

plutôt que sur des catégories diagnostiques (par ex. rumination plutôt que dépression), elle offre l'opportunité d'identifier des biomarqueurs susceptibles d'enrichir la nosographie psychiatrique et de renseigner les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. En revanche, savoir si l'imagerie cérébrale fonctionnelle peut être un outil au service de la psychopathologie, c'est-à-dire de la compréhension des processus mentaux sous-jacents aux troubles psychiatriques, reste une question controversée. Un intérêt potentiel de l'imagerie cérébrale fonctionnelle pourrait être l'identification de processus mentaux non conscients et inaccessibles à une mesure comportementale. C'est ainsi que la constatation de bases cérébrales communes entre douleur morale et douleur physique a pu donner lieu à des spéculations fascinantes sur l'origine de leur parenté lexicale. Ou encore que certains envisagent de pouvoir distinguer conversion et simulation sur la base de l'activité cérébrale. Mais interpréter cette activité comme témoignant d'un processus mental, raisonnement appelé inférence inverse, pose plusieurs problèmes, que le processus mental soit rapportable ou non. Par exemple, l'activité cérébrale observée peut ne pas être pas spécifique du processus mental en question. Ou alors cette activité cérébrale peut ne pas être définie avec assez de précision. L'ensemble de ces problèmes peut être formalisé dans une perspective bayésienne. En dépit de ces limites, l'inférence inverse est néanmoins un outil heuristique puissant pour susciter des hypothèses secondairement réfutables concernant la nature des processus mentaux et leurs relations (par ex. évocation de l'objet perdu et renforcement lors d'un deuil compliqué). Combinée à des paradigmes expérimentaux de qualité, l'imagerie cérébrale fonctionnelle est donc susceptible d'apporter des connaissances nouvelles à la psychopathologie.

**Mots clés** Imagerie cérébrale fonctionnelle ; Biomarqueurs ; Neurosciences ; Psychologie ; Sciences cognitives

**Déclaration de liens d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Pour en savoir plus**

Lemogne C. L'imagerie cérébrale, un outil au service de la psychopathologie ? *Ann Med Psychol* 2014 [sous presse].

Poldrack RA. Can cognitive processes be inferred from neuroimaging data? *Trends Cogn Sci* 2006;10(2):59–63.

Poldrack RA. Inferring mental states from neuroimaging data: from reverse inference to large-scale decoding. *Neuron* 2011;72(5):692–7.

Rotge J-Y, Lemogne C, Hinfrey S, Huguet P, Grynszpan O, Tartour E, George N, Fossati P. A meta-analysis of the anterior cingulate contribution to social pain. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2015;10(1):19–27.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.021>

## R9

### La dépression mixte

G. Bertschy

Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Adresse e-mail : [gilles.bertschy@chru-strasbourg.fr](mailto:gilles.bertschy@chru-strasbourg.fr)

La dépression mixte correspond à un syndrome dépressif avec des éléments d'activation psychomotrice de la lignée hypomaniaque. Cette situation pathologique reste mal connue des cliniciens alors qu'elle est présente chez 10 à 20 % des patients dépressifs. Sa faible reconnaissance a été probablement liée à l'absence de ce concept dans les classifications internationales. Le DSM-5 a proposé une refonte de la définition des états mixtes, dépassant une conception particulièrement restrictive dans le DSM-IV. Des « caractéristiques mixtes » peuvent servir de spécificateur pour un épisode de trouble de l'humeur, dépressif ou maniaque. La dépression avec caractéristique mixte est définie par la présence de trois symptômes de la lignée maniaque associée à la dépression, hors agitation, distractibilité ou irritabilité. L'approche proposée par le DSM-5 manque de cohérence clinique et est finalement assez difficile à appliquer. Surtout elle ne permet pas d'identifier la majorité des dépressions mixtes. En effet les formes les plus fréquentes bien décrites dans les

travaux de Koukopoulos ou Bennazzi se caractérisent par des symptômes hypomanes peu spécifiques comme l'irritabilité et l'agitation psychomotrice (ou parfois surtout l'absence de ralentissement psychomoteur) et des symptômes hypomanes limités à l'activation psychique qui s'exprime notamment à travers la tachypsychie subjective (avec des caractéristiques phénoménologiques différentes de celle de l'hypomanie) et la pression du discours. Les patients avec une dépression mixte sont particulièrement à risque de conduites suicidaires, d'abus de substances mais surtout de résistance thérapeutique car, même si on manque d'essais cliniques à leur sujet, ces patients non seulement nécessitent la prescription de thymorégulateurs mais aussi le plus souvent un arrêt des antidépresseurs qui ont souvent induit le caractère mixte de la dépression.

**Mots clés** Dépression ; Mixte ; DSM-5 ; Tachypsychie ; Thérapeutique

**Déclaration de liens d'intérêts** Au cours des 3 dernières années : invitations à des congrès (Eli-Lilly (2012), Servier (2013)) et subvention d'activités de formation et de recherche via des dons faits à la fondation de l'université de Strasbourg (Lundbeck (2013), Servier (2013 et 2015)).

**Pour en savoir plus**

Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Manfredi G, Pacchiarotti I, Girardi P. Melancholia agitata and mixed depression. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:50–7.

Bennazzi F. Bipolar disorder – focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet* 2007;369:935–45.

Piguet C, Dayer A, Kosel M, Desseilles M, Vuilleumier P, Bertschy G. Phenomenology of racing and crowded thoughts in mood disorders: a theoretical reappraisal. *J Affect Disord* 2010;121:189–98.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.022>

## R10

### Cliniciens, encore un effort si vous voulez être objectifs !

S. Demazeux

Département philosophie, université Bordeaux-Montaigne, Bordeaux, France

Adresse e-mail : [sdemazeux@gmail.com](mailto:sdemazeux@gmail.com)

Quel clinicien, même acquis à la cause du patient-sujet-singulier, oserait clamer que son savoir est sans fondement objectif ? Constituer une clinique qui soit objective a toujours constitué une exigence primordiale dans la construction d'un savoir psychopathologique. L'objectivité est non seulement la garantie de la validité d'un diagnostic ; elle constitue plus fondamentalement la valeur épistémologique qui préserve le thérapeute de la confusion de ses émotions, de l'influence de ses préjugés, la valeur qui lui permet d'argumenter, de débattre et éventuellement de réfuter une observation, un jugement ou un diagnostic posés par soi ou par un collègue. Mais le problème est que le débat autour de l'objectivité en clinique psychiatrique est souvent mal posé par les cliniciens eux-mêmes. Pris dans la rigidité des confrontations d'écoles, il suscite des polémiques non pertinentes ou sans fondement. L'ambition de cette intervention est de poser le problème autrement, à nouveaux frais. Il s'agit de sortir des oppositions trop réductrices, comme celle opposant le sujet et l'objet, celle confrontant le savoir livresque et l'expérience clinique, celle imaginant que l'objectivité imposerait des normes artificielles alors que son absence préserverait la singularité du patient. Sortir de ces oppositions simplificatrices impose qu'on réfléchisse en amont sur la définition des concepts. Que signifie décrire objectivement ? Cela impose-t-il de renoncer à interpréter les symptômes ? Comment les grands théoriciens de la psychopathologie ont-ils abordé ce problème ? Quelle place faut-il accorder aux standards diagnostiques ou aux outils statistiques ? Quels efforts le clinicien devrait-il encore fournir aujourd'hui pour conquérir un savoir clinique qui soit vraiment objectif ?

**Mots clés** Objectivité ; Clinique ; Validité ; Épistémologie

**Déclaration de liens d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.