

Manifestations d'allure somatique chez l'enfant déprimé: le cas des plaintes somatiques et des conversions

Soumeyya Halayem, Asma Bouden, Myriam Hammami, Meriem Hamza, Mohammed B. Halayem.

Service de Pédiopsychiatrie de l'EPS Razi. Faculté de Médecine de Tunis.
Université de Tunis El Manar.

S. Halayem, A. Bouden, M. Hammami, M. Hamza, M. B. Halayem.

S. Halayem, A. Bouden, M. Hammami, M. Hamza, M. B. Halayem.

Manifestations d'allure somatique chez l'enfant déprimé: le cas des plaintes somatiques et des conversions

Somatic manifestations among depressed children: the case of complains and conversion symptoms

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°02) : 154-158

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°02) : 154-158

R É S U M É

Prérequis : Si les auteurs s'accordent sur la présence des modifications thymiques comme fondement du diagnostic de dépression peu d'importance est donnée aux autres signes associés
But : Notre travail a pour objectif de décrire et d'évaluer la fréquence des plaintes somatiques et des symptômes conversifs chez des enfants et des adolescents tunisiens suivis pour des troubles dépressifs, ainsi que de les comparer, à travers une étude de la littérature, à des populations de cultures différentes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers d'enfants ayant consulté en Pédiopsychiatrie entre 2008 et 2011 et chez qui le diagnostic de troubles dépressifs a été retenu selon les critères du DSM IV. Ont été colligés les symptômes conversifs correspondant aux diagnostics de troubles de conversion et dissociatifs du DSM IV ainsi que les plaintes somatiques. Les enfants souffrants de troubles organiques et ceux présentant un retard mental moyen à profond ont été exclus.

Résultats : 119 enfants et adolescents âgés de 6 à 19 ans ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen de la population était de 11,6 ans. Les plaintes somatiques étaient présentes dans 37% des cas. Les céphalées étaient majoritairement représentées (27,7%), suivies des douleurs abdominales (14,3%). La présence de plaintes somatiques était significativement corrélée à la présence d'une comorbidité anxieuse ($p=0,035$). Les symptômes conversifs étaient présents dans 22,7% des cas. Ils étaient significativement plus fréquentes chez les filles ($p=0,006$) et chez les enfants dont le père avait un niveau faible d'éducation ($p=0,013$). Les pertes de connaissances étaient plus fréquentes chez les filles ($p=0,004$), quand le niveau scolaire du père était faible ($p=0,001$), et l'origine rurale ($p=0,016$).

Conclusion : La présence de manifestation conversives et de plaintes somatiques, bruyantes, ne doivent pas faire éliminer le diagnostic de dépression chez l'enfant.

S U M M A R Y

Background: If all authors agree on the presence of fundamental changes in mood, as the basis of the diagnosis of depression, little importance is accorded to other symptoms that can mislead the diagnosis: in particular, age and cultural influence on depressive symptoms.

Aim : Our work aims to describe and assess the frequency of somatic complaints and symptoms of conversion in Tunisian children and adolescents followed for depressive disorders, and to compare, through a study of literature to populations from different cultures.

Methods: This work consisted in a retrospective review of children who consulted the Department of Child Psychiatry between 2008 and 2011 and in whom the diagnosis of depressive disorders was retained according to DSM IV criteria. Were searched all the conversion symptoms corresponding to the DSM IV diagnoses of conversion and dissociative disorders, as well as all the somatic complaints reported. Children with organic were excluded in order not to confuse the pain secondary to these disorders from those associated with depression. Also, children with mental retardation, moderate, severe or profound were not included because their difficulties of expression can alter the semiological assessment.

Results: 119 children and adolescents aged 6 to 19 years were included in the study. The mean age of the population was 11.6 years. Somatic complaints were present in 37% of cases. Headaches were mostly represented (27.7%), followed by abdominal pain (14.3%). The presence of somatic complaints was significantly correlated with the presence of a comorbid anxiety ($p=0.035$). Conversion symptoms were present in 22.7% of cases. They were significantly more frequent among girls ($p=0.006$) and in children whose father had a low level of education ($p=0.013$). Among the conversions, fainting were more common in girls ($p=0.004$), when the father's educational level was low ($p=0.001$), and when the geographical origin was rural ($p=0.016$).

Conclusion: Conversion symptoms and somatic complaints are frequent in depressed children.

M o t s - c l é s

Dépression, enfant, adolescent, plaintes somatiques, conversions

Key - w o r d s

Depression, child, adolescent, somatic complaints, conversion

المظاهر ذات الصبغة الجسدية عند الطفل المصاب بالاكئاب

الباحثون : س. حليم - أ. بouden - م. همامي - م. حمزة - م. ب. حليم

الكلمات الأساسية : اكتئاب - طفل - جسدي

La reconnaissance consensuelle tardive, dans les années 1970, de la dépression de l'enfant, tient en partie aux spécificités sémiologiques de cette dernière [1]. En effet, l'âge de survenue, le niveau de développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant, la durée d'évolution, comme le milieu socioculturel dans lequel l'enfant évolue en modifient les tableaux cliniques. Des symptômes tels que les plaintes somatiques, les régressions sur le plan sphinctérien, l'agressivité ou encore les manifestations conversives peuvent se présenter au premier plan, devant les symptômes thymiques qui constituent les symptômes fondamentaux ou « core symptoms » dans le diagnostic de la dépression de l'adulte mais aussi de l'enfant. Ces manifestations atypiques sont d'autant plus prononcées chez les personnes qui, du fait de leur âge ou du système culturel duquel elles sont issues, ne peuvent exprimer ou verbaliser leurs affects [2]. Si tous les auteurs s'accordent sur la présence des modifications thymiques fondamentales comme base du diagnostic de dépression, peu d'importance est donnée aux autres signes souvent associés qui peuvent faire égarer le diagnostic [1,3].

Ainsi, dans les classifications internationales, les critères diagnostiques des troubles dépressifs sont similaires, chez l'enfant et l'adolescent, à ceux utilisés chez l'adulte. Au niveau du DSM dans sa quatrième version [3] comme au niveau de la Classification internationale des maladies dans sa dixième version, [4]. Les seules spécificités concernent pour le DSM IV, l'irritabilité, qui est considérée comme un symptôme fondamental, suffisant en l'absence d'humeur dépressive dans la dépression de l'enfant, et une durée d'évolution de 1 an au lieu de deux pour retenir le trouble dysthymique.

Si les plaintes somatiques sont incluses comme critères de dépression dans le CDRS (Child Depression Rating Scale) [5] destiné aux enfants de 6 à 12 ans, on ne les retrouve ni dans les autres échelles et inventaires de dépression, comme le CDI (Child Depression Inventory) [6] ou le BDI (Beck Depression Inventory) [7] ni dans les entretiens semi-structurés comme le kiddie-sads-PL [8]. Dans ce dernier, les plaintes somatiques sont des items du trouble anxiété généralisée.

Quant aux spécificités culturelles, leurs influences sur les manifestations psychiatriques ont été notées aussi bien dans la dépression que dans d'autres troubles comme la schizophrénie. Ainsi, jusque dans les années 1950, la dépression était considérée comme rare en Afrique comme en Asie [9] du fait de l'absence de culpabilité et d'auto-accusation et de la prédominance de symptômes dits projectifs ou psychosomatiques. Au Maghreb, l'expression physique des symptômes sous forme de plaintes somatiques et de conversions ont été décrites chez l'adulte [10], ainsi que chez l'enfant déprimé en Tunisie [2].

Notre travail avait donc pour objectif de d'évaluer la fréquence des plaintes somatiques ainsi que des manifestations conversives chez des enfants et des adolescents tunisiens suivis pour des troubles dépressifs. Dans un deuxième temps, nous nous proposons de réaliser une comparaison de ces résultats à une revue systématique de la littérature à partir de medline et compte tenu des mots clés suivants : « depression, somatic

complaints, conversion » afin de mettre à jour d'éventuelles spécificités culturelles.

METHODOLOGIE

Ce travail a consisté en une étude rétrospective des dossiers d'enfants ayant consulté au Service de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital Razi entre janvier 2008 et juin 2011 et chez qui le diagnostic de troubles dépressifs a été retenu selon les critères du DSM IV. Des patients âgés de 6 à 19 ans ont été inclus. Les diagnostics retenus étaient ceux d'épisode dépressif majeur, de dysthymie ou de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive selon les critères du DSM-IV. Les enfants souffrants de troubles organiques notamment de troubles neurologiques et de maladies douloureuses ont été exclus afin de ne pas confondre les douleurs secondaires à ces troubles de celles associées à la dépression, de même que les enfants présentant un retard mental moyen, sévère ou profond chez qui les difficultés d'expression peuvent altérer le recueil sémiologique. Les enfants déprimés qui présentaient des plaintes somatiques ont bénéficié d'une exploration somatique de ces plaintes afin de s'assurer de l'absence de substratum organique connu. Ont été inclus considéré symptôme conversif les symptômes répondants aux critères du DSM IV pour le trouble dissociatif et le trouble de conversion.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS dans sa 16e version. Tout d'abord, une étude descriptive a été réalisée sous forme de pourcentages. Nous avons ensuite procédé ensuite à la réalisation de tableaux croisés pour rechercher des liens statistiquement significatifs entre les variables étudiées, notamment les liens entre les manifestations somatiques et caractéristiques sociodémographiques et sémiologiques. Pour ce faire, nous avons eu recours au test du Khi2, test utilisé pour s'assurer que les rapports entre les variables étudiées ne sont pas dus au hasard ou aux caractéristiques de l'échantillon. Ce test a pu être utilisé devant le caractère qualitatif des variables, et le nombre des sujets étudiés. Le test de Fisher a été utilisé à la place du Khi2 lorsque le nombre de sujets par classe de comparaison était inférieur à 5. Ainsi les liens entre les symptômes (plaintes somatiques et conversions) ont été évalués avec le genre, l'âge, les antécédents personnels somatiques, les antécédents familiaux de conversion, le niveau socio-économique des parents ainsi que l'origine géographique.

RESULTATS

Données sociodémographiques :

119 enfants et adolescents âgés de 6 à 19 ans ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen de la population était de 11,6 ans (DS: 2,9). 61% des enfants étaient âgés de 12 ans ou moins. Le sexe ratio était de 1,1 garçon pour une fille. Le niveau scolaire du père était primaire dans 63,9 % des cas; et secondaire ou supérieur dans 56,4% des cas. 73,9% des sujets étaient d'origine urbaine ou périurbaine. Les antécédents familiaux psychiatriques étaient présents dans 38,2% des cas, représentés par la dépression unipolaire (14,3%), le trouble bipolaire (5,9%)

et la schizophrénie (7,6%). Les antécédents familiaux de conversion ont été retrouvés dans 4,2% des cas.

Les patients avaient des antécédents personnels médicaux dans 32,8% des cas, où prédominaient les troubles neurologiques (12, 5%) à type de convulsion et épilepsie traitée, les troubles psychosomatiques (9,2%) et l'anémie carencielle (4,2%).

Le niveau scolaire des sujets était primaire dans 62,8% des cas, secondaire dans 24% des cas, supérieur dans 5,9 % des cas, non précisé pour le reste.

Sémiologie :

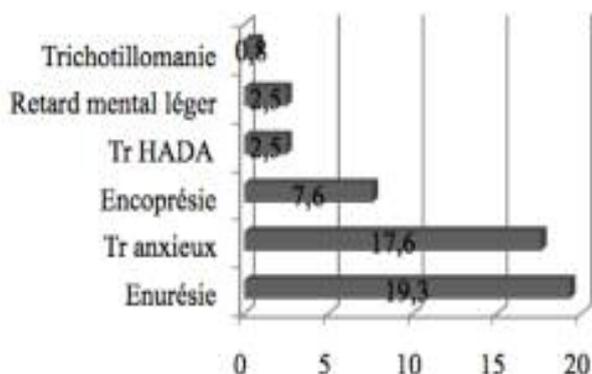
Données nosographiques :

La durée moyenne d'évolution des symptômes dépressifs était de 15,3 mois (DS=15,0), avec des extrêmes allant de 15 jours à 72 mois. Les filles présentaient des troubles qui évoluaient depuis moins longtemps que les garçons (p=0,020): 67,5% d'entre elles présentaient des troubles depuis moins de 1 an contre 62,7% chez les garçons.

Les diagnostics retenus étaient répartis tels que représentés dans le graphique 1. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive était le tableau dominant (74,8%) suivi par celui d'épisode dépressif majeur (17,6%). Venaient ensuite le trouble dysthymique, chez 4,2% des patients et le trouble dépressifs non spécifié chez 3,4% d'entre eux.

Il n'y avait pas de différence de répartition des diagnostics selon le genre, ou la tranche d'âge (inférieur ou égale à 12 ans). Les comorbidités étaient présentes dans 40,3% des cas, et étaient dominées par les troubles sphinctériens et les troubles anxieux (voir graphique 1).

Graphique 1: Répartition des comorbidités



Les plaintes somatiques :

Elles étaient présentes dans 37% des cas et ne touchaient qu'un seul territoire dans 24,4% des cas, 2 territoires dans 9,2% des cas et 3 territoires dans 3,4% des cas. Les céphalées étaient majoritairement représentées (27,7%), suivies des douleurs abdominales (14,3% des cas). Ces dernières étaient associées à des vomissements (3,4%), des troubles du transit (1,7%) ou un ballonnement abdominal (0,8%) (Voir tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des plaintes somatiques selon le territoire touché.

Plaintes somatiques	Pourcentages
Céphalées	27,7%
Douleurs abdominales	14,3%
Manifestations digestives associées	
Vomissements	3,4%
Troubles du transit	1,7%
Ballonnement	0,8%
Douleurs thoraciques	3,4%
Articulations	4,1%
Membres, extrémités	1,6%
Dorsalgies	0,8%

La présence de plaintes somatiques était significativement corrélée à la présence d'une comorbidité anxieuse (p=0,035). En ce qui concerne les déterminant socio-familiaux, les plaintes somatiques étaient plus importantes chez les enfants dont le père avait un niveau faible d'éducation (primaire ou absence de scolarisation), sans toutefois atteindre le seuil de significativité (p=0,055). Il n'y avait pas de corrélation entre le nombre de manifestations somatiques et le genre, ni avec l'âge des sujets. Les enfants de moins de 12 ans présentaient significativement plus de douleurs abdominales que les enfants plus âgés (p=0,032). Il n'y avait pas de corrélation entre le genre et le type de plaintes somatiques.

Les manifestations conversives:

Elles étaient présentes dans 22,7% des cas. Une seule manifestation était retrouvée chez 14,3% des enfants, 2 manifestations chez 7,6% et quatre chez 0,8% d'entre eux. Leur répartition est précisée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des symptômes conversifs.

Symptômes conversifs	Pourcentages
Paralysie, parésie musculaire	5,9%
Aphonie	1,7%
Cécité	0,8%
Crise d'allure convulsive	3,4%
Annésie	0,8%
Perte de conscience	10,9%
Fugue psychogène	0,8%
Hallucinations psychiques	6,9%
Dépersonnalisation	1,7%
Déréalisation	1,7%

Les symptômes conversifs à type de troubles de la coordination, troubles de l'équilibre, troubles de la déglutition, rétention urinaire, perte de sensibilité, diplopie, surdité, n'ont pas été notés. Il n'y avait pas de rapport entre les comorbidités, les antécédents personnels et familiaux et les manifestations conversives. Les manifestations conversives étaient significativement plus fréquentes chez les enfants dont le père avait un niveau faible d'éducation (non scolarisé ou niveau primaire) (p=0 ,013). Les conversions étaient significativement plus fréquentes chez les filles (p=0,006). Parmi les conversions retrouvées, les pertes de connaissances étaient plus fréquentes

chez les filles ($p=0,004$), quand le niveau scolaire du père était faible ($p=0,001$), et quand l'origine géographique était rurale ($p=0,016$).

DISCUSSION

Parmi les 119 dossiers d'enfant et d'adolescents suivis pour dépression les manifestations d'allures somatiques étaient relativement fréquentes puisque les plaintes somatiques étaient présentes dans 37% des cas et les symptômes conversifs dans 22,7% des cas. L'étude statistique a démontré des liens entre plaintes somatiques et sémiologie, ainsi qu'entre conversion et genre et origine socio-économique et géographique, ce qui est en partie conforme aux résultats de la littérature.

En effet, les plaintes somatiques étaient retrouvées chez 37 % des patients déprimés. Ce chiffre est proche des études antérieures. Bouden et Gasmî (2008) [2] ont retrouvé 42% de plaintes somatiques chez des patients qui ont consulté quelques années plus tôt, dans la même structure. La fréquence de plaintes somatiques dans la dépression atteignait 70% dans le travail de McCauley et al. (1990)[11]. Mais ce dernier avait évalué des enfants uniquement, ce qui corrobore le fait que nous ayons retrouvé plus de PS chez les plus jeunes. Le lien entre PS et dépression de l'enfant et de l'adolescent a été retrouvé dans les populations de cultures diverses, notamment aux Etats Unis [11,12], en Italie [13], au Danemark [14]. Les plaintes somatiques les plus fréquemment retrouvées sont conformes aux données de la littérature qui s'accorde sur la prédominance de céphalées et de douleurs abdominales dans ces populations [13].

Chez l'enfant, les dépressions sont rarement isolées et s'accompagnent d'un ou de plusieurs autres troubles comorbides, dont les troubles anxieux sont les plus représentatifs. Les problèmes posés par ces associations sont ceux de l'influence possible sur la présentation clinique [15,16]. Ainsi, nous avons retrouvé la présence significative d'une comorbidité anxieuse chez les sujets présentant des PS, lien qui a aussi été rapportée dans les études antérieures [17]. Cependant le lien entre dépression et PS est le lien considéré comme étant le plus fort, et la présence de plaintes somatiques a été corrélée à la sévérité de la dépression [12,11]. Ce lien explique la prise en compte des symptômes dépressifs dans le CDRS (Child Depression Rating Scale) [5] qui s'adresse aux enfants de 6 à 12 ans, âge où nous avons trouvé significativement plus de manifestations somatiques en comparaison au group des 13-19 ans. La force de ce lien incite à rechercher avec plus de précision les symptômes thymiques chez les enfants présentant des plaintes somatiques étant donné la fréquence des formes à expression atypique à cet âge. Deux concepts dits classiques viennent renforcer ce point de vue : celui de dépression masquée et d'équivalent dépressif. En effet, la « dépression masquée », décrite d'abord chez l'adulte, est développée pour l'enfant par Cytryn et Mac Knew (1974) [18] qui classent les dépressions chez l'enfant en formes aiguës, chroniques et masquées. Ils considèrent que la forme masquée, la plus fréquente est caractérisée par des symptômes divers dont les

troubles psychosomatiques. Quant aux « équivalents dépressifs » notion créée par Sperlîng en 1959 [19], ils sont décrits comme des troubles somatiques et fonctionnels divers, qui prennent la place d'un véritable trouble dépressif : céphalées, troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles digestifs...

La présence significativement plus importante de manifestations somatiques dans le groupe des enfants est conforme à la majorité des travaux antérieurs : Ryan et al. (1987) [20] qui ont évalué la fréquence et la sévérité des symptômes à l'aide du kiddie-sads chez 95 enfants et 98 adolescents ont trouvé significativement plus de manifestations somatiques dans le groupe des enfants [20, 21]. D'autres symptômes différencient les dépressions de l'enfant de celles des adolescents. Ainsi Mouren-Siméoni rapporte les items concernant un comportement observable sont les plus fréquemment retrouvés chez l'enfant (irritabilité, agitation ou ralentissement psychomoteur) alors que les items plus cognitifs, en rapport avec l'estime de soi et la culpabilité, sont moins fréquents. Cette différence a été interprétée [2] comme un manque de maturation de l'insight chez les plus jeunes qui ne sont pas à cet âge encore capables d'introspection et de verbalisation de leurs affects. Enfin, les plaintes somatiques étaient plus fréquentes chez les sujets dont les parents avaient un faible niveau d'éducation, ce qui conforte les données rapportées par Bouden et Guesmi en 2008 [2], en faveur d'une expression somatique plus importante de la souffrance dans les milieux défavorisés. En effet, c'est au sein de ces catégories sociales que les plaintes somatiques sont plus remarquables même chez l'adulte déprimé en Tunisie [10].

Les manifestations conversives atteignaient 10,9% des jeunes présentant une symptomatologie dépressive. Ce chiffre qui semble élevé est bien en deçà de celui retrouvé quelques années plutôt par Bouden et Guesmi (2008) [2] qui ont retrouvé un taux de symptômes conversifs de 41%. Ce chiffre plus bas peut être expliqué par une population à la symptomatologie moins sévère puisque les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive étaient majoritairement représentés dans notre population. Pehlivanurk et Unal (2000) [22] ont rapporté que parmi des enfants et adolescents présentant des conversions, 15,7% souffraient de dépression majeure. La fréquence de la dépression chez ces sujets augmentait avec l'âge. Ercan et al. (2003) [23] quant à eux ont rapporté un chiffre de 25% d'épisode dépressif majeur et 19% des dysthymies chez des jeunes présentant des conversions.

Contrairement à la littérature [2, 22, 24] nous n'avons pas retrouvé de lien entre manifestations conversives et troubles anxieux, en partie du fait que nous n'avons pas intégré, conformément aux critères du DSM IV, les symptômes définissant les troubles anxieux (par exemple la déréalisation de l'état de stress post-traumatique, troubles mnésiques de la trouble anxiété généralisée) comme conversifs. Comme la littérature [2] nous avons retrouvé significativement plus de manifestations conversives chez les filles et chez les enfants issus d'un milieu rural ou peu éduqué. Ceci souligne l'influence des facteurs socio-économiques et culturels sur les manifestations psychiatriques.

CONCLUSION

Si les travaux de la littérature s'accordent, avec notre travail sur la présence de plaintes somatiques chez l'enfant déprimé dans

des cultures et des populations différentes, peu de données sont disponibles quant à la fréquence des conversions. Ces dernières, cependant non négligeables dans notre population semblaient liées aux caractéristiques socio-éducatives de la population.

References

1. ARBISIO C. Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychologie clinique et projective* 2003;9:29.
2. BOUDEN A, GUESMI I. Cultural and clinical aspects of depressive disorders in Tunisian children and adolescents. In; GARRALDA ME, RAYNAUD JP, eds, *Culture and conflict in child and adolescent mental health*, Maryland: Jason Aronson, 2008: 157-70.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR*, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson, 2003.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classification Internationale des maladies*, 10e version: CIM-10. Geneva: World Health Organization, 1993.
5. POZNANSKI EO, MORKOS HB. *Children's Depression Rating Scale*, revised (CDRS-R): Manual. Los Angeles: Western Psychological Services, 1996.
6. KOVAKS M. *Children's Depression Inventory Manual*. New York: Multi-Health Systems, 1992.
7. BECK AT, STEER RA, BROWN GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
8. KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-Sads-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 980.
9. KIELHOLZ P. *La dépression masquée*. Paris: Masson, 1973.
10. DOUKI S, MOUSSAOUI D, KACHA F. *Manuel du praticien maghrébin*. Paris: Masson, 1989.
11. MC CAULEY E, CARLSON GA, CALDERON R. The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:631.
12. EGGER HL, COSTELLO EJ, ERKANLI A, ANGOLD A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38: 852.
13. MASI G, FAVILLA L, MILLEPIEDI S, MUCCI M. Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry* 2000;63:140.
14. SØRENSEN MJ, NISSEN JB, MORS O, THOMSEN PH. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *J Affect Disord* 2005;84:85.
15. MITCHELL J, McCAULEY E, BURKE PM, MOSS SJ. Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27:12.
16. MOUREN-SIMÉONI MC. Dépression de l'enfant: aspects cliniques, évolutifs et thérapeutiques. *Médecine thérapeutique* 1998; 1:65.
17. CHAKRABORTY K, AVASTHI A, GROVER S, KUMAR S. Functional somatic complaints in depression: An overview. *Asian Journal of Psychiatry* 2010;3:99.
18. CYTRYN L, MAC KNEW DH. Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry*; 131:879.
19. PALACIO-ESPASA F, DUFOUR R. *Diagnostic structurel chez l'enfant*. Paris : Masson, 1995.
20. RYAN ND, PUIG-ANTICH J, AMBROSINI P et al. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:854.
21. SON SE, KIRCHNER JT. Depression in Children and Adolescents. *Am Fam Physician* 2000;62: 2297.
22. PEHLIVANTÜRK B, UNAL F. Conversion disorder in children and adolescents: clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Turk J Pediatr*. 2000;42:132.
23. ERCAN ES, VARAN A, VEZNEDAROGLU B. Associated features of conversion disorder in Turkish adolescents. *Pediatr Int* 2003;45:150.
24. PEHLIVANTÜRK B, UNAL F. Conversion disorder in children and adolescents: A 4-year follow-up study. *Journal of Psychosom* 2002;52:187.