

DÉPRESSION ET SYMPTÔMES DÉLIRANTS

Recherche menée par

Karim TABBANE et **Racha TRIKI**

Hôpital Razi de la Manouba, TUNISIE



FONDATION
Pierre Deniker

POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Dépression et symptômes délirants

Les dépressions dans lesquelles le trouble de l'humeur s'accompagne de symptômes délirants et/ou d'hallucinations, représentent environ 15% de l'ensemble des dépressions et 25% de celles qui nécessitent une hospitalisation. Souvent sous-diagnostiqué en raison de la méconnaissance des symptômes psychotiques, ce type de dépression suscite des débats quant à son autonomie au sein du cadre clinique des troubles de l'humeur. Dans cet article, le Dr. Karim Tabbane expose de nombreuses études cliniques montrant les spécificités symptomatiques et évolutives des dépressions délirantes et l'importance de ces connaissances pour les différentes étapes de la prise en charge du patient. De ces spécificités découlent des mises en garde cliniques quant à la reconnaissance des facteurs qui pourraient constituer une entrave à la rémission fonctionnelle (ex. la non reconnaissance des troubles induite par le délire, les troubles cognitifs, le risque suicidaire, le risque évolutif vers la bipolarité etc.) et des recommandations thérapeutiques.

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.5
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.6
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.7
Références	p.8
Biographies	p.15

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 8).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Voir l'article n°23 : «**Dépression Bipolaire, aspects Cliniques**» (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

2. **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.

3. Voir l'article n°23 : «**Dépression Bipolaire, aspects Cliniques**» (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

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

CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION DÉLIRANTE

Les termes dépressions délirantes et dépressions psychotiques sont utilisés de manière équivalente par la plupart des travaux en psychiatrie [1]. Il s'agit d'un sous-type de maladie dépressive dans lequel le trouble de l'humeur s'accompagne de symptômes délirants et/ou d'hallucinations typiquement auditives [2, 3].

Diagnostic différentiel :

Il est important de distinguer les dépressions délirantes des dépressions compliquant le cours évolutif des psychoses chroniques comme la schizophrénie et de celles survenant dans le cadre d'un trouble bipolaire¹. Par définition, les symptômes psychotiques dans la dépression délirante sont épisodiques et surviennent uniquement au cours de l'épisode dépressif alors qu'ils sont chroniques et présents en l'absence de troubles de l'humeur dans les schizophrénies et les troubles délirants (DSM² IV ; DSM V, [4]). Les dépressions bipolaires avec ou sans symptômes psychotiques sont définies par la présence dans les antécédents d'épisodes maniaques ou hypomaniaques³ [4].

Prévalence

La dépression délirante est relativement fréquente dans la population générale avec une prévalence⁴ de l'ordre de 0.4% [5]. Celle-ci est multipliée par 3 à 6 (1.4% à 3%) parmi les personnes âgées de plus de 60 ans [6]. Elle représente environ 15% de l'ensemble

des dépressions [5, 7, 8] et 25% de celles qui nécessitent une hospitalisation [9]. Elle est souvent sous-diagnostiquée, principalement en raison d'une méconnaissance des symptômes psychotiques.

Facteurs de risque

Il existe des facteurs de risque communs pour l'ensemble des dépressions mais certains semblent plus fréquents dans les dépressions psychotiques, notamment les antécédents familiaux de troubles bipolaires [10, 11] et les antécédents de traumatisme durant l'enfance [12, 13].

La congruence du délire

Habituellement le thème du délire est dit « congruent à l'humeur » dépressive comme dans le cas des idées délirantes de culpabilité, d'indignité, de dévalorisation, de nihilisme ou de châtement (ex. la mélancolie délirante des classifications françaises) mais il est dit non congruent à l'humeur s'il s'agit d'idées délirantes de persécution ou d'influence [13]. La pertinence de cette subdivision tient au fait que la composante psychotique non congruente à l'humeur a été associée à un mauvais pronostic fonctionnel et à une instabilité diagnostique [14, 15, 16]. Toutefois, ces données sont controversées [17, 18]. À côté du délire, on peut trouver inconstamment des hallucinations qui, lorsqu'elles sont présentes, sont peu élaborées. Elles se manifestent essentiellement sous forme de voix admonestant le patient pour des fautes commises dans le passé. Il est rare de voir

5. Un trouble somatoforme est un trouble mental caractérisé par des symptômes physiques évoquant une blessure ou une maladie physique – les symptômes ne peuvent être pleinement expliqués par une condition médicale générale, des effets directement causés par une substance ou attribués à un autre trouble mental (ex. trouble panique). Chez les individus souffrant de trouble somatoforme, les résultats à des tests médicaux n'indiquent rien d'anormal et n'expliquent aucunement les symptômes dont souffrent les patients. Les symptômes sont souvent similaires à ceux des autres maladies et peuvent durer pendant plusieurs années.

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

7. Les troubles de la personnalité du cluster A se caractérisent par la tendance à l'excentricité et par l'isolement social. Il s'agit de trois types de personnalité définies par l'axe II du DSM IV: la personnalité paranoïaque, la personnalité schizotypique et la personnalité schizoïde.

8. Les fonctions exécutives désignent un ensemble assez hétérogène de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Cela regroupe des capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problème, le raisonnement logique, la mémoire de travail, le contrôle cognitif, la pensée abstraite, l'apprentissage de règles, l'attention sélective, la sélection de réponses motrices, la motivation, l'initiative, etc. Les fonctions exécutives sont principalement associées au fonctionnement des lobes frontaux du cerveau.

9. La dopamine (DA) est un neurotransmetteur appartenant aux catécholamines, issu de l'acide aminé tyrosine. La dopamine a un rôle modulateur essentiel des fonctions motrices et psychiques.

des tableaux de dépression psychotique avec des hallucinations isolées, sans présence de délire élaboré [19, 20].

Différence avec la dépression sans caractéristiques délirantes

Les dépressions délirantes comparées aux dépressions non délirantes sont caractérisées par :

- > Une plus longue durée des épisodes [21, 22]
- > Un plus haut risque de récurrences [23, 24, 25, 26]
- > Des troubles plus importants du fonctionnement psychosocial [27]
- > Une plus mauvaise qualité de vie [28]
- > Une évolution vers la chronicité [8, 29]
- > Une mortalité plus importante [30]
- > Un risque plus élevé d'évolution vers un trouble bipolaire [31, 32, 33].

Par contre, il n'existe pas de différences dans les caractéristiques sociodémographiques [34]. Il existe également une plus grande comorbidité avec les troubles somatoformes,⁵ les troubles anxieux⁶ notamment les états de stress post-traumatiques [35, 36, 37, 38, 39] et les troubles de la personnalité du cluster A⁷ [34, 39].

La dépression délirante s'accompagne souvent, mais pas systématiquement, d'une sévérité accrue de certains symptômes. En particulier de troubles psychomoteurs, dans le sens d'un ralentissement ou d'une agitation [23, 35], d'un vécu de culpabilité [23, 40, 41] et des perturbations cognitives [42], notamment de la mémoire verbale, du fonctionnement exécutif⁸ et de la vitesse d'exécution psychomotrice [43]. Le risque suicidaire est plus fréquent [25, 44, 29].

Récemment la dimension psychotique a été découplée du critère de sévérité: la dépres-

sion délirante n'est plus considérée comme une forme de dépression sévère mais comme un sous-type autonome de dépression [2].

Anomalies biologiques :

Certaines anomalies biologiques seraient plus fréquentes dans les dépressions psychotiques notamment des taux élevés de cortisol sanguin qui persistent à des niveaux importants malgré les épreuves de freination [42, 45, 46] et des perturbations du métabolisme de la dopamine⁹ à travers une baisse de l'activité de l'enzyme dopamine beta-hydroxylase [47, 48].

RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT

Sur le plan thérapeutique les dépressions délirantes répondent moins bien au traitement antidépresseur en monothérapie que les dépressions non délirantes [49, 50].

Le traitement généralement recommandé en première intention repose sur l'association d'un antidépresseur (AD) à un antipsychotique (AP) [51, 52, 53]. Une récente étude randomisée contrôlée en double aveugle a confirmé que cette association est plus efficace (50 % vs 25 % de rémission) que la monothérapie par un antipsychotique de nouvelle génération (l'olanzapine) [54]. Cette recommandation est adoptée par la plupart des guidelines internationaux [55].

Il n'existe pas actuellement des critères de choix pour déterminer la combinaison la plus efficace d'antidépresseur et d'antipsychotique. Par exemple, il ne semble pas exister de différences en termes d'efficacité parmi trois antipsychotiques (rispéridone, quétiapine et olanzapine) utilisés en association avec les antidépresseurs (citalopram et venlafaxine) [56].

10. Voir l'article n°16-1: «Dépression et ECT» (Dr. F. Mouaffak), Le Livre Blanc de la Dépression.

11. Les données épidémiologiques rapportent la prévalence des troubles au sein de la population générale

L'association d'un anxiolytique de type benzo-diazépine ou d'un hypnotique peut se révéler utile pour lutter contre l'anxiété et l'insomnie. Le risque suicidaire doit soigneusement être pris en compte par une surveillance clinique rapprochée [13].

La monothérapie par antidépresseur est plus rarement recommandée de même que l'Electroconvulsivothérapie¹⁰ comme traitement de première intention [55]. Celle-ci peut être indiquée en cas de risque suicidaire imminent [55] et demeure le traitement de choix des formes résistantes [57, 58]. La potentialisation avec du lithium pourrait être utile dans les cas où le traitement de première intention ne donne pas de rémission totale [59].

Peu de travaux existent concernant la durée optimale du traitement de maintenance. Néanmoins en cas de réponse favorable au traitement il est recommandé de maintenir le même traitement pendant au moins 4 mois [60]. Une étude est actuellement en cours pour déterminer la durée pendant laquelle il convient de maintenir le traitement antipsychotique pendant la phase de maintenance [61]. Par ailleurs, il n'existe pas pour l'instant de recommandations pharmacologiques spécifiques pour la dépression délirante au cours d'un trouble bipolaire [62].

Quelques études défendent l'utilité des interventions psychosociales dans la dépression psychotique [63, 64].

Comment les obtenons-nous ?

Les données épidémiologiques¹¹ sont établies à partir d'études dites transversales sur des échantillons de sujets les plus représentatifs possibles de la population étudiée. En population générale on retrouve une seule étude [5] portant sur un large échantillon (ce qui constitue un point fort de cette étude) de différents pays européens mais avec des outils de recueil de données destinés initialement à étudier le sommeil (ce qui constitue le point faible de cette étude). Ce type d'étude n'a pas été répliqué avec des outils diagnostics plus spécifiques et n'a pas été entrepris dans d'autres contextes culturels (ex. pays asiatiques, africains). D'autres travaux épidémiologiques se sont limités à des populations spécifiques (cliniques) : de patients déprimés

[8], des sous-groupes de personnes déprimées âgées [6, 7]. L'utilisation d'outils de diagnostic plus spécifiques, ainsi que la concordance des résultats montrent avec un niveau de preuve assez fiable, que les dépressions avec des symptômes délirants se retrouvent avec une proportion élevée au sein des populations de personnes déprimées, en particulier chez les personnes âgées.

Sur le plan méthodologique la majorité des autres études a pour point commun de comparer des personnes déprimées avec et sans symptômes délirants avec comme objectif général de démontrer que celles avec des symptômes délirants se distinguent suffisamment de celles sans symptômes délirants sur un ensemble de critères, afin de

12. Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

13. Pour connaître les nouveautés introduites dans le DSM 5, consultez l'article n°24 : « La dépression dans le DSM-V, nouveautés et débats » (Pr. Julien Daniel Guelfi), Le Livre Blanc de la Dépression.

14. Des essais contrôlés randomisés (ECRs) apportent des résultats moyens à partir de la comparaison des résultats de 2 groupes de patients souffrant d'un trouble isolé (ici, une dépression) dont l'un reçoit le traitement dont on veut tester l'efficacité et l'autre un « traitement » absent, réputé non efficace ou dont l'efficacité a déjà démontrée.

15. La nosographie est la discipline de la médecine qui s'intéresse à la description et à la classification des troubles et des maladies.

constituer un sous-groupe autonome. Le profil symptomatique des patients déprimés ayant des symptômes délirants décrit plus haut, a été établi par plusieurs études dont les résultats sont généralement concordants [65]. Les troubles cognitifs ont été plus particulièrement étudiés avec notamment une méta-analyse¹² qui confirme le déficit plus marqué chez les patients déprimés ayant des symptômes délirants [43]. Une plus grande sévérité symptomatique chez les patients déprimés ayant des symptômes délirants a été retrouvée par plusieurs études mais ce résultat n'a pas été confirmé par d'autres travaux [22, 5]. La dernière version de la classification américaine des troubles mentaux [4] a adopté ce dernier point de vue en offrant à la dépression délirante un statut autonome indépendant de la sévérité de la dépression, en partie probablement pour stimuler la recherche sur cette forme de dépression¹³. La relation entre trouble bipolaire et dépression délirante a été suggérée par différents types d'approches :

- > Par des études « cas témoins » qui ont montré la plus grande fréquence des antécédents familiaux de bipolarité [66, 67]
- > Par des études « de cohortes » (appelées études prospectives) montrant que ce type de dépression évolue plus fréquemment vers la bipolarité [68, 69].

Les recommandations thérapeutiques ont été établies à partir de plusieurs types d'études :

- > Des essais contrôlés randomisés¹⁴ montrant la supériorité de l'association antidépresseurs et antipsychotiques sur les antidépresseurs en monothérapie
- > Des méta-analyses qui démontrent la supériorité des antidépresseurs seuls ou en association avec les antipsychotiques sur les antipsychotiques en monothérapie.
- > Des essais contrôlés randomisés et méta-analyses représentent le niveau de preuve le plus élevé pour juger de la fiabilité des résultats. Par contre il n'existe pas de données sur la ou les combinaisons les plus efficaces.

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Le concept de dépression délirante souligne le chevauchement existant entre les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Il questionne ainsi la nosographie¹⁵ psychiatrique quant à son appartenance à l'une ou l'autre de ces deux catégories et dans son autonomie en tant que sous type de dépression. Le modèle nosographique actuel, de type catégoriel, conduit à classer les dépressions

délirantes dans le registre des troubles de l'humeur et non dans la catégorie des troubles psychotiques. Ce positionnement se fonde sur la nature des antécédents familiaux [70, 71] et les modalités évolutives [72] propres aux dépressions délirantes. Ce modèle catégoriel conduit à considérer les symptômes psychotiques comme une manifestation parmi d'autres de la mala-

16. Un a priori étiopathogénique: un a priori concernant la cause et les processus impliqués dans la genèse des troubles.

17. DSM est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; La dernière version de la classification est le DSM -5.

die dépressive et suppose donc un a priori étiopathogénique¹⁶. On peut lui opposer un modèle dimensionnel où les deux types de manifestations seraient envisagés comme deux dimensions interdépendantes. Dans la dernière version du DSM¹⁷ ces deux modèles coexistent même si l'approche catégorielle demeure prééminente.

Les différents travaux présentés dans la section ont permis de modéliser la dépression délirante sur plan clinique, évolutif et biologique et d'apporter les arguments nécessaires à sa reconnaissance comme sous-type autonome de dépression.

La règle qui considère que les symptômes

psychotiques apparaissent uniquement quand l'intensité du syndrome dépressif est particulièrement sévère est actuellement remise en question [73]. La dépression délirante n'est plus nécessairement une dépression sévère et peut se rencontrer avec différents niveaux d'intensité du syndrome dépressif DSM-V.

Sur le plan étiologique il n'existe pas suffisamment de données pour construire un modèle explicatif des dépressions délirantes. On se réfèrera aux théories étiopathogéniques des dépressions et du délire. On greffera à ce modèle certaines données spécifiques aux dépressions délirantes.

Qu'en faisons-nous concrètement ?

Les dépressions délirantes ont une fréquence relativement élevée et sont souvent sous diagnostiquées. Ce sont des arguments en faveur de la mise en œuvre de stratégie de dépistage spécifiques visant en particulier les symptômes psychotiques qui sont le plus souvent méconnus chez les personnes présentant une dépression.

Les nombreuses études cliniques présentées dans la section ont permis une meilleure connaissance des spécificités symptomatiques et évolutives des dépressions délirantes avec un apport à différentes étapes de la prise en charge du patient : reconnaissance de la maladie, évolution sous traitement, niveau de rémission attendue. Par exemple, le délire

induit souvent une non reconnaissance par le malade de ses troubles d'où souvent la nécessité d'hospitaliser le patient en début de traitement. Les troubles cognitifs plus importants dans ces formes de dépressions, peuvent constituer une entrave à une rémission fonctionnelle. Le risque suicidaire plus élevé implique une plus grande surveillance lors du suivi du patient. Le risque plus important d'évolution vers la bipolarité doit inciter à en dépister les premiers signes lors du suivi. Leur apparition va de facto limiter le recours aux antidépresseurs et privilégier l'usage des régulateurs de l'humeur. Les essais thérapeutiques contrôlés permettent de mettre en place des recommandations thérapeutiques. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **SCHATZBERG AF, ROTHSCHILD AJ**
"Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV?"
Am J Psychiatry, 1992 • 149:733-745.
- Ref. [2] **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 68, 2007 • 1411-1417.
- Ref. [3] **OSTERGAARD SD, WALTOFT BL, MORTENSEN PB, MORS O**
"Environmental and familial risk factors for psychotic and non-psychotic severe depression"
J Affect Disord, 2013 May • 147(1-3):232-40.
- Ref. [4] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"
Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.
- Ref. [5] **OHAYON MM, SCHATZBERG AF**
"Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population"
Am J Psychiatry, 2002 • 159: 1855-1861.
- Ref. [6] **BLAZER D**
"Epidemiology of late-life depression. In: Schneider L, Reynolds C, Lebowitz B, Friedhoff A, eds. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life"
Washington DC, American Psychiatric Press, 1994 • 9-20.
- Ref. [7] **BALDWIN RC, JOLLEY DJ**
"The prognosis of depression in old age"
Br J Psychiatry, 1986 • 149:574-583.
- Ref. [8] **JOHNSON J, HORWATH E, WEISSMAN MM**
"The validity of major depression with psychotic features based on a community study"
Arch Gen Psychiatry, 1991 • 48:1075-1081.
- Ref. [9] **CORYELL W, PFOHL B, ZIMMERMAN M**
"The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression"
J Nerv Ment Dis, 1984 • 172:521-528.
- Ref. [10] **MAJ, M**
"Delusions in major depressive disorder: recommendations for the DSM-V"
Psycho
- Ref. [11] **WEISSMAN MM**
"Is delusional depression related to bipolar disorder?"
Am J Psychiatry, 1984 • 141: 892-893.

- Ref. [12] **ZIMMERMAN M, MATTIA JI**
"Psychotic subtyping of major depressive disorder and posttraumatic stress disorder"
J Clin Psychiatry, 1999 May • 60(5):311-4.
- Ref. [13] **BAYLÉ FJ, LANÇON C, LLORCA PM**
« Dépressions sévères, difficiles et résistantes: aspects cliniques et thérapeutiques »
Annales Médico-psychologiques, 2002 • 160, Issue 7, 475-482.
- Ref. [14] **BURCH EA JR, ANTON RF, CARSON WH**
"Mood congruent and incongruent psychotic depression: are they the same?"
J Affect Disord, 1994 Aug • 31(4):275-80.
- Ref. [15] **FENNIG S, BROMET EJ, TANENBERG KARANT M, RAM R, JANDORF L**
"Mood-congruent versus mood-incongruent psychotic symptoms in first admission patients with affective disorders"
J Affect Disord, 1996 • 37, 23-29.
- Ref. [16] **TOHEN M, KHALSA HM, SALVATORE P, VIETA E, RAVICHANDRAN C, BALDESSARINI RJ**
"Two-year outcomes in first-episode psychotic depression the McLean-Harvard First-Episode Project"
J Affect Disord, 2012 Jan • 136(1-2):1-8.
- Ref. [17] **MAJ M**
"Delusions in major depressive disorder: recommendations for the DSM-V"
Psychopathology, 2008 • 41, 1-3.
- Ref. [18] **KELLER J, SCHATZBERG AF, MAJ M**
"Current issues in the classification of psychotic major depression"
Schizophr Bull, 2007 Jul • 33(4):877-85.
- Ref. [19] **ANTON RF JR, BURCH EA JR**
"Amoxapine versus amitriptyline combined with perphenazine in the treatment of psychotic depression"
Am J Psychiatry, 1990 • 147:1203-1208.
- Ref. [20] **MEYERS BS**
"Treatment of Psychotic depression"
Nelson JC editor. Geriatric Psychopharmacology. New York: March Dekker, 1998 • Inc., 99-114).
- Ref. [21] **CORYELL W**
"The importance of psychotic features to major depression: course and outcome during a 2-year follow-up"
Acta Psychiatr Scand, 1987 • 75:78-85.
- Ref. [22] **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 68, 2007 • 1411-1417.
- Ref. [23] **LYKOURAS E, MALLIARAS D, CHRISTODOULOU GN, PAPAKOSTAS Y, VOULGARI A, TZONO A, STEFANIS C**
"Delusional depression: phenomenology and response to treatment. A prospective study"
Acta Psychiatr Scand, 1986 Mar • 73(3):324-9.

- Ref. [24] **ARONSON TA**
"Relapse in delusional depression: a retrospective study of the course of treatment"
Compr Psychiatry, 1988 • 29:12-21.
- Ref. [25] **JOHNSON J, HORWATH E, WEISSMAN MM**
"The validity of major depression with psychotic features based on a community study"
Arch Gen Psychiatry, 1991 • 48:1075-1081.
- Ref. [26] **GOLDBERG JF, HARROW M**
"Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up"
J Affect Disord, 2004 • 81, 123-131.
- Ref. [27] **CORYELL W, LEON A, WINOKUR G, ENDICOTT J, KELLER M, AKISKAL H, SOLOMON D**
"Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder"
Am J Psychiatry, 1996 Apr • 153(4):483-9.
- Ref. [28] **CRAMER V, TORGERSEN S, KRINGLEN E**
"Mood disorders and quality of life"
A community study. Nordic Journal of Psychiatry, 2010 • 64, 58-62.
- Ref. [29] **GAUDIANO BA, DALRYMPLE KL, ZIMMERMAN M**
"Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic"
Depress Anxiety, 2009 • 26(1):54-64.
- Ref. [30] **VYTHILINGAM M, CHEN J, BREMNER JD, MAZURE CM, MACIEJEWSKI PK, NELSON JC**
"Psychotic depression and mortality"
Am J of Psychiatry, 2003 • 160, 574-576.
- Ref. [31] **AKISKAL HS, WALKER P, PUZANTIAN VR, KING D, ROSENTHAL TL, DRANON M**
"Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors"
J Affect Disord, 1983 May • 5(2):115-28.
- Ref. [32] **STROBER M, CARLSON G**
"Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation"
Arch Gen Psychiatry, 1982 May • 39(5):549-55.
- Ref. [33] **OSTERGAARD SD, STRASZEK S, PETRIDES G, SKADHEDE S, JENSEN SO, MUNK-JØRGENSEN P, NIELSEN J**
"Risk factors for conversion from unipolar psychotic depression to bipolar disorder"
Bipolar Disord, 2013, Nov 12.
- Ref. [34] **SERRETTI A, LATTUADA E, CUSIN C, GASPERINI M, SMERALDI E**
"Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression"
Compr Psychiatry, 1999 Sep-Oct • 40(5):358-62.

- Ref. [35] **CHARNEY DS**
"Delusional and nondelusional unipolar depression: further evidence for distinct subtypes"
Am J Psychiatry, 1981 • 138:328–333.
- Ref. [36] **CORYELL W, PFOHL B, ZIMMERMAN M**
"The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression"
J Nerv Ment Dis, 1984 • 172:521–528.
- Ref. [37] **LATTUADA E, SERRETTI A, CUSIN C, GASPERINI M, SMERALDI E**
"Symptomatologic analysis of psychotic and non-psychotic depression"
J Affect Disord, 1999 Jul • 54(1-2):183–7.
- Ref. [38] **ZIMMERMAN M, MATTIA JI**
"Psychotic subtyping of major depressive disorder and posttraumatic stress disorder"
J Clin Psychiatry, 1999 May • 60 (5):311–4.
- Ref. [39] **GAUDIANO BA, DALRYMPLE KL, ZIMMERMAN M**
"Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic"
Depress Anxiety, 2009 • 26(1):54–64.
- Ref. [40] **GLASSMAN AH, ROOSE SP**
"Delusional depression. A distinct clinical entity?"
Arch Gen Psychiatry, 1981 Apr • 38(4):424–7.
- Ref. [41] **PARKER G, HADZI-PAVLOVIC D, HICKIE I, BOYCE P, MITCHELL P, WILHELM K, BRODATY H**
"Distinguishing psychotic and non-psychotic melancholia"
J Affect Disord, 1991 • 22: 135–148.
- Ref. [42] **ROTHSCHILD AJ, ET AL**
"Relationships between brain CT scan findings and cortisol in psychotic and nonpsychotic depressed patients"
Biol Psychiatry, 1989 • 26: 565–575.
- Ref. [43] **FLEMING SK, BLASEY C, SCHATZBERG AF**
"Neuropsychological correlates of psychotic features in major depressive disorders: a review and meta-analysis"
J Psychiatric Res, 2004 • 38:27–35.
- Ref. [44] **THAKUR M, HAYS J, KRISHNAN KR**
"Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression"
Psychiatry Res, 1999 May 31 • 86(2):99–106.
- Ref. [45] **NELSON JC, DAVIS JM**
"DST studies in psychotic depression: A meta-analysis"
Am J Psychiatry, 1997 • 154:1497–1503.
- Ref. [46] **POSENER JA, DEBATTISTA C, WILLIAMS GH, CHMURA KRAEMER H, KALEHZAN BM, SCHATZBERG AF**
"4-Hour monitoring of cortisol and corticotrophin secretion in psychotic and nonpsychotic major depression"
Arch Gen Psychiatry, 2000 • 57:765–760.

- Ref. [47] **MELTZER HY, CHO HW, CARROLL BJ, RUSSO P**
"Serum dopamine-B-hydroxylase activity in the affective psychoses and schizophrenia"
Arch Gen Psychiatry, 1976 • 33:585-591.
- Ref. [48] **MEYERS BS, ALEXOPOULOS GS, KAKUMA T, TIRUMALASETTI F, GABRIELE M, ALPERT S, BOWDEN C, MELTZER HY**
"Decreased dopamine beta-hydroxylase activity in unipolar geriatric delusional depression"
Biol Psychiatry, 1999 • 15; 45(4):448-52.
- Ref. [49] **THASE ME, HOWLAND RH, FRIEDMAN ES**
"Treating antidepressant nonresponders with augmentation strategies: an overview"
J Clin Psychiatry, 1998 • 59 (Suppl 5):5-12 discussion 13-21.
- Ref. [50] **WOLFERSDORF M, KONIG F, STRAUB R**
"Pharmacotherapy of delusional depression: experience with combinations of antidepressants with the neuroleptics zotepine and haloperidol"
Neuropsychobiology, 1994 • 29:189-93.
- Ref. [51] **WIJKSTRA J, LIJMER J, BURGER H, GEDDES J, NOLEN WA**
"Pharmacological treatment for psychotic depression"
Cochrane Database Syst Rev, 2013 Nov • 26;11: (b).
- Ref. [52] **NICE CLINICAL GUIDELINE 90**
"The treatment and management of depression in Adults"
October 2009, guidance.nice.org.uk/cg90.
- Ref. [53] **LAM RW, KENNEDY SH, GRIGORIADIS S, MCINTYRE RS, MILEV R, RAMASUBBU R, PARIKH SV, PATTEN SB, RAVINDRAN AV**
"Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults"
III. Pharmacotherapy. J Affect Disord 117, 2009 • (Suppl 1), S26-43.
- Ref. [54] **MEYERS BS, FLINT AJ, ROTHSCHILD AJ, ET AL**
"A double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline vs olanzapine plus placebo for psychotic depression: the Study Of Pharmacotherapy of Psychotic Depression (STOP-PD)"
Arch Gen Psychiatry, 2009 • 66:838-847
- Ref. [55] **LEADHOLM AK, ROTHSCHILD AJ, NOLEN WA, BECH P, MUNK-JØRGENSEN P, ØSTERGAARD SD.**
"The treatment of psychotic depression: is there consensus among guidelines and psychiatrists?"
J Affect Disord, 2013 Feb 20 • 145(2):214-20.
- Ref. [56] **GABRIEL A**
"Risperidone, quetiapine, and olanzapine adjunctive treatments in major depression with psychotic features: a comparative study"
Neuropsychiatr Dis Treat, 2013 • 9: 485-92.
- Ref. [57] **BROWN RP, FRANCES A, KOCSIS JH, MANN JJ**
"Psychotic vs. nonpsychotic depression: comparison of treatment response"
J Nerv Ment Dis, 1982 Oct • 170(10):635-7.

- Ref. [58] **ROTHSCHILD AJ**
"Management of psychotic, treatment-resistant depression"
Psychiatr Clin North Am, 1996 Jun • 19(2):237-52.
- Ref. [59] **ROTHSCHILD AJ**
"Clinical manual for diagnosis and treatment of psychotic depression"
American Psychiatric Publishing, 2009 • Inc., Washington DC, USA
- Ref. [60] **WIJKSTRA J ET AL**
"Long-term response to successful acute pharmacological treatment of psychotic depression"
Journal of Affective Disorders, 2010 • 123, 238-242.
- Ref. [61] **FLINT AJ, MEYERS BS, ROTHSCCHILD AJ, WHYTE EM, MULSANT BH, RUDORFER MV, MARINO P**
"STOP-PD II Study Group. Sustaining remission of psychotic depression: rationale, design and methodology of STOP-PD II"
BMC Psychiatry, 2013 Jan 25 • 13:38.
- Ref. [62] **ANTHONY J**
"Rothschild Challenges in the Treatment of Major Depressive Disorder With Psychotic Features"
Schizophrenia Bulletin, 2013 • vol. 39 no. 4 pp. 787-796.
- Ref. [63] **ZIMMERMAN M, MCGLINCHEY JB, POSTERNAK MA, FRIEDMAN M, ATTIULLAH N, BOERESCU D**
"How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective"
Am J Psychiatry, 2006 Jan • 163 (1):148-50.
- Ref. [64] **GAUDIANO BA, MILLER IW, HERBERT JD**
"The treatment of psychotic major depression: is there a role for adjunctive psychotherapy?"
Psychother Psychosom, 2007 • 76(5):271-7.
- Ref. [65] **GAUDIANO BA, YOUNG D, CHELMINSKI I, ZIMMERMAN M**
"Depressive symptom profiles and severity patterns in outpatients with psychotic vs nonpsychotic major depression"
Compr Psychiatry, 2008 • 49: 421-429.
- Ref. [66] **PRUSOFF BA, WEISSMAN MM, MERIKANGAS KR, LECKMAN JF, HARDING PS**
"Psychiatric illness in relatives of probands with delusional depression"
Psychopharmacol Bull, 1984 • 20:358-361.
- Ref. [67] **WEISSMAN MM**
"Is delusional depression related to bipolar disorder?"
Am J Psychiatry, 1984 • 141: 892-893).
- Ref. [68] **STROBER M, CARLSON G**
"Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation"
Arch Gen Psychiatry, 1982 May • 39(5):549-55.

- Ref. [69] **OSTERGAARD SD, STRASZEK S, PETRIDES G, SKADHEDE S, JENSEN SO, MUNK-JØRGENSEN P, NIELSEN J**
"Risk factors for conversion from unipolar psychotic depression to bipolar disorder"
Bipolar Disord, 2013 Nov 12.
- Ref. [70] **MAJ M, STARACE F, PIROZZI R**
"A family study of DSM-III-R schizoaffective disorder, depressive type, compared with schizophrenia and psychotic and nonpsychotic major depression"
Am J Psychiatry, 1991 • 148: 612-616.
- Ref. [71] **OSTERGAARD SD, WALTOFT BL, MORTENSEN PB, MORS O**
"Environmental and familial risk factors for psychotic and non-psychotic severe depression"
J Affect Disord, 2013 May • 147(1-3):232-40.
- Ref. [72] **TSUANG D, CORYELL W**
"An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia"
Am J Psychiatry 1993 • 150: 1182-1188.
- Ref. [73] **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, 1411-1417.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [Depression & delusion](#)
- Avec les mots-clés : [Psychotic depression](#)

AUTRES LIENS UTILES

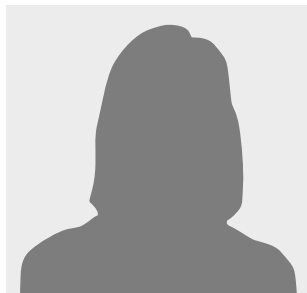
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

Biographies



Karim TABBANE

Professeur hospitalo-universitaire en médecine, chef de service de psychiatrie « B » à l'hôpital Razi de la Manouba, Tunisie.



Racha TRIKI

Psychiatre

THÈMES DE RECHERCHE

Karim TABBANE :

https://www.researchgate.net/profile/Karim_Tabbane/contributions?ev=brs_act

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

Aucun.



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