

# DÉPRESSION ET ANXIÉTÉ

---

Recherche menée par **Antoine PELISSOLO**

Service de psychiatrie sectorisée des Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor à Créteil,  
Université Paris-Est, PARIS



FONDATION  
Pierre Deniker  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE

# Dépression et anxiété : quelle est la validité clinique du trouble anxieux et dépressif mixte ?

L'anxiété et la dépression sont des réalités distinctes, mais partagent des bases physiopathologiques communes, de nature cognitive et/ou émotionnelles qui fondent leurs rapports étroits et souvent complexes. Il existe au moins trois configurations dans lesquelles anxiété et dépression peuvent se rapprocher voire se confondre : 1. Des troubles dépressifs associés à des troubles anxieux, 2. Des troubles anxieux qui peuvent comporter des signes de dépression, 3. Des états dépressifs marqués par une anxiété plus ou moins sévère et variable. Dans cet article Antoine Pelissolo présente les enjeux cliniques principaux dans ce type de situation, les critères qui pèsent sur le jugement clinique et les grandes lignes des situations thérapeutiques de la comorbidité dépression et trouble anxieux. Pour aller plus loin dans la réalité clinique des rapports entre anxiété et dépression, l'article interroge la validité clinique du trouble anxieux et dépressif mixte qui rend compte d'un grand nombre de situations où les sujets ne répondent pas aux critères d'un trouble anxieux ou dépressif caractérisé, alors qu'ils présentent des éléments de souffrance ou de handicap significatif. L'article présente la teneur des interrogations et des controverses quant à la validité et à l'utilité de cette entité diagnostique.

## SOMMAIRE

<b>De quels résultats communément admis disposons-nous ?</b>	p.3
<b>Comment les obtenons-nous ?</b>	p.7
<b>Qu'en tirons-nous comme connaissances ?</b>	p.7
<b>Qu'en faisons-nous concrètement ?</b>	p.8
<b>Références</b>	p.9
<b>Biographie</b>	p.11

**NOTA BENE :** Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 9).

## De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress posttraumatique (ESPT). Pour une définition des troubles anxieux, on pourra consulter les informations fournies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

2. Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1 : « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n° 1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

3. Pour une définition des troubles anxieux, on pourra consulter les informations fournies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

### DÉPRESSION ET ANXIÉTÉ : DIFFÉRENTS MAIS SOUVENT ASSOCIÉS

L'anxiété et la dépression sont des réalités distinctes, mais avec des rapports étroits et souvent complexes. Nous évoquerons dans la suite de ce chapitre la question particulière du trouble anxio-dépressif, mais elle ne résume pas l'ensemble des liens qui peuvent unir ces deux entités. Il existe en effet au moins trois configurations dans lesquelles anxiété et dépression peuvent se rapprocher voire se confondre [1, 2] :

1. Des troubles dépressifs associés à des troubles anxieux<sup>1</sup> à proprement parler, simultanément ou à un autre moment de leur évolution
2. Des troubles anxieux qui peuvent comporter des signes de dépression (démoralisation, émoussement affectif, idées suicidaires)<sup>2</sup>
3. Des états dépressifs marqués par une anxiété plus ou moins sévères, qui peut aller de « dépressions anxieuses » d'intensité moyenne à des mélancolies anxieuses graves

Le premier cas de figure correspond au concept de « comorbidité », dans lequel deux pathologies distinctes sont associées chez le même patient, avec la présomption d'une co-occurrence qui ne serait pas liée qu'au hasard. L'enjeu clinique principal, dans ce type de situation, est d'identifier une ou plusieurs pathologies anxieuses constituées chez un patient souffrant d'un trouble de l'humeur.

En général, le problème se pose au moment de la phase dépressive, avec deux difficultés :  
> Repérer les symptômes spécifiques du trouble anxieux au sein des signes du syndrome dépressif  
> S'assurer qu'il s'agit bien d'un trouble autonome

Le critère temporel s'avère crucial : si les symptômes anxieux sont apparus avant le syndrome dépressif, un diagnostic de trouble anxieux indépendant est probable. Cependant, les dates de débuts sont parfois difficiles à retrouver précisément. Par ailleurs, les deux pathologies peuvent apparaître en même temps et il n'est alors pas possible de trancher. Dans ce cas, la réponse au traitement et l'évolutivité respective des deux types de symptômes s'avère les seuls points de repère fiables.

Le tableau 1 (page suivante) résume les aspects diagnostiques et épidémiologiques de la comorbidité des états dépressifs avec les principaux troubles anxieux<sup>3</sup> (Trouble anxieux généralisé, Trouble panique et agoraphobie, Phobie sociale, Troubles obsessionnels-compulsifs, Etats de stress post-traumatiques).

Dans la plupart des cas, les troubles anxieux débutent plus tôt que les troubles dépressifs, ce qui impose une recherche rétrospective précise des comorbidités anxieuses chez les patients déprimés. Ces caractéristiques temporelles, ainsi que différents aspects cliniques évoqués dans le tableau 1, sont en faveur

**Tableau 1**  
**(ci-contre)**

Aspects diagnostiques et épidémiologiques de la comorbidité entre troubles anxieux et dépressifs.

> d'après Pelissolo, 2010 [2]

\*Estimation en l'absence de données spécifiques dans la littérature.

Troubles anxieux	Aspects diagnostiques	Comorbidité (vie entière)
<b>Trouble anxieux généralisé (TAG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les symptômes du TAG peuvent être parfois entièrement dus à un épisode dépressif.</li> <li>&gt; Le diagnostic de TAG impose une durée d'évolution propre d'au moins 6 mois.</li> <li>&gt; Le TAG débute en général plus tard que les autres troubles anxieux (après 30 ou 40 ans).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAG chez les sujets déprimés : 10-15 %</li> <li>• Dépression chez les sujets avec TAG : 60-80 %</li> </ul>
<b>Trouble panique et agoraphobie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Des attaques de panique sans anxiété anticipatoire sont souvent présentes transitoirement dans un EDM.</li> <li>&gt; Le trouble panique débute le plus souvent entre 20 et 30 ans, donc avant ou en même temps que les premiers EDM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble panique chez les sujets déprimés : 15-20 %</li> <li>• Dépression chez les sujets avec trouble panique : 30-50 %</li> </ul>
<b>Phobie sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les phobies sociales débutent dans l'enfance ou l'adolescence et constituent un facteur de risque avéré pour l'apparition de dépressions au début de l'âge adulte ou plus tardivement.</li> <li>&gt; L'anxiété sociale comporte en elle-même un vécu d'auto-dévalorisation qui, dans les formes sévères et chroniques, aboutit à une dysthymie durables avec émoussement des affects.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression chez les sujets avec phobie sociale : 50-60 %</li> </ul>
<b>Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les patients déprimés peuvent avoir des « idées fixes » et des ruminations autour d'idées de culpabilité, mais souvent sans réels doutes ni compulsions.</li> <li>&gt; Un lien de cause à effet entre les TOC sévères et chroniques et des dépressions ultérieures est souvent plausible, en lien avec l'intensité de la douleur morale et le retentissement fonctionnel de la maladie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression chez les sujets avec TOC : 55-65 %</li> <li>• TOC chez les sujets déprimés : 5-10 %*</li> </ul>
<b>Etats de stress post-traumatiques (ESPT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'émoussement des affects et la sensation d'avenir « bouchée », et parfois des idées de culpabilité, font partie intégrante du ESPT, à différencier de dépressions secondaires également fréquentes</li> <li>• Certaines dépressions peuvent comporter un aspect psycho-traumatique, après un deuil ou une séparation par exemple, et il faut alors rechercher minutieusement un ESPT indépendant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression chez les sujets avec ESPT : 30-60 %</li> <li>• ESPT chez les sujets déprimés : 5-15 %*</li> </ul>

**4. CIM-10 :** La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> révision (connue sous la « CIM-10 ») est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

**5. DSM-IV :** DSM est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994; la première version datait de 1952); TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000. La dernière version de la classification est le DSM -5.

**6. Humeur dysphorique :** pas d'état d'âme.

**7.** Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1: « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

**8. Un trouble panique :** trouble anxieux chronique défini par la répétition d'attaques de panique sans facteur déclenchant, conduisant à une peur continue de la survenue d'une crise.

**9. Un trouble anxieux généralisé :** trouble anxieux chronique constitué d'inquiétudes incontrôlables sur l'avenir, à propos de plusieurs thématiques différentes (argent, santé, accidents, etc.) et de signes de tensions physiques.

**10. GHQ :** Échelle de Goldberg 28 items (GHQ-28). Ce questionnaire contient 28 questions sur la santé, divisés en 4 parties distinguant les symptômes associés: 1 • à la dépression, 2 • à l'anxiété et l'insomnie, 3 • aux dysfonctions sociales, 4 • à la somatisation.

**11. ADIS-R :** Anxiety Disorder Interview Schedule ADIS-IV est un entretien structure (comportant des questions fixées d'avance) qui explore la présence d'un trouble anxieux selon les critères de la classification américaine des troubles mentaux, le DSM IV.

d'un lien de cause à effet entre un trouble anxieux primaire et une dépression secondaire, par exemple dans les phobies sociales ou les troubles obsessionnels-compulsifs sévères. L'hypothèse d'une vulnérabilité commune n'est cependant pas à écarter car elle peut exister en plus de la précédente, et elle est par exemple largement admise pour le lien entre l'anxiété généralisée et la dépression non bipolaire.

Nous ne pouvons pas détailler ici les aspects thérapeutiques de la comorbidité dépression et troubles anxieux, mais les points suivants doivent être mis en avant :

- > La nécessité de rechercher activement des antécédents de troubles anxieux chez tous les patients consultant pour dépression, car la comorbidité est un facteur de moins bon pronostic à court et long terme
- > Le choix d'un traitement médicamenteux actif dans les deux types de troubles est légitime pour garantir un effet global et surtout durable
- > En cas de réponse insuffisante sur la composante anxieuse, une psychothérapie spécifique doit être envisagée, notamment pour limiter le risque de rechute d'une dépression secondaire

## QUELLE EST LA VALIDITÉ CLINIQUE DU TROUBLE ANXIEUX ET DÉPRESSIF MIXTE ?

Le trouble anxieux et dépressif mixte (TADM) a été introduit dans la classification CIM-10<sup>4</sup> en 1992, puis dans le DSM-IV<sup>5</sup> en 1994 sous l'appellation Trouble mixte anxiété-dépression (MAD en anglais). Dès le début, cette nouvelle entité diagnostique a fait l'objet d'interrogations et de controverses, quant à sa validité et à son utilité. Son introduction visait à mettre l'accent sur des symptômes

anxieux et dépressifs combinés mais légers, en soins primaires surtout (médecine générale), nécessitant une identification et une prise en charge pour éviter leur évolution vers des formes plus sévères.

La définition du TADM repose sur la présence, pendant au moins un mois, d'une humeur « dysphorique »<sup>6</sup> persistante ou récurrente, associée à au moins quatre symptômes figurant parmi une liste de 10 relevant de la lignée anxieuse et/ou dépressive (ex. difficultés de concentration, fatigue, soucis, perte d'espoir, etc.). Pour être pris en compte, ces symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance ou d'une gêne significative, mais ne doivent pas correspondre à un trouble anxieux ou dépressif complet, et notamment pas à un épisode dépressif majeur<sup>7</sup>, un trouble panique<sup>8</sup> ou encore un trouble anxieux généralisé<sup>9</sup>. La caractéristique principale de ce trouble est donc son niveau de sévérité difficile à appréhender : assez élevé pour induire une gêne, mais pas trop intense pour ne pas remplir les critères d'un diagnostic classique.

L'étude princeps ayant conduit à l'introduction du TADM dans le DSM-IV a été publiée en 1994 et portait sur 666 patients, de médecine générale et de psychiatrie [3]. Ils ont été recrutés sur la base d'un score seuil à une échelle de symptômes généraux (GHQ)<sup>10</sup>, et ont ensuite été évalués à l'aide d'un entretien diagnostique structuré (ADIS-R)<sup>11</sup>. Les résultats ont montré qu'un peu plus de la moitié de ces sujets ne répondaient pas aux critères d'un trouble anxieux ou dépressif caractérisé, alors qu'ils présentaient des éléments de souffrance ou de handicap significatif. C'est ainsi que le diagnostic de TADM a été proposé pour rendre compte de ces patients « sous

12. La prévalence, généralement exprimée en pourcentage, est la proportion de cas d'une maladie donnée dans une population.

le seuil», mais seulement dans l'annexe du DSM-IV (nécessitant des recherches complémentaires) car le recul sur la validité de cette entité paraissait insuffisant. Des analyses complémentaires ont d'ailleurs montré que 95% des patients sans diagnostic au moment de l'évaluation avaient des antécédents de pathologies avérées, avec une prise de traitement dans 40% des cas [4].

On dispose désormais de plusieurs études épidémiologiques sur la prévalence<sup>12</sup> du TDAM tel que défini ci-dessus. En population générale, cette prévalence varie entre 0,8 et 2,5% [5, 6, 7]. Cependant, Batelaan et al. [8] insistent sur la grande divergence des taux de prévalence obtenus en fonction des critères de définition utilisés, pouvant varier entre 0,6% [9] et 8,8% dans certaines études [10].

En médecine générale, Weisberg et al. [11] ont mis en évidence un taux de prévalence étonnamment bas de TADM sur un échantillon de 1634 patients : 0,2%. De plus, lors d'une nouvelle évaluation une année plus tard, 80% des patients repérés initialement ne répondaient plus aux critères de ce trouble, ce qui questionne sa stabilité. De manière plus approfondie, Means-Christensen et al. [12] ont exploré 37 patients de médecine générale repérés du fait de symptômes émotionnels mais sans diagnostic de troubles anxieux ni dépressif franc. Aucun de ces patients ne présentait

en fait de signes de souffrance ou de gêne fonctionnelle, écartant donc complètement le diagnostic de TADM.

L'étude la plus récente en médecine générale est celle de Walters et al. [13], en Angleterre, qui a porté sur 103 patients répondant aux critères de TDAM et les a réévalués après 3 et 12 mois. Il s'agit en majorité de femmes, présentant différentes plaintes somatiques et ayant des antécédents de difficultés psychologiques. Leur niveau de gêne à l'inclusion est intermédiaire entre les sujets contrôles et les patients répondant aux critères d'un trouble caractérisé, ce qui correspond bien à la définition du TDAM. Lors du suivi, les résultats sont ambigus car il existe bien, en moyenne, une altération légère de la qualité de vie sur l'ensemble du groupe, mais près de 70% des patients ne répondent plus aux critères diagnostiques d'aucun trouble au bout d'un an. Les auteurs insistent donc sur l'importance de dépister cette pathologie, mais sans pouvoir en définir des facteurs pronostiques du fait d'une probable grande hétérogénéité.

Au plan thérapeutique, une seule étude a été menée sur l'efficacité d'un antidépresseur dans le TDAM, la sertraline, avec des résultats positifs mais sans grande spécificité par rapport à ce qui est connu des effets de ces molécules dans les troubles dépressifs et les troubles anxieux [14].

## Comment les obtenons-nous ?

Nous avons vu que les données épidémiologiques et cliniques sur le TDAM sont hétérogènes, probablement très dépendantes des populations étudiées et des méthodes utilisées : entretiens structurés approfondis ou simples questionnaires, critères diagnostiques issus de définitions ayant évolué au cours du temps, moyens d'évaluation de la gêne et du niveau de souffrance très variables, etc.

Il est certain que la population cible est réellement celle des patients consultant en médecine générale, du fait d'un niveau symptomatique assez faible. On peut par

exemple rappeler que Boulenger et al. [5], dans un des premiers articles de synthèse sur le sujet, n'avaient pu finalement identifier que 4 patients répondant aux critères de TDAM au sein de leurs patients de consultation psychiatrique.

Pourtant, même en médecine générale, certains taux de prévalence s'avèrent très faibles, faisant poser la question de l'existence même de l'entité décrite. Lorsqu'une recherche approfondie des possibles diagnostics différentiels est menée, il n'existe en effet que très peu de cas répondant aux critères stricts du trouble.

## Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Il n'est pas question de remettre en cause la proximité des symptômes anxieux et dépressifs, qui se traduit par une forte comorbidité entre troubles anxieux et troubles de l'humeur. Ces deux catégories partagent clairement des bases physiopathologiques communes, de nature cognitive et/ou émotionnelle. Le modèle tripartite de Watson et Clark [15, 16] place les affects négatifs (détresse émotionnelle) au centre des deux types de symptômes, expliquant ainsi leurs liens très intimes. Tyrer [17] a également bien montré que beaucoup de patients étaient soumis à des syndromes anxieux et

dépressifs, relevant d'un type de personnalité qu'il a appelé « syndrome névrotique général » puis « cothymie ». Il n'est donc pas illogique, en théorie, de proposer une entité regroupant des symptômes des deux catégories, et d'ailleurs le terme de « dysphorie » utilisé dans la définition du DSM-IV est intéressant d'un point de vue clinique.

Mais la faiblesse majeure du concept tient à son positionnement ambigu par rapport aux autres diagnostics existants. Les définitions proposées, basées sur un niveau de sévérité intermédiaire entre le normal et le patho-

13. Le diagnostic de **trouble de l'adaptation** s'applique lorsque l'humeur dépressive et divers symptômes se développent en réaction à une situation stressante et que les critères du diagnostic de dépression majeure ne sont pas rencontrés.

logique, peinent à identifier un ensemble de patients homogène et conséquent. La plupart des auteurs indiquent que les patients répondant à un moment donné aux critères du TADM relèvent en fait d'un autre diagnostic mieux caractérisé, notamment un trouble dépressif, mais qu'ils se trouvent soit en phase prodromique, soit en situation de symptômes résiduels. Or, il est admis que ces patients en rémission partielle sont à risques élevés de rechuter ou de récidiver vers un épisode dépressif franc, et qu'il est donc nécessaire de les traiter au mieux de

manière préventive. Créer une nouvelle entité de sévérité faible comme le TADM risque de laisser penser que certains patients sont à l'abri de décompensations plus graves, et donc de détourner les praticiens non spécialistes du dépistage nécessaire à une prévention efficace. Cela d'autant plus qu'il existe déjà quelques entités diagnostiques correspondant à des pathologies modérées ou légères, en tout cas en terme d'intensité, comme le trouble dysthymique ou les troubles de l'adaptation avec anxiété et/ou dépression<sup>13</sup>.

## Qu'en faisons-nous concrètement ?

Au vu des données présentées, il semble logique que les experts du DSM-5 aient supprimé le diagnostic de TADM de cette nouvelle classification, même si la décision a été prise tardivement. Cela permet, en médecine générale notamment, de concentrer les efforts de formation et de dépistage sur les troubles avérés, en phase active ou atténuée, au lieu de favoriser l'usage de termes flous comme «syndromes anxio-dépressifs», trop souvent utilisés par insuffisance de rigueur diagnostique et donc thérapeutique. Même

si la comorbidité est fréquente, elle n'est pas systématique et il est fondamental que les praticiens sachent identifier et prendre en charge de manière spécifique un trouble dépressif, une phobie, un trouble panique, etc. Il restera toujours peut-être un petit nombre de patients dont les symptômes ne correspondront pas totalement aux troubles caractérisés, mais cet enjeu est de moindre importance par rapport au risque de ne pas repérer des pathologies sévères et handicapantes. ■

## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **HIRSCHFELD RM.**  
"The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care"  
Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2001 • 3: 244-54.
- Ref. [2] **PELISSOLO A.**  
« Anxio-dépression. In : Les troubles dépressifs »  
Goudemand M ed. Flammarion Médecine Sciences, Paris, 2010 • 111-116.
- Ref. [3] **ZINBARG RE, BARLOW DH, LIEBOWITZ M, STREET L, ET AL.**  
"The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression"  
Am J Psychiatry, 1994 • 151: 1153-62.
- Ref. [4] **ROY-BYRNE P, KATON W, BROADHEAD WE, LEPINE JP, ET AL.**  
"Subsyndromal («mixed») anxiety—depression in primary care"  
J Gen Intern Med, 1994 • 9: 507-12.
- Ref. [5] **BOULENGER JP, FOURNIER M, ROSALES D, LAVALLÉE YJ.**  
"Mixed anxiety and depression: from theory to practice"  
J Clin Psychiatry, 1997 • 58 Suppl 8: 27-34.
- Ref. [6] **PREISIG M, MERIKANGAS KR, ANGST J.**  
"Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community"  
Acta Psychiatr Scand, 2001 • 104: 96-103.
- Ref. [7] **SCHMIDT NB, KOTOV R, BERNSTEIN A, ZVOLENSKY MJ, ET AL.**  
"Mixed anxiety depression: Taxometric exploration of the validity of diagnostic category in youth"  
J Affect Disord, 2007 • 98: 83-89.
- Ref. [8] **BATELAAN NM, SPIJKER J, DE GRAAF R, CUIJPERS P.**  
"Mixed anxiety depression should not be included in DSM-5"  
J Nerv Ment Dis, 2012 Jun • 200: 495-8.
- Ref. [9] **SPIJKER J, BATELAAN N, DE GRAAF R, CUIJPERS P.**  
"Who is MADD? Mixed anxiety depressive disorder in the general population"  
J Affect Disord, 2010 • 121: 180-3.
- Ref. [10] **DAS-MUNSHI J, GOLDBERG D, BEBBINGTON PE, BHUGRA DK, ET AL.**  
"Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification"  
Br J Psychiatry, 2008 • 192: 171-7.
- Ref. [11] **WEISBERG RB, MAKI KM, CULPEPPER L, KELLER MB.**  
"Is anyone really M.A.D.?: the occurrence and course of mixed anxiety-depressive disorder in a sample of primary care patients"  
J Nerv Ment Dis, 2005 • 193:223-30.

- Ref. [12] **MEANS-CHRISTENSEN AJ, SHERBOURNE CD, ROY-BYRNE PP, SCHULMAN MC, ET AL.**  
"In search of mixed anxiety-depressive disorder: a primary care study"  
Depress Anxiety, 2006 • 23:183-9.
- Ref. [13] **WALTERS K, BUSZEWICZ M, WEICH S, KING M.**  
"Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care"  
Br J Psychiatry, 2011 • 198:472-8.
- Ref. [14] **CARRASCO JL, DÍAZ-MARSÁ M, SÁIZ-RUIZ J.**  
"Sertraline in the treatment of mixed anxiety and depression disorder"  
J Affect Disord, 2000 • 59:67-9.
- Ref. [15] **CLARK LA, WATSON D.**  
"Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications"  
J Abnormal Psychol, 1991 • 100:316-36.
- Ref. [16] **WATSON D.**  
"Mood and temperament"  
The Guilford Press: New York, 2000 • 340p.
- Ref. [17] **TYRER P.**  
"The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis"  
Br J Psychiatry, 2001 • 179:191-3.

## REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [depression & anxiety](#)
- Avec les mots-clés : [depression & mixed depression anxiety disorder](#)

### AUTRES LIENS UTILES

- Association Française des Troubles Anxieux et de la Dépression : [www.aftad.org](http://www.aftad.org)
- Site d'information de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé sur la dépression : <http://www.info-depression.fr/>
- Site d'information et d'échange sur l'anxiété et la dépression : [www.medikpsy.fr](http://www.medikpsy.fr)
- Centres experts de la fondation FondaMental : <http://www.fondation-fondamental.org/>
- Association française des troubles anxieux (informations) : <http://www.afta-anxiete.org>
- Annuaire des associations de santé : <http://www.annuaire-aas.com>
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

## Biographie



### Antoine PELISSOLO

Antoine Pelissolo est chef du service de psychiatrie sectorisée des Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor à Créteil (pôle du Pr Marion Leboyer), et Professeur à l'Université Paris-Est. Il est président de l'Association Française des Troubles Anxieux et de la Dépression (AFTAD), membre du conseil d'administration de l'Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives (AFTCC), et membre de la fondation FondaMental.

### THÈMES DE RECHERCHE

L'activité clinique du Pr. PELISSOLO porte notamment sur les troubles anxieux et phobiques, et sur les troubles obsessionnels-compulsifs.

Auteur de plus d'une centaine d'articles et de chapitres scientifiques, et de plusieurs livres destinés au grand public :

- « Bien se soigner avec les médicaments psy » (Odile Jacob)
- « Ne plus rougir et accepter le regard des autres » (Odile Jacob), avec S. Roy
- « Les phobies, faut-il en avoir peur ? » (Le Cavalier bleu)

### COORDINATION SCIENTIFIQUE

**Galina IAKIMOVA**, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

### DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Le Pr. PELISSOLO déclare des collaborations ponctuelles (interventions scientifiques en congrès ou rédactionnelles) avec les laboratoires Lundbeck, Euthérapie et AstraZeneca.



FONDATION  
Pierre Deniker  
.....  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE