

À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale

Mise au point théorique et clinique

Annie Catu-Pinault*, Louis Velluet*

*Chargés d'enseignement : UFR Bobigny et Necker

Résumé : La prise en charge de l'anxiété et de la dépression ne se résume pas à une approche médicamenteuse. L'interaction entre les éléments organiques et les facteurs psychoaffectifs est bien identifiée. Une démarche basée sur le repérage de la souffrance psychique, l'identification de signaux symptômes et la recherche des événements de vie stressants, permet une approche étiologique qui est en soi thérapeutique et favorise une guérison authentique. La reconnaissance du phénomène de résonance qui fait écho à des événements antérieurs, concourt à l'autonomie du patient. La psychothérapie du médecin généraliste permet de développer une prévention des troubles psychiques en évitant l'enkystement de la souffrance.

Mots clés : anxiété, dépression, événements de vie stressants, signaux symptômes, psychothérapie, prévention.

Introduction

Pour comprendre les relations qui unissent anxiété et dépression, il est indispensable de s'appuyer simultanément sur ce que nous savons du développement de l'individu et de sa physiologie, y compris grâce à un certain nombre de données validées dans le domaine des sciences humaines. Autrement dit, il est nécessaire d'intégrer le lien entre corps et pensée, neurobiologie et émotion.

Toutes les recherches récentes donnent une idée de plus en plus exacte de la façon dont les régulations s'articulent entre elles (1,2). Néanmoins, la science médicale montre encore beaucoup de réticences à accepter l'idée qu'il existe des phénomènes de rétroaction fonctionnant en permanence entre les systèmes neuro-humoraux et le système global de la pensée (cognitif, perceptivo-moteur et psychoaffectif).

C'est pourquoi il nous a paru important de mettre l'accent sur les variations physiologiques telles que nous les observons le plus souvent en pratique quotidienne. La connaissance de leur amplitude et de leurs étiologies est la condition indispensable de la pertinence des observations cliniques et des moyens thérapeutiques. Ceux-ci permettront d'interrompre certaines évolutions vers les tableaux rares mais sévères des dépressions profondes ou mélancoliques.

Développement normal et pathologie

Dans l'idéal, le développement normal doit conduire l'être humain de la dépendance à l'autonomie. Cette autonomie est relative, dans la mesure où nous restons perpétuellement dépendants, matériellement du milieu extérieur et affectivement de nos relations aux autres.

Notre organisme est obligé de se maintenir dans un perpétuel état d'adaptation, exigé par les modifications de son environnement. Nous sommes soumis depuis notre enfance, et même avant, aux Événements de Vie Stressants (EVS) qui peuvent être normalement ou anormalement stressants. Le premier "événement", et le plus démonstratif, est la mise en route de l'alimentation orale à la naissance et ses possibles avatars.

Nos différents systèmes régulateurs sont en interaction et autorégulation constantes : l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, les systèmes noradrénergiques, sérotoninergiques, immunitaire, etc. Le stress est donc physiologique, la "maladie" n'intervenant que lorsqu'il y a dysrégulation par incapacité de compenser un stress excessif (3).

Dans le mot stress sont habituellement confondus l'évènement lui-même et les répercussions psychiques et biologiques de ce dernier. En fait, le stress produit par un

même évènement est différent d'un individu à l'autre, selon ce qu'il évoque pour cet individu. Le même évènement peut donc produire un stress difficile à compenser pour certains et pas pour d'autres. Ceci est fondamental pour l'abord thérapeutique qui doit tenir compte du vécu de l'individu tout autant que de l'évènement.

De même, anxiété et dépression sont physiologiques, traductions symptomatiques ou syndromiques, dans le domaine psychoaffectif, des variations et des perturbations du système d'adaptation.

Si nous nous référons à notre schéma évolutif, de la dépendance à l'autonomie relative, le parcours du sujet est marqué par le risque constant de se trouver en état d'insécurité et jalonné par les traumatismes réels subis. Le "trauma" de base est la perte de la sécurité, liée aux frustrations du nouveau né, de la séparation "normale" de la mère jusqu'au holding insuffisant ou aux maltraitances. Il est suivi des multiples traumatismes que sont les pertes, perte d'objets d'amour spécialement investis (grand-mères, tantes, etc.) mais également de lieux chargés d'histoires (domicile ou école par exemple). La vie d'un individu est donc jalonnée de pertes normales ou excessives qui provoquent le déclenchement du syndrome d'adaptation.

Une hypothèse peut être avancée : la dépression-maladie est la manifestation de la faillite de l'adaptation au manque avec la réactivation des manques précédents, à travers des sentiments divers (insécurité, frustration, refus, agressivité refoulée, culpabilité, anxiété).

Compte tenu de ce que nous savons des régulations biologiques et de leurs possibles défaillances, la dépression aggravant les troubles dus au stress et certaines dépressions chroniques pourraient être analysées comme des dépressions qui s'auto-entretiennent tant que le cercle vicieux ne sera pas interrompu par la chimiothérapie et la psychothérapie.

L'anxiété est l'état déclenché par la survenue inopinée d'un changement et de la nécessité de l'adaptation, mais aussi par l'anticipation de la perte et de la représentation du changement qui lui est liée (4).

La dépression est la réaction à la perte, l'objectivation de cette perte et les processus, y compris physiologiques, qui devraient aboutir à la combler.

La résistance à cette procédure de réparation peut amener à la somatisation ou à l'agitation psychomotrice, par refus de reconnaître la perte, ou à la dépression chronique par refus de l'accepter.

Il est difficile de séparer anxiété et dépression, liées par leur relation commune avec le processus de l'ontogénèse.

D'autant que si l'anxiété est préexistante, elle accompagne presque inévitablement la dépression puisqu'il est normal que la pensée anticipe les difficultés ou les impossibilités rencontrées sur le chemin de la guérison.

Ce repérage dans les mécanismes physiologiques de l'adaptation permet de situer l'étiologie par rapport aux tableaux cliniques théoriques du DSM IV et de la CIM 10. L'inconvénient serait de prendre ces classifications pour des catégories très différentes (névrose dépressive ou dépression névrotique de la CIM 10) et sans continuité (tristesse, pré-dépression, dépression caractérisée, dépression sévère, mélancolie, suicide), alors même qu'il existe un chevauchement et une intrication des symptômes (l'anxiété est aussi un des symptômes de la dépression), de l'étiologie (histoire familiale), des évènements révélateurs ou aggravants (évènements de vie stressant), des thérapeutiques.

L'étude de la littérature française ou américaine concernant l'anxiété de l'enfant, frappe par la contradiction entre la tendance constante à décrire l'anxiété, selon le modèle médical habituel, comme une "maladie" aux formes cliniques multiples et l'extrême difficulté des auteurs à garantir la pertinence des tableaux décrits et leur individualité. L'accent est mis en général sur la comorbidité, considérée comme habituelle (5,6). Le DSM IV concrétise cette difficulté, et l'embarras des auteurs, en ne conservant comme spécifique, dans la rubrique des troubles anxieux de l'enfant, que l'anxiété de séparation. Ceci confirme que la perte et son anticipation sont à l'origine de ces pathologies (voir plus haut).

Toutes les autres manifestations peuvent débuter ou se rencontrer indifféremment à l'âge adulte, à l'adolescence ou dans l'enfance, mais leur diagnostic est considéré comme difficile dans cette dernière période.

Dans notre formation hospitalo-universitaire, l'approche étiologique, quand elle est possible, est celle qui apparaît non seulement comme pertinente, mais même nécessaire, la plus adaptée et la plus efficace. Cette attitude concerne habituellement la partie somatique de la pathologie. Elle est tout à fait adaptée aussi aux problèmes psychiques.

Les troubles somatiques peuvent, eux aussi, avoir une étiologie psychoaffective dont les médecins généralistes perçoivent l'omniprésence dans leur pratique. Elle est en partie répertoriée comme telle dans les classifications (par exemple : la dépression masquée, le syndrome polyalgique).

C'est aussi en essayant d'agir sur cette étiologie que le médecin peut espérer améliorer l'état de santé du patient et non pas seulement faire disparaître le symptôme, qu'il soit physique ou psychique.

La souffrance : pathologie du quotidien

Avant même de se poser la question du diagnostic différentiel entre anxiété et dépression (7), ou du tableau clinique plus ou moins spécifique, apparaît l'idée du bien être ou du mal être.

Le suicide est rare, la dépression fréquente, la souffrance quotidienne.

Limiter notre travail à la dépression pourrait amener à exclure cette dernière de notre champ diagnostique et thérapeutique. Or, il y a un continuum de causalité et donc de prise en charge, de la souffrance qui ne nécessite pas d'antidépresseur jusqu'à la dépression. La recherche en médecine générale révèle l'alternance et l'intrication entre symptômes dépressifs et somatisations. "La dépression est souvent précédée d'une longue histoire somatique" (8).

Hormis les situations évidentes où le patient arrive avec une formulation directe, c'est au médecin de repérer qu'il y a souffrance, même à minima. Les médecins négligent ce repérage qu'ils n'ont pas appris à prendre en compte en tant que tel. Pourtant, de même que la prévention somatique intervient avant que la maladie ne soit constituée et que le patient consulte pour des troubles évidents, des signes de souffrance peuvent être recherchés, sans attendre que les signes du DSM IV soient présents. Comme pour les maladies somatiques, c'est dans les stades précoces que le patient a le plus de chance de guérir.

Les signaux-symptômes

Dans les semaines qui ont suivi un séminaire au cours duquel les médecins ont été sensibilisés à l'existence de signaux-symptômes, la prescription d'antidépresseurs a augmenté de façon significative, phénomène vraisemblablement dû au repérage de réactions dépressives passées inaperçues auparavant (9).

Ces signaux-symptômes peuvent et/ou doivent nous alerter et faire rechercher une souffrance et même une dépression. Il s'agit d'attitudes du patient ou de motifs de consultation apparemment pourtant banals :

- retard, oubli de rendez vous, irritabilité du patient pendant la consultation, attitude revendicatrice, hésitations pendant la consultation ;
- émotivité, hyperactivité ;
- intolérance à un symptôme ou une maladie habituellement bien tolérés ;
- demande d'amaigrissement, de chirurgie esthétique, d'arrêt de tabac, de conseils ;

- multiplication des consultations, persistance d'un symptôme, nouveau symptôme, motif de consultation pas clair ou apparemment trop bénin, consultation d'adolescent (car un adolescent habituellement ne consulte pas, ou pour un certificat, ou parce qu'il y a un problème même s'il ne le dit pas spontanément) ;
- accidents ;
- plaintes à propos de quelqu'un de l'entourage ou de la société ;
- recours aux médecines alternatives ;
- antécédents parentaux inconnus sans raison évidente.

Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive et chacun trouve dans son exercice quotidien des signaux qui à posteriori deviendront signaux symptômes pour d'autres patients.

Toute modification dans le comportement ou le discours doit attirer l'attention. Le changement est un élément fondamental du diagnostic en médecine générale.

Il s'agit de dépistage, donc de prévention secondaire.

Observation n° 1

Un enfant pleure dans la salle d'attente pendant que sa mère est en consultation. Le médecin est intrigué par cette détresse : il lui semble anormal qu'un enfant de dix ans ne supporte pas d'être seul. Il exprime cette idée à la patiente qui explique que depuis quelques semaines son fils ne supporte effectivement plus qu'elle le laisse seul, même quelques minutes. Tout a commencé à la suite d'une scène compliquée et ambiguë avec le beau-père. Le médecin propose de voir l'enfant. Celui-ci a l'air craintif et inhibé, triste, il exprime difficilement sa peur diffuse, ses pensées et ses émotions de ce jour-là et des suivants. Il est soulagé par la proposition de venir en consultation régulièrement jusqu'à ce qu'il se sente mieux. Il parlera un peu de tout, de son beau-père, de sa mère, de son père, de l'école, de ce qu'il aime ou pas. Il suffira de quatre "entretiens" pour qu'il retrouve sa joie de vivre. Il va bien maintenant, il est souriant et répond "oui" quand on lui demande si la vie est belle.

Les troubles de cet enfant auraient pu être classés comme symptômes d'une anxiété de séparation de l'enfant. L'important était de rechercher l'étiologie pour adapter la thérapeutique.

Observation n°2

Madame D. a 95 ans : elle est suivie depuis plusieurs années, et prend beaucoup de médicaments, surtout pour le cœur ! Un jour, le médecin prend conscience du ton de sa voix, lente, triste, sans modulations, voire résignée. En fait, cela lui évoque le registre de quelqu'un de déprimé, ce dont il lui fait part. Elle raconte alors sa vie qui a été dure, surtout son enfance. "J'ai été abandonnée" dit-elle tout

d'abord. Placée par la DDASS, son univers s'est écroulé quand elle a appris par une autre enfant qu'elle n'était pas comme les autres. Ce jour-là et les consultations suivantes, elle a beaucoup parlé, maintenant, c'est de temps à autre.

La dépression chronique apparaît en toile de fond, les malaises et les douleurs thoraciques prennent une autre couleur qui permet d'éclairer autrement l'intrication des effets secondaires des médicaments et des interactions avec son fils et sa belle-fille.

Observation n°3

Le docteur C. connaît bien cette femme de 70 ans et ce rouge qui lui monte aux joues quand elle lui dit bonjour ou quand elle s'approche pour prendre sa tension. Un jour, elle s'arrête dans son élan, étonnée par cette émotivité qui persiste alors qu'elles se connaissent depuis si longtemps. Elle le dit à madame L. et lui demande quand est apparu ce trouble qui visiblement la perturbe. Celle-ci raconte alors son secret de toujours, inconnu même de son mari qu'elle adorait pourtant : le rôle de guet que lui faisait jouer sa mère lorsqu'elle recevait son amant. Souffrance de toujours, elle n'avait jamais pu en parler avec sa mère, ni se confier à sa soeur.

Les évènements de vie stressants

Les EVS, dont nous avons évoqué les conséquences possibles, doivent faire rechercher systématiquement des signes de déstabilisation du patient. Ceci apparaît évident dans les deuils, ruptures ou échecs patents, mais doit être recherché aussi dans les évènements apparemment heureux (mariage, naissance, etc.) et les étapes "normales" de la vie (ménopause, départ des enfants, crise de la cinquantaine, etc.), d'autant que le patient se sent parfois coupable de ressentir une souffrance dans ces situations où il pense qu'il ne devrait pas en ressentir.

Observation n°4

Madame C. vient parce qu'elle est enceinte. Le médecin s'enquiert de son bien être, des questions qu'elle se pose, des inquiétudes qu'elle peut avoir. Elle parle alors de sa peur d'avoir un enfant anormal, de l'accouchement, mais surtout du refus de son mari d'avoir des rapports sexuels pendant la grossesse. Des désaccords apparaissent entre eux sur la façon de voir l'éducation des enfants mais elle paraît prête à se plier à toutes ses exigences. Le médecin aide madame C. à réfléchir sur le fonctionnement de sa famille et aussi de celle de son mari. Madame C. se détend progressivement. Elle n'ose pas reprendre rendez-vous car il ne faut pas que son mari sache qu'elle a parlé de tout ça, il ne serait pas content, mais ça lui a fait du bien.

Elle vient de temps en temps pour des petits maux et en profite pour dire quelques mots.

Observation n°5

Madame A. consulte régulièrement pour son diabète insulinodépendant et sa sciatique, mais beaucoup moins souvent depuis qu'elle voit l'analyste. Elle a très vite relié le déclenchement de son diabète à ses difficultés avec sa mère à l'adolescence en particulier. L'idée d'une grossesse a rapproché les consultations de nouveau, avec la peur de transmettre cette maladie à son enfant. Le regain d'anxiété s'est fait plus pressant encore à la suite du retard de règles, avec augmentation des somatisations, dévalorisation, découragement, idées noires mineures, retour des rancœurs et des difficultés relationnelles avec sa mère : cette impression de ne pas avoir eu de place, de ne pas avoir été comprise ; Madame A. a peur de répéter une mauvaise relation avec son enfant. Le syndrome dépressif se révèle évident sur un fond de dépression névrotique et de somatisations. Les antidépresseurs ne sont malgré tout pas nécessaires et d'ailleurs non souhaités par la patiente. L'augmentation du rythme des consultations pour soutien psychothérapeutique en plus de la prise en charge habituelle par l'analyste a permis à Madame A. de passer ce cap difficile en ayant l'impression de progresser dans ses possibilités d'affronter la vie et ses obstacles.

Observation n°6

Madame L. (voir observation n°3) se plaint que tout l'angoisse. Elle a les larmes aux yeux très facilement et la culpabilité à fleur de peau. A partir de ce qu'elle a pu raconter de son enfance, il est vraisemblable qu'elle a fait une dépression au moment des évènements qu'elle raconte. Elle décrit le changement radical qui s'est opéré en elle dans cette période, aussi bien dans son comportement que dans son vécu. Son mari est mort d'une leucémie foudroyante il y a quelques années. Le deuil n'est pas fait. Madame L. ne veut pas de traitement antidépresseur et encore moins voir un psychiatre ou un "psy quelque chose". En 99, un hématome du sein gigantesque est apparu lorsqu'elle avait été mise sous anticoagulant à la suite d'un passage en arythmie, lors du bilan hospitalier pour hypertension. Ce saignement fait évoquer une lésion sous-jacente. La patiente refuse de faire la mammographie, puisqu'elle ne voudrait de toute façon pas se faire soigner. Il s'agit donc d'un antécédent probable de dépression dans l'enfance, d'une impossibilité du deuil, d'un évitement diagnostique, d'une confirmation de la dépression chronique atypique, traduction d'une probable faille précoce et des traumatismes successifs.

La clinique confirme que faire une séparation nette entre anxiété et dépression n'est pas toujours évident. Par contre, quelle que soit la façon dont les choses se présentent, la démarche est commune : chercher avec le patient ce qui le fait souffrir, autrement dit rechercher les éléments étiologiques psycho-affectifs des perturbations neurobiologiques (10,11).

Thérapeutique

Ces exemples montrent que la prise en charge s'appuie surtout sur la perception d'une souffrance et la recherche de ses causes, même si le repère du DSM IV est utile pour s'orienter vers les différents types de pathologie, apprécier leur gravité éventuelle et choisir un médicament adapté. La démarche thérapeutique rejoint la démarche diagnostique dans l'utilisation de la parole et de l'échange. L'entretien est déjà thérapeutique puisqu'il permet au patient de prendre conscience des mécanismes de sa souffrance, des dysfonctionnements qui lui sont éventuellement accessibles, des possibilités de changement qui s'ouvrent à lui, à travers la reconstruction de son histoire et la distance qu'il prend au cours de sa démarche (12).

Il est souhaitable de ne pas s'arrêter aux premières évidences, par exemple le deuil, les problèmes d'emploi, etc. Il est utile de chercher avec le patient pourquoi il vit les choses de cette façon et en quoi cela peut lui rappeler des événements antérieurs et en particulier bien sûr, ceux de l'enfance. En effet, la souffrance prend souvent sa force dans l'écho à une souffrance antérieure, c'est le phénomène de la résonance. C'est pourquoi, le nombre et le rythme des entretiens à prévoir est tout aussi important que la mise en route d'un traitement antidépresseur, anxiolytique ou d'une hospitalisation.

Ce type de prise en charge est la psychothérapie du médecin généraliste. C'est un espace thérapeutique qui a pour objectif l'autonomisation et la guérison en profondeur, à savoir la disparition des signes dépressifs mais aussi la résolution des problèmes sous-jacents.

Il est des cas où le médecin tente cette approche mais où le patient ne la comprend pas ou n'adhère pas à cette démarche et ne la reprend pas à son propre compte; on reste alors dans un espace thérapeutique plus primaire où le médecin joue un rôle de soutien mais où l'autonomisation est plus difficile (13).

Les principes généraux du maniement des molécules font l'objet de nombreuses publications. Il nous paraît par contre important de donner quelques repères concernant leur utilisation en médecine générale. Quelle que soit la catégorie de psychotrope utilisée, les doses prescrites en

médecine générale sont souvent inférieures aux doses préconisées. Cette particularité a été attribuée au moment d'intervention du généraliste, celle-ci se situant souvent en amont dans l'évolution des syndromes anxio-dépressifs. La différence des tableaux cliniques observés en médecine générale en comparaison de ceux décrits en psychiatrie a déjà été notée par Lebovici (8).

Par ailleurs, les patients demandent souvent à pouvoir assurer leurs activités habituelles et en tous cas à ne pas avoir d'effets secondaires gênants. Les médecins traitants connaissent bien les patients et souvent leurs familles, peuvent être joint facilement, peuvent mesurer l'évolutivité des troubles et adapter leur suivi à l'état du patient.

Il ne faut pas négliger non plus l'importance particulière de l'effet placebo en médecine générale, lié lui-même pour une grande part à l'effet sécurisant du transfert.

Pour les anxiolytiques, il est important d'expliquer au patient dont l'anxiété est liée à un syndrome dépressif, que les anxiolytiques ont l'avantage d'être pris en cas de besoin mais avec un risque d'accoutumance progressive, qu'ils n'ont pas d'effet direct sur l'humeur dépressive et ne règlent pas les "problèmes" et qu'il y a donc un risque de chronicisation de leurs troubles.

Pour les antidépresseurs, il est utile de laisser le patient s'exprimer : que pense-t-il de ces médicaments, pense-t-il en avoir besoin, souhaite-t-il en prendre, est-il d'accord pour les prendre, que représente pour lui le fait de prendre ce type de médicament ? Cette démarche est aussi un moyen de préparer une bonne observance.

Pour les neuroleptiques, ils peuvent soulager l'angoisse massive d'un patient en attente ou en refus d'un avis psychiatrique. Dans tous les cas, il est nécessaire de prévenir le patient que le médicament ne fait qu'une partie de la réparation et que l'autre se fait grâce au patient lui-même, aidé par les consultations.

Conclusion

En pratique, les démarches diagnostique, étiologique et thérapeutique sont indissociables et s'entrecroisent dans l'utilisation de la parole et de l'écoute. Dans la thérapeutique non médicamenteuse, qui complète ou même parfois remplace la chimiothérapie, la classification passe derrière les moyens utilisés : réappropriation par le patient de son histoire familiale, modification de ses modes de défense, acquisition de son autonomie, élucidation de la résonance. Celle-ci est particulièrement pertinente quant à la recherche de l'étiologie et favorise une guérison authentique.

S'en tenir à un traitement médicamenteux est un facteur d'enkystement de la souffrance et des pathologies, psychologiques aussi bien que somatiques.

L'approche étiologique demande plus de temps, de motivation et de compétences que l'approche symptomatique mais est plus efficace sur l'état de santé globale du patient, que ce soit sur les symptômes ou sur son bien être psychologique et social.

La psychothérapie du médecin généraliste permet de faire de la prévention primaire (paroles autour de la dynamique familiale, des événements de vie, des signaux symptômes, des difficultés psychosociales), de la prévention secondaire (dépistage de la dépression), de la prévention tertiaire (maintien dans le meilleur état possible ou non aggravation pour les patients psychiatriques).

Pour être intégrée à la pratique, cette approche psychothérapeutique de la souffrance et de la maladie en général doit être initiée lors de la formation initiale, poursuivie et

approfondie au cours de l'exercice. Les références analytiques sont incontournables. Leur maniement nécessite un apprentissage, de préférence dans des groupes de pairs, autour de cas cliniques.

Le médecin trouvera dans ces groupes, ou dans une démarche individuelle, la nécessaire distance à acquérir par rapport à ses propres conflits, ses propres souffrances, ses propres modes de défense. Il pourra ainsi maîtriser la résonance que fera inmanquablement surgir l'accompagnement des patients (14).

Cette notion paraît manifeste en ce qui concerne la souffrance morale mais reste valable bien sûr pour tous les patients, qu'ils s'expriment dans le registre somatique ou non. Les patients sont toujours des êtres humains en confrontation permanente entre réalité et souvenirs refoulés.

Références

1. Bourguignon A. Fondements neurobiologiques pour une théorie de la psychopathologie. Un nouveau modèle. Psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson, 1981.
2. Dantzer R. Psychobiologie des émotions. in Neurobiologie des comportements. Paris : Hermann, 1984.
3. Selye H. The evolution of the stress concept. Am Scient 1973;61.
4. Martin P. Réflexions neuropharmacologiques sur l'anxiété. Act. Med. Int. Psychiatrie 1999;16(8).
5. Collectif. Anxiété et troubles anxieux. Rev Prat 1999;14 (suppl).
6. Servant D, Paquet PJ. L'anxiété de l'enfant. Clinique et diagnostic. Act Med Int Psychiatrie 1999;16(2).
7. Le Pape A, Lecomte. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997. CreDES 1999 n°1277. Concours Médical 1999;121-34.
8. Lebovici S. La dépression suivie par le médecin généraliste. Atelier de médecine générale 1982 ;3:39-52..
9. Catu-Pinault A, Garnier F, Souhami B, Crappier JJ. La souffrance morale. Séminaire Unaformec 1995.
10. Debray R. Clinique de l'expression somatique. Dalachaux et Niestlé, 1966.
11. Velluet L. La science médicale et le champ de la subjectivité. Atelier de Médecine Générale 1998;32:119-28.
12. Balint M, Balint E. Techniques psychothérapeutiques en médecine. Paris : Payot. 1966.
13. Velluet L. Médecine de famille et psychanalyse. Polycopié d'enseignement. UFR Bobigny, 1995.
14. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1960.