enfant, adolescent, adulte

DUNOD

Maquette de couverture :
Le Petit Atelier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2018

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-078152-2

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

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

Remerciements

Ce livre n'aurait pas été possible sans la contribution, la patience et la confiance de tous les co-auteur.e.s. Donc, merci à vous tous pour la finalisation de ce projet qui fut bien long.

Je remercie également les doctorant.e.s, les étudiant.e.s de Master, les stagiaires de Licence dont j'ai le plaisir de diriger les travaux qui sont une source inépuisable d'interrogations des modèles de la psychopathologie cognitive en vue de contribuer au développement de nouvelles techniques et d'améliorer le bien-être des personnes atteintes de troubles mentaux.

À titre personnel, merci à ma famille : Jean-Luc, Nikolaz et Corentin.

Enfin, un grand merci à Sophie Griveaud pour sa confiance renouvelée.

Chrystel Besche-Richard
mars 2018

Liste des auteurs

Amélie M. Achim

Docteure en neurosciences, est professeure agrégée de psychiatrie et neurosciences à l'université Laval de Québec (Canada) et dirige le Laboratoire Cognition et Interactions sociales du Centre de recherche CERVO. Ses travaux portent sur la cognition sociale, les interactions sociales et le fonctionnement quotidien, à la fois chez des participants neurotypiques et chez des personnes atteintes de problèmes de santé mentale comme les troubles psychotiques et les troubles anxieux.

Sylvie Berthoz

Psychologue clinicienne et docteure en neurosciences de formation. Dans le cadre de son activité de chargée de recherches à l'INSERM (statutaire au CESP, INSERM, université Paris-Sud, UVSQ, université Paris-Saclay, Villejuif; collaboratrice permanente dans l'équipe Neuroimagerie et Cognition humaine de l'INCLIA, université de Bordeaux) et à l'Institut mutualiste Montsouris. Elle étudie dans quelle mesure les processus émotionnels et cognitifs sont en lien avec la sévérité et le maintien de troubles psychiatriques ou comportements délétères pour la santé et le bien-être. Elle est également responsable en France de la formation à la remédiation cognitive dans l'anorexie mentale.

Chrystel Besche-Richard

Professeure de psychopathologie cognitive à l'université de Reims Champagne-Ardenne, responsable de la mention de master « Psychologie clinique, Psychopathologie et Psychologie de la santé ». Membre du Laboratoire Cognition, Santé, Société (EA 6291) de cette même université. Elle est également membre associée au Laboratoire Vision, Action, Cognition (EA 7326) de l'université Paris Descartes. Ses travaux portent, d'une part, sur l'étude des processus neurocognitifs et de cognition sociale dans les troubles schizophréniques, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité et, d'autre part, sur les facteurs (traits de personnalité, style d'attachement) associés au fonctionnement cognitif, émotionnel et social.

Catherine Bungener

Professeure de psychopathologie à l'université Paris Descartes. Elle est responsable de la spécialité de master « Psychologie clinique et Psychopathologie intégrative », et membre du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de santé (EA 4057).

Arnaud Carré

Maître de conférences à l'université Savoie Mont Blanc et est membre du Laboratoire interuniversitaire de Psychologie (LIP/PC2S, EA 4145, université Savoie Mont Blanc et université

Grenoble Alpes). Diplômé en neuropsychologie et psychopathologie cognitive, il a effectué un post-doctorat en neurosciences affectives et santé publique, puis un diplôme inter-universitaire (Lyon-Chambéry) en thérapies cognitivo-comportementales. Responsable de l'unité d'expertise et consultation bien-être et santé, il est psychologue dans l'unité troubles émotionnels à l'université Savoie Mont Blanc.

Claire Chevreuil

Médecin, spécialisée en psychiatrie infanto-juvénile, elle a œuvré pour l'évolution des pratiques dans les troubles neurodéveloppementaux, en particulier le trouble du spectre de l'autisme. Après avoir terminé en 2015 une carrière de praticien du service public hospitalier au Centre hospitalier spécialisé Guillaume Rognier de Rennes, elle a été chargée de mission auprès du centre de ressources autisme de Bretagne pour sa réouverture en janvier 2016. Aujourd'hui, elle intervient à Saint-Pierre et Miquelon où elle met en place un Centre médico-psychologique. Praticienne engagée, elle s'est également investie dans la recherche action et dans la formation initiale et continue des professionnels du sanitaire, du médico-social et de l'éducation nationale.

Géraldine Dorard

Psychologue clinicienne, est maître de conférences au Laboratoire de Psychopathologie et Processus de santé (EA 4057), équipe de psychopathologie des addictions et des émotions de l'université Paris Descartes.

Fanny Garnier

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, praticienne en hypnose et en ICV (Intégration des cycles de vie), collaboratrice de EIDO, Centre de soin des traumatismes et des violences à Paris.

Justine Gaugue-Finot

Chef du service de psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent. Chargée de cours et coordinatrice du centre universitaire de consultations psychologiques, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Mons, Belgique.

Fabien Gierski

Maître de conférences en neuropsychologie à l'université de Reims Champagne-Ardenne. Il est membre du Laboratoire Cognition, Santé, Société (C2S, EA 6291) et chercheur associé du groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances (INSERM UMR 1247 – université de Picardie-Jules-Verne). Il est également psychologue-neuropsychologue au sein du pôle universitaire de psychiatrie de Reims. Il est responsable du parcours de master « Psychologie et neuropsychologie des perturbations cognitives : clinique de l'adulte » de la mention « Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé de l'université de Reims Champagne-Ardenne,

et codirige le diplôme d'université d'addictologie de cette même université. Ses travaux portent notamment sur l'étude des déterminants et des conséquences du comportement d'alcoolisation ponctuelle importante (*binge drinking*) chez les jeunes adultes.

Audrey Henry

Maître de conférences en psychopathologie à l'université de Reims Champagne-Ardenne. Elle est membre du Laboratoire Cognition, Santé, Société (C2S, EA 6291) et membre associé du Laboratoire Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN, EA 2027). Elle est également psychologue-neuropsychologue au sein du pôle universitaire de psychiatrie de Reims. Ses travaux portent notamment sur l'étude des processus de cognition sociale dans les pathologies neurologiques et psychiatriques.

Laurent Lefebvre

Professeur ordinaire à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Mons (Belgique), où il dirige le service de psychologie cognitive et neuropsychologie. Spécialiste des troubles du langage et de la communication dans les pathologies neurodégénératives, il est également vice-président de l'Institut des sciences et technologies de la santé de l'université de Mons

Samuel Lemitre

Docteur en psychologie, psychothérapeute, praticien ICV (Intégration des cycles de vie), président de EIDO, Centre de soin des traumatismes et des violences, Paris.

Sandrine Le Sourn-Bissaoui

Psychologue, maître de conférences-HDR en psychologie et psychopathologie du développement à l'université Rennes 2. Coresponsable du parcours « Handicaps et troubles neurodéveloppementaux » du master psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, elle est également coordinatrice scientifique du comité scientifique et technique du Centre ressources autisme de Bretagne. Ses recherches portent sur le développement et l'inclusion scolaire des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme.

Anne-Solène Maria

Psychologue clinicienne et docteur en sciences cognitives, rattachée au Laboratoire CESP (INSERM, université Paris-Sud, UVSQ, université Paris-Saclay, Villejuif, France). Son travail de thèse au sein du CESP-Inserm U1178 portait sur les caractéristiques cognitives et émotionnelles des patients souffrant d'anorexie mentale. Elle est formatrice à la thérapie de remédiation cognitive adaptée à cette population.

Isabelle Massat

Pédopsychiatre, spécialisée dans les troubles neurodéveloppementaux et les troubles des apprentissages. Elle exerce son activité clinique au sein du département de neurologie de l'hôpital Érasme

à Bruxelles. En qualité de chercheur qualifiée du FNRS (Fonds national de la recherche scientifique en Belgique), elle travaille dans le Laboratoire de Neurologie expérimentale de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et oriente ses recherches sur le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) en explorant les corrélats neuronaux en neuroimagerie structurale et fonctionnelle

Michel Musiol

Professeur de psycholinguistique et psychopathologie de la cognition, directeur adjoint de l'Atilf UMR 7118, CNRS à l'université de Lorraine. Ses thèmes de recherche portent sur l'approche psycholinguistique des troubles du discours et des troubles du langage et de la pensée, sur la description de l'interrelation entre compétences langagières, inférentielles et mouvements de regard dans le discours normal et pathologique, sur la modélisation formelle des incongruités, discontinuités et des stratégies de maintien de l'interaction verbale.

Mickaël Naassila

Professeur de physiologie à l'UFR de pharmacie de l'université de Picardie-Jules-Verne. Directeur du Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances GRAP – Unité INSERM UMR 1247. Président de la Société française d'alcoologie et vice-président de la Fédération française d'addictologie. Membre de l'Académie nationale de pharmacie et lauréat de l'Académie nationale de médecine prix « Lutte contre l'alcoolisme ». Responsable du DU d'addictologie d'Amiens. Chevalier dans l'ordre des palmes académiques. Chercheur depuis 20 ans sur la neurobiologie de l'alcoolodépendance et les facteurs génétiques et environnementaux impliqués dans la maladie dont l'exposition précoce à l'alcool de type *binge drinking* à l'adolescence.

Étienne Quertemont

Docteur en sciences psychologique dans le domaine de la psychopharmacologie et professeur de psychobiologie des addictions et de psychostatistiques à l'université de Liège en Belgique. Il est actuellement doyen de la faculté de psychologie, logopédie et sciences de l'éducation de l'université de Liège.

Delphine Raucher-Chéné

Praticien hospitalier au sein du pôle universitaire de psychiatrie de Reims. Elle est également doctorante au Laboratoire Cognition, Santé, Société (C2S, EA 6291) et membre de l'International Society for Bipolar Disorders. Ses travaux portent sur les troubles cognitifs (processus sémantiques, cognition sociale) dans le trouble bipolaire.

Romina Rinaldi

Docteure en psychologie, travaille dans le secteur de la santé mentale et est chargée d'enseignement à l'université de Mons (Belgique).

- Damien Ringuenet** Psychiatre, responsable de l'unité spécialisée des Troubles des conduites alimentaires du département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse (AP-HP, GH Paris-Sud). Il est rattaché comme doctorant au CESP (INSERM, université Paris-Sud, UVSQ, université Paris-Saclay, Villejuif, France) dans le cadre de recherches sur le fonctionnement cognitif et la remédiation dans l'anorexie mentale.
- Mandy Rossignol** Docteure en psychologie et professeure de neuropsychologie et de psychopathologie cognitive à l'université de Mons (Belgique). Ses travaux de recherche étudient le rôle du contrôle attentionnel dans l'émergence de biais cognitifs dans différents troubles psychopathologiques et la possibilité d'entraîner cette fonction pour réduire les symptômes comportementaux.
- Charlotte Soumet-Leman** Docteure en psychologie clinique et psychothérapeute intégrative (TCC, TIP-A). Elle a effectué sa thèse de doctorat sur la remédiation cognitive dans la dépression au sein des Laboratoires LPN-Paris 8 et l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière puis a poursuivi son parcours de recherche par un post-doctorat au sein du Neurological Institute de Columbia University (New York). Sur le plan clinique, après avoir exercé cinq années à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris) dans une unité de diagnostic et d'évaluation des troubles du spectre autistique et de la cognition sociale, elle travaille à présent à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) dans une unité de diagnostic et de suivi des troubles neuro-développementaux et comorbidités à l'âge adulte tout en poursuivant des missions d'enseignante universitaire (École de Psychologues praticiens et Paris 6).
- Sarah Terrien** Psychologue. Elle a pratiqué pendant plusieurs années au sein du pôle universitaire de psychiatrie de Reims. Elle a également effectué un doctorat en psychologie au Laboratoire Cognition, Santé, Société (C2S, EA 6291). Ses travaux portent sur les troubles cognitifs (processus sémantiques, émotions) dans le trouble bipolaire, la schizophrénie et les traits de personnalité hypomaniaques et schizotypiques. Elle prépare actuellement un master de journalisme scientifique.
- Frédéric Verhaegen** Maître de conférences en psychologie et psychopathologie de la cognition. Rattaché au Laboratoire InterPsy (EA 4432) de l'université de Lorraine, il est spécialisé en psychopathologie et dans l'étude des troubles des interactions. Ses recherches se concentrent dans deux directions complémentaires. La première concerne la description et la formalisation des interactions psychopathologiques et la

deuxième concerne l'étude d'une activité considérée comme typique de l'expertise professionnelle des psychologues : la psychothérapie. Il anime le parcours « Psychopathologie de la cognition et des interactions » du master mention Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé à l'université de Lorraine (site de Nancy).

Thomas Villemonteix

Psychologue clinicien formé aux thérapies cognitivo-comportementales et maître de conférences à l'université Paris 8. Il étudie le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité et les troubles du comportement chez l'enfant à l'aide d'outils d'imagerie cérébrale. Ses recherches portent aussi sur les interventions visant à améliorer l'accompagnement de ces patients, en particulier dans le travail avec l'enseignant, dans l'utilisation d'outils innovants et dans la prévention et l'information des parents et pré-adolescents.

Erika Wauthia

Doctorante, elle réalise une thèse de doctorat financée par le Fond pour la recherche en sciences humaines (FRESH/FNRS) au sein du service de psychologie cognitive et de neuropsychologie de l'université de Mons (Belgique). Sa thèse de doctorat vise à investiguer l'applicabilité de la théorie du contrôle attentionnel à la compréhension des biais attentionnels observés dans l'anxiété sociale pédiatrique. Elle s'intéresse tout particulièrement aux corrélats électrophysiologiques de ces différents processus cognitifs.

Table des matières

<i>Introduction générale</i>	15
------------------------------------	----

PREMIÈRE PARTIE PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVE DE L'ADULTE

CHAPITRE 1 – L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ	23
Introduction	25
1. L'épisode dépressif caractérisé	26
2. L'anhédonie	38
Conclusion	44
Références bibliographiques	44
CHAPITRE 2 – LES TROUBLES BIPOLAIRES DE L'ADULTE	53
Introduction	55
1. Clinique du trouble bipolaire	55
2. Fonctionnement neurocognitif	58
3. Fonctionnement de la cognition sociale	62
Conclusion	68
Références bibliographiques	69
CHAPITRE 3 – LES TROUBLES ANXIEUX	75
1. Introduction à l'anxiété et aux troubles anxieux de l'adulte	77
2. Clinique des troubles anxieux	81
3. Fonctionnement neurocognitif dans les troubles anxieux	86
4. Fonctionnement de la cognition sociale dans les troubles anxieux	91
Conclusion	94
Références bibliographiques	94
CHAPITRE 4 – LES TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES	101
Introduction	103
1. Conduites addictives et fonctionnement cérébral	104
2. Conduites addictives et processus cognitifs	109

3. Conduites addictives, perturbations émotionnelles et cognition sociale	113
Conclusion	120
Références bibliographiques	121
CHAPITRE 5 – LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	127
Introduction	129
1. Approche catégorielle et dimensionnelle	130
2. Clinique des troubles de la personnalité	132
3. Focus sur la personnalité borderline : fonctionnement neurocognitif et de cognition sociale	142
Conclusion	147
Références bibliographiques	147
CHAPITRE 6 – LES TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE	153
Introduction	155
1. Neurocognition et approche dimensionnelle de la schizophrénie	156
2. Spécificités des troubles de la communication des schizophrènes : approche de cognition sociale et cognitive-inférentielle	165
Conclusion	173
Références bibliographiques	173

SECONDE PARTIE

PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

CHAPITRE 7 – LES TROUBLES DE L'HUMEUR	183
Introduction	185
1. Clinique des troubles de l'humeur	185
2. Le fonctionnement neurocognitif dans les troubles de l'humeur	191
3. Le fonctionnement de la cognition sociale dans les troubles de l'humeur	197
Conclusion	203
Références bibliographiques	203
CHAPITRE 8 – LES TROUBLES ANXIEUX PÉDIATRIQUES	211
Introduction	213
1. Clinique des troubles anxieux pédiatriques	214
2. Fonctionnement neurocognitif dans les troubles anxieux pédiatriques	224

3. Fonctionnement de la cognition sociale dans les troubles anxieux pédiatriques.....	237
Conclusion	240
Références bibliographiques	243
CHAPITRE 9 – LE TROUBLE DÉFICIT DE L’ATTENTION/HYPERACTIVITÉ	255
1. Clinique du TDAH.....	257
2. Le fonctionnement neurocognitif dans le TDAH.....	265
3. Le fonctionnement de la cognition sociale dans le TDAH.....	271
Références bibliographiques	274
CHAPITRE 10 – L’ANOREXIE MENTALE	279
1. Clinique de l’anorexie mentale	281
2. Fonctionnement neuropsychologique dans l’anorexie mentale.....	285
3. La cognition sociale dans l’anorexie mentale.....	290
Conclusion	295
Références bibliographiques	295
CHAPITRE 11 – LES CONDUITES D’ALCOOLISATION CHEZ L’ADOLESCENT ET CHEZ LES JEUNES ADULTES	303
1. Introduction.....	305
2. Vers une culture de l’ivresse alcoolique rapide	305
3. Impact neurocognitif des conduites d’API	308
4. Facteurs de vulnérabilité.....	316
Conclusion	320
Références bibliographiques	320
CHAPITRE 12 – LE TROUBLE DU SPECTRE DE L’AUTISME	325
1. Clinique du trouble du spectre de l’autisme.....	327
2. Le fonctionnement neurocognitif dans le TSA.....	328
3. Le fonctionnement de la cognition sociale dans le TSA.....	335
4. Les spécificités communicationnelles et langagières dans le TSA.....	341
Conclusion	343
Références bibliographiques	344
<i>Conclusion générale</i>	351



Introduction générale

L'objectif de cet ouvrage est de présenter les troubles psychopathologiques dans une perspective intégrant les apports de la psychologie cognitive, de la psychologie des émotions, de la neuropsychologie et des neurosciences affectives et sociales. Cette perspective de psychopathologie cognitive, banale aujourd'hui, a pourtant mis du temps à exister dans le paysage universitaire français de la psychologie, mais aussi de la psychiatrie. Ce sont néanmoins ces approches, et les connaissances qu'elles ont permis d'acquérir, qui permettent aujourd'hui de nouvelles techniques thérapeutiques efficaces orientées vers l'amélioration des symptômes, de la qualité de vie, de l'autonomie en vue de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement des patients. Parvenir à cette étape ultime ne peut se faire sans une connaissance précise des ressources et des faiblesses du fonctionnement cognitif pour chaque trouble mental. Ce fut, et c'est toujours, un des enjeux fondamentaux de la psychopathologie cognitive.

C'est pourquoi, dans cet ouvrage, outre la description brève des symptômes cliniques, nous avons privilégié la perspective d'une sémiologie cognitive centrée sur les troubles neurocognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire, du langage et des fonctions exécutives) et de cognition sociale (perception et reconnaissance des émotions, lecture et compréhension des états mentaux, empathie). Si l'examen des troubles neurocognitifs dans les pathologies mentales est ancien (concomitant de l'arrivée des modèles neuropsychologiques en neurologie), l'approche des troubles de la cognition sociale est relativement plus récente. Celle-ci a une portée heuristique et écologique importante, compte tenu de l'implication directe des processus de cognition sociale dans les interactions interpersonnelles. C'est ce qui explique sans doute l'accroissement constant des publications dans ce domaine (*cf.* Figure 1).

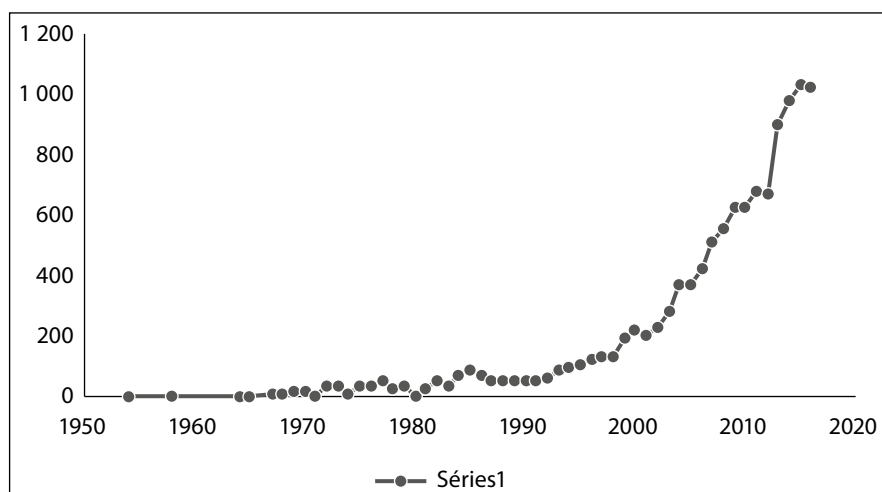


Figure 1. Évolution du nombre de publications Social cognition and mental disorders dans la base de données bibliographique PubMed/Medline

Les travaux présentés dans cet ouvrage sur la cognition sociale se réfèrent à sa définition générale adoptée par le NIMH (National Institute of Mental Health) Workshop on Social Cognition in Schizophrenia (Green *et al.*, 2008): « un ensemble d'opérations mentales qui sous-tendent les interactions sociales incluant la perception, la compréhension et l'interprétation des états émotionnels et épistémiques qui déterminent nos propres comportements et ceux d'autrui ». Plus précisément, Pickham *et al.* (2014) définissent quatre domaines relevant de la cognition sociale :

- la composante émotionnelle qui porte principalement sur des capacités de reconnaissance et de différenciation d'émotions de base et complexes ;
- la composante « Théorie de l'esprit » (*Theory of Mind*, ToM) qui englobe différents processus de compréhension, de raisonnement et d'attribution d'états mentaux, que ceux-ci soient de nature émotionnelle ou non. La prise en compte des émotions dans la théorie de l'esprit ouvre la voie à l'étude de l'empathie ;
- les styles d'attribution qui correspondent à la manière dont une personne va expliquer les causes des événements ;
- la perception et les connaissances sociales.

Chaque chapitre abordera néanmoins les spécificités de ce modèle selon les méthodologies précises utilisées dans l'exploration des questions particulières en lien avec les situations cliniques présentées.

Ainsi, au cours des différents chapitres, les auteurs évoqueront les spécificités cognitives associées à différentes situations cliniques relevant, soit de pathologies mentales avérées, soit de situations qui constituent une vulnérabilité psychologique. La première partie de l'ouvrage est consacrée au champ de l'adulte (troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux, troubles de l'usage des substances, troubles de la personnalité, troubles du spectre de la schizophrénie) et la seconde partie est consacrée au champ de l'enfant et de l'adolescent (troubles de l'humeur, troubles anxieux, le trouble déficit d'attention/hyperactivité, l'anorexie mentale, les conduites d'alcoolisation, les troubles du spectre de l'autisme).

Cet ouvrage est tout autant destiné aux étudiant.e.s des cursus de Psychologie de fin de Licence et de Master que de Psychiatrie. Il sera aussi utile aux professionnel.le.s de la santé mentale. Il pourra également intéresser les personnes qui cherchent à se documenter sur les nouvelles approches cognitives en psychopathologie.

Références bibliographiques

GREEN M.F., PENN D.L., BENTALL R., *et al.* (2008). “Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities”, *Schizophrenia Bulletin*, 34: 1211-1220.

PICKHAM A.E., PENN D.L., GREEN M.F., BUCK B., HEALEY K., HARVEY P.D. (2014). “The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel”, *Schizophrenia Bulletin*, 40(4): 813-823.

Première partie

**Psychopathologie cognitive
de l'adulte**

Chapitre 1

L'épisode dépressif caractérisé¹

1. Catherine Bungener, Charlotte Soumet-Leman, Chrystel Besche-Richard.



Sommaire

Introduction	25
1. L'épisode dépressif caractérisé	26
2. L'anhédonie	38
Conclusion.....	44
Références bibliographiques	44

Introduction

Le trouble de l'humeur le plus fréquemment rencontré et qui suscite le plus de demandes de consultations est l'épisode dépressif caractérisé (EDC) (anciennement appelé épisode dépressif majeur) parce qu'il fait partie des troubles psychiques parmi les plus fréquents. Les répercussions de ce trouble sont nombreuses au premier rang desquelles l'isolement social et le suicide. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ indique que l'épisode dépressif caractérisé fait partie des troubles associés à un haut niveau de handicap (social, familial, professionnel), à un fort risque suicidaire, au potentiel de récurrence et de chronicisation importantes, et à des répercussions économiques et sociales conséquentes puisque que les troubles dépressifs sont la 1^{re} cause d'incapacité dans le monde. Les troubles cognitifs associés aux pathologies psychiatriques sont des facteurs prédictifs d'une incapacité au travail, d'un handicap social et sont peu répondeurs aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques classiques.

L'éclairage apporté par les sciences cognitives au cours des dernières années sur le fonctionnement des patients souffrant de troubles de l'humeur est donc particulièrement précieux pour envisager le fonctionnement cognitif et émotionnel de ces patients et pour développer de nouvelles techniques de soins.

La souffrance engendrée par les symptômes dépressifs conduit les patients à une centration et un repli sur soi, la perception des informations extérieures va être teintée du prisme de la dépression et associée à des biais cognitifs en faveur des informations négatives: ainsi, les patients déprimés vont avoir tendance à mieux mémoriser l'information négative que celle de nature positive, ou à mieux reconnaître des visages émotionnellement négatifs que positifs. Or, reconnaître de façon adéquate les émotions d'autrui participe au bon fonctionnement des relations interpersonnelles. De la même manière, identifier et comprendre les états mentaux d'autrui est essentiel au bon fonctionnement de la communication interpersonnelle (comprendre ce que souhaite, pense, désire l'autre nous permet d'adapter notre comportement, y compris conversationnel) et permet de nous adapter au contexte.

C'est ce que nous aborderons au travers des travaux réalisés sur les troubles de la neurocognition et de la cognition sociale dans la dépression. En ce qui concerne les troubles émotionnels, particulièrement importants dans la dépression, nous nous intéresserons à l'anhédonie, c'est-à-dire la perte de la capacité à éprouver du plaisir, que nous caractériserons d'un point de vue clinique et cognitif.

.....
1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>

1. L'épisode dépressif caractérisé

1.1 Clinique de l'épisode dépressif caractérisé

1.1.1 Critères diagnostiques

Le DSM-5 (APA, 2015) propose un certain nombre de critères pour diagnostiquer l'épisode dépressif caractérisé. Le diagnostic repose sur l'identification d'une « humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours », ou d'une « diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours » (anhédonie) qui soient présentes depuis au moins deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. À ces deux critères principaux, s'ajoute une liste de sept autres critères¹. Lorsque la personne remplit au moins cinq critères, on considère qu'elle présente un EDC. Nous pouvons relever que la tristesse et la diminution de l'intérêt ou du plaisir sont au cœur de l'EDC, puisque l'une ou l'autre doit être présente pour poser ce diagnostic.

1.1.2 Données épidémiologiques

La prévalence actuelle d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) en France est de 7,5 % chez les personnes âgées de 15 à 85 ans (Beck et Guignard, 2012), et elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. À l'échelle de la vie entière, les études estiment que la dépression concerne 20 % de la population.

1.2 Clinique cognitive de l'épisode dépressif caractérisé

Outre les symptômes cliniques, maintenant bien reconnus pour définir un épisode dépressif caractérisé, d'autres signes ont leur importance dans la reconnaissance de cet état thymique. Il s'agit, entre autres, de troubles cognitifs bien identifiés sur le plan expérimental mais aussi au travers des plaintes subjectives émanant du discours des patients eux-mêmes.

Ces troubles, qui touchent en priorité les fonctions mnésiques, attentionnelles et exécutives, sont consignés dans les critères du DSM-5 sous la forme de « diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ». Ils sont décrits ci-après de manière plus exhaustive.

1. Les autres critères sont les suivants : perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit ; insomnie ou hypersomnie ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; fatigue ou perte d'énergie ; sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ; diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ; pensées de mort, idées suicidaires récurrentes.

1.2.1 Fonctionnement neurocognitif

Les patients déprimés expriment fréquemment des difficultés à lire, à suivre une émission télévisée ou une conversation. Ils soulignent par ces plaintes le handicap fonctionnel consécutif aux troubles cognitifs de la dépression. Un article de Davis *et al.* (2017) comparant les performances cognitives de participants sains à celles de personnes présentant un épisode dépressif majeur a mis en évidence que les personnes atteintes d'épisode dépressif majeur ont des scores moyens inférieurs en efficacité intellectuelle globale. De plus, l'attention visuelle, l'apprentissage verbal, la mémoire et la résolution de problèmes visuo-spatiaux étaient également moins efficaces après ajustement sur le niveau intellectuel. Le ralentissement dépressif provoque ainsi une lenteur de l'idéation et peut conduire à une sidération des facultés psychiques.

■ Troubles mémoriels

Les difficultés mnésiques sont variées et peuvent retentir sur tous les domaines de la vie quotidienne.

La mémoire de travail est habituellement préservée dans la dépression mais les épreuves comportant des items complexes (mémoire des chiffres en ordre inverse par exemple) peuvent être perturbées (Christopher et MacDonald, 2005). En revanche, pour les situations de double tâche, bien qu'il existe un abaissement significatif des performances pour les faibles séries de chiffres, elles semblent préservées pour les séries importantes malgré la plus grande complexité de la tâche demandée (Krames et MacDonald, 1985). De plus, les patients déprimés présentent une réduction significative du contrôle des interférences négatives par rapport aux participants témoins (Zetsche et Joormann, 2011).

Sur le plan de la mémoire à long terme, Amado-Boccaro (2003) observe une diminution des facultés d'apprentissage et de stockage lors des épreuves de rappels d'items verbaux en six essais consécutifs. Les épreuves comprenant une sélection d'items complexes à retenir ou de longues listes de mots sont perturbées dans la dépression. Le rappel libre est également altéré comparativement au rappel indicé ou à la reconnaissance. Il semble donc exister une faiblesse de l'encodage chez le patient déprimé, à l'origine des difficultés de mémorisation constatées. De plus, le rappel de mots à sens complexe lors d'apprentissage de textes est également diminué tandis que le pouvoir évocateur visuel du mot reste inchangé par rapport aux individus contrôles. Les résultats permettent de conclure à la présence de difficultés de structuration du récit chez les patients déprimés lors de la phase de mémorisation du texte.

Des études réalisées par Danion (1991) puis par Elderkin-Thompson *et al.* (2011) montrent une altération spécifique de la mémoire explicite dans la dépression, la mémoire implicite étant

préservée. Ainsi, seules les tâches sollicitant la récupération consciente et intentionnelle des informations obtiendraient des scores altérés. Elliott et Greene (1992) réfutent ce résultat et mettent en évidence une atteinte de la mémoire explicite et implicite dans la dépression. Une étude de Jenkins et MacDowall (2001) a contribué à rendre compte de ces données apparemment divergentes : les performances mémorielles déficitaires ne tiennent pas tant à la nature explicite ou implicite de la tâche qu'au fait que cette dernière requiert un traitement conceptuel. Ainsi, la sévérité des troubles mémoriels semble dépendre de la nature des traitements impliqués dans la tâche mémorielle.

Sur le plan de la mémoire autobiographique, la récupération de souvenirs négatifs est facilitée (Teasdale, 1988) et les souvenirs positifs sont considérés comme moins vifs chez les patients déprimés que chez les individus témoins (Werner-Seidler et Moulds, 2011). Ce résultat s'explique par le fait que la rumination, symptôme cognitif fondamental de l'épisode dépressif caractérisé, concerne le plus souvent des souvenirs autobiographiques négatifs. Les résultats stables de la littérature sur la mémoire autobiographique dans la dépression concernent la surgénéralisation des souvenirs négatifs qui constituerait même un facteur prédictif du trouble dépressif (Talarowska *et al.*, 2016), la présence d'un biais de congruence à l'humeur et d'un évitement des souvenirs intensifs (Lemogne, 2014).

En plus des déficits mémoriels, la dépression s'accompagne de biais mémoriels (Romero *et al.*, 2014). Lors des épisodes aigus, le rappel de mots négatifs ou neutres est facilité par rapport aux mots positifs ou à connotation gaie avec une proportion plus importante d'intrusions fausses de mots négatifs lors du rappel et de la reconnaissance. Il semble néanmoins que le biais de sélection des mots en fonction de leur charge affective s'exerce moins en faveur des mots négatifs que pour les mots positifs ou neutres. L'humeur triste intervient donc également directement sur les capacités mnésiques en permettant le rappel de souvenirs à tonalité douloureuse tandis que la reviviscence d'un événement heureux serait difficilement accessible.

■ Troubles attentionnels

Outre les troubles mémoriels, la dépression s'accompagne de troubles attentionnels. Les patients se plaignent fréquemment d'une forte distractibilité rendant difficile la lecture d'un livre ou le suivi d'une conversation ou d'un film.

Plusieurs travaux viennent étayer ces aspects et une synthèse de Dubal et Jouvent (2006) évoque « un ralentissement des différents stades de traitement de l'information : orientation de l'attention, division de l'attention et prise de décision ». Cette atteinte de toutes les étapes du traitement a été proposée pour expliquer la diminution générale de l'attention (Thomas *et al.*, 1998). Ainsi, une étude de Ghozlan et Widlöcher (1989) témoigne d'un allongement du temps de

réaction lors des épreuves de détection simple évaluant l'attention diffuse. Une diminution des réponses correctes à la détection de stimuli simples ou complexes avec augmentation des erreurs de type faux négatifs (erreurs d'omission ou oublis) est également observée. Lors de l'amélioration clinique, le temps décisionnel est significativement raccourci. Les auteurs concluent que les épisodes dépressifs sont à l'origine d'une atteinte de la composante initiale de l'action avec une perturbation élective de la capacité décisionnelle à agir.

Au cours de l'épisode dépressif, des difficultés de désengagement attentionnel concernant les stimuli négatifs sont aussi rapportées par plusieurs études (McGabe et Gotlib, 1993; Southworth *et al.*, 2017). Lorsque leur attention est portée sur des stimuli à valence négative, les patients déprimés ont plus de difficultés à réorienter leur attention vers une autre cible que les individus contrôles, ce qui vient expliquer le phénomène de ruminations fréquemment observé dans la dépression. Il existe ainsi un déficit d'inhibition de l'information négative (Joormann et Gotlib, 2010), et Christopher et MacDonald (2005) soulignent que les difficultés attentionnelles observées chez les patients déprimés pourraient être dues aux tentatives cognitives pour allouer les ressources attentionnelles à la tâche en cours malgré les effets distractifs des ruminations négatives.

Le ralentissement psychomoteur propre à la dépression explique pour partie les difficultés attentionnelles. L'anxiété, parfois intense, intervient également largement dans les perturbations cognitives observées car elle implique une distractibilité importante. Ainsi, une étude de Williams *et al.* (1988) s'intéressant aux difficultés de lecture et de mémorisation de textes chez les patients déprimés montre, lors de l'analyse qualitative et quantitative, une étroite corrélation entre difficultés de concentration, importance de l'anxiété, sévérité et endogénéité du syndrome dépressif. Ces travaux font écho à la revue de littérature plus récente de Mathews et MacLeod (2005) qui établit un lien de causalité entre biais attentionnel et vulnérabilité émotionnelle. Kellough *et al.* (2008) suggèrent également que l'attention biaisée peut avoir un rôle causal dans le maintien des symptômes dépressifs.

Cependant, le ralentissement psychomoteur et l'anxiété n'expliquent pas à eux seuls l'ensemble des difficultés attentionnelles observées. Les ruminations dépressives et la baisse de la motivation polarisent tout le champ psychique et sont également à prendre en compte dans la compréhension de ces difficultés.

■ Troubles des fonctions exécutives

Le concept de fonctions exécutives rend compte des tâches cognitives nécessaires à la vie quotidienne pour s'adapter à différentes situations et résoudre des problèmes divers. Plus particulièrement, ces fonctions permettent de dévier d'un comportement « par défaut » pour s'adapter