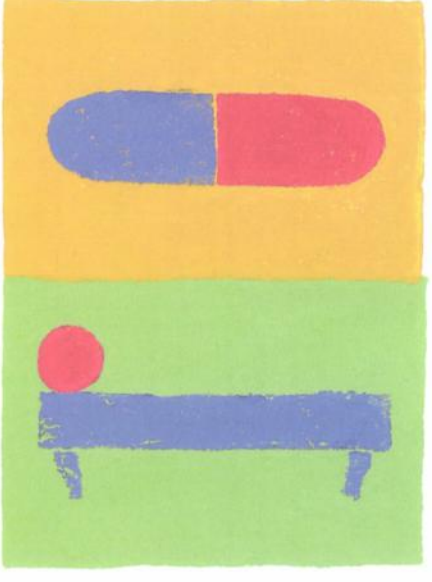
Monique Brémond & Alain Gérard

Vrais déprimés Fausses dépressions



Aubier

Extrait de la publication

Vrais déprimés Fausses dépressions

Monique Brémond
Alain Gérard

Dépression. Dans le langage courant, ce mot est utilisé sans discernement pour désigner la tristesse, l'humeur dépressive, la dépression caractérisée ou la maladie mélancolique qui peut conduire au suicide.

Cette confusion de plus en plus fréquente entre souffrance et maladie n'est pas sans conséquence. Certains sont trop hâtivement déclarés malades et se voient prescrire des traitements inutiles ou nuisibles, tandis que d'autres, plus sévèrement atteints, ne sont pas soignés comme ils devraient l'être.

Éclairer ces contradictions, illustrer par des récits de cas différentes situations cliniques, faire comprendre le bon usage des thérapies analytiques et des traitements antidépresseurs, tel est le mérite de *Vrais Déprimés, fausses dépressions.*

Monique Brémond est psychanalyste. Alain Gérard, psychiatre, travaille à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et en exercice libéral. Il est l'auteur, avec son associé Henry Cuche de *Je vais craquer.* Monique Brémond et Alain Gérard ont écrit *J'ai rendez-vous avec vous.*

FV 2402-98-II

98,00FF

Couverture :
illustration de Daniel Pudles

Aubier

Extrait de la publication

VRAIS DÉPRIMÉS,
FAUSSES DÉPRESSIONS

Extrait de la publication

Des mêmes auteurs

J'ai rendez-vous avec vous : une psychanalyste et un psychiatre racontent, Seuil, 1993.

Extrait de la publication

Extrait de la publication

Monique Brémond
Alain Gérard

VRAIS DÉPRIMÉS, FAUSSES DÉPRESSIONS

AUBIER

Avec le soutien du

www.centrenationaldulivre.fr
© Aubier, 1998.
ISBN : 9782700704495

Extrait de la publication

Avant-propos

Ces dix dernières années, la recherche médicale a considérablement fait évoluer la notion de dépression. Les troubles de l'humeur sont aujourd'hui mieux connus, mieux compris, mieux traités. Une information soutenue en direction du grand public, des déprimés et de leur famille ; une meilleure formation des médecins à la reconnaissance diagnostique des troubles dépressifs ; l'apport thérapeutique de molécules antidépressives nouvelles, actives et bien tolérées potentialisent leurs effets de progrès.

On ne confond plus en principe tristesse et dépression. Les déprimés acceptent plus volontiers l'idée qu'ils sont provisoirement malades et doivent se soigner. L'entourage accable moins souvent le malheureux de conseils inutiles, voire dangereux : « Secoue-toi, tu réagis comme un faible, pars en vacances, tu te complais dans ta maladie, etc. » Les généralistes apprennent à reconnaître les masques que prend la dépression en fonction de l'âge

Extrait de la publication

(adolescence, période adulte, troisième âge), du sexe, de la culture (chaque culture exprime sa dépression à sa manière). Les nouveaux antidépresseurs * qui représentent la part médicamenteuse du traitement sont efficaces, compatibles avec une vie quotidienne normale, probablement assez sûrs. La question de la dépression et de ses traitements devrait donc, en toute logique, être réglée. En réalité, elle ne l'est pas.

Les avancées indéniables, déjà citées, laissent sans réponse claire trois questions absolument essentielles. Celle des limites de la maladie dépressive, celle des limites d'efficacité des médicaments dits antidépresseurs, celle enfin des limites de compétence et des zones de complémentarité des traitements médicamenteux et psychothérapiques dans le traitement des désordres dépressifs.

Notre projet, en écrivant ce livre, n'est pas de répondre définitivement à ces questions – trop d'incertitudes scientifiques planent –, mais de permettre à chacun de mieux se représenter le problème. Le but que nous nous proposons est double : nous souhaitons, à travers six tableaux évoquant la dépression, mieux faire comprendre la pluralité des manifestations de cette maladie. Ainsi nous verrons comment le médecin, avec difficulté, mais avec méthode, distingue les dépressions dites endogènes (Annabelle) des dépressions à rechutes

*. Les astérisques signalent la première occurrence des mots expliqués dans le glossaire à la fin du livre.

(Hélène), différencie les dépressions réactionnelles (Geneviève) et les états sub-dépressifs (Jeanne), les personnalités structurellement dépressives (Louis) et celles en proie à des troubles de l'adaptation évoluant en vraie dépression (Victor). Cet éventail de cas nous permettra d'exposer les différences et les complémentarités, chez ces mêmes patients, des approches médicamenteuses et psychothérapiques.

La question sous-jacente à cette analyse est aussi celle du médicament. Peut-on en faire un meilleur usage que celui qui est couramment admis aujourd'hui ? En vérité, le médicament est l'enjeu d'un étonnant paradoxe : la consommation d'antidépresseurs a très rapidement progressé ces dix dernières années, pourtant certains déprimés graves continuent de n'être pas identifiés, donc pas soignés et parfois se suicident. Plus un sujet est déprimé, moins il se plaint, moins il consulte. Honteux de son pitoyable état, inefficace, ralenti, coupé du monde, il cache, en partie à lui-même et beaucoup à son entourage, la maladie qui le mine. Le diagnostic n'étant pas posé, il ne reçoit pas le traitement adéquat : c'est le phénomène préjudiciable du « sous-diagnostic » et, partant, du non-traitement.

À l'inverse, trop de sujets en proie à des troubles de personnalité, à des positions névrotiques, à des difficultés d'adaptation, sont hâtivement désignés comme déprimés et mis sous antidépresseurs. Un sujet exprimant une plainte dépressive ou présentant quelques

Extrait de la publication

symptômes isolés est considéré à tort comme malade et traité pendant des mois par des médicaments dont il n'a nul besoin. Il évolue mal, rechute souvent car le choix du traitement n'est pas adapté. L'information actuelle auprès du grand public, la banalisation du terme de dépression font que les non-déprimés progressent très vite dans l'expression, chez le médecin et ailleurs, de leur plainte dépressive. Ce « sur-diagnostic » de la dépression, rendu possible par la relative imprécision des limites de la maladie, conduit à une médicalisation excessive de la plainte dépressive et à des dysfonctionnements au cours des prises en charge.

Il existe, de la simple tristesse à la mélancolie, des niveaux variés de souffrance dépressive. Le réductionnisme qui tendrait à transformer la plupart de ces états en une entité pathologique unique, « la dépression », constitue une erreur. Il importe de définir avec plus de précision qui est malade de dépression et qui ne l'est pas.

Le second objectif de ce livre vise, grâce à la mise en commun des réflexions d'une psychanalyste et d'un psychiatre, à mieux rendre compte d'approches théoriques différentes, non opposées, souvent complémentaires. Prétendre tout traiter par les antidépresseurs est une erreur. La prise en compte et le soulagement de la souffrance psychique ne se réduisent pas chez l'homme à la consommation de médicaments. Un travail de parole, une élaboration des processus psychiques permettent l'aménagement ou la résolution de

Extrait de la publication

nombreuses situations douloureuses. Cet aspect de la thérapeutique est malheureusement très peu enseigné aux médecins et l'idée de rencontrer un analyste compétent n'est pas donnée à chacun.

De plus, l'approche psychothérapique prête d'autant plus à confusion que l'on range sous une même bannière des techniques thérapeutiques variées aux objectifs différents. Les psychothérapies de soutien aident le malade « à tenir », mais ne permettent aucune élaboration. Les thérapies cognitivo-comportementales visent à modifier les postulats explicites ou implicites qui figent la pensée dépressive mais ne s'intéressent pas au sens des processus inconscients.

La psychanalyse, elle, se fie à l'inconscient *, c'est-à-dire à l'existence d'un lieu constitué d'éléments refoulés * qui n'ont pas accès à la conscience. Le travail du psychanalyste consiste, selon Freud, « à amener à la conscience du malade le psychique refoulé en lui ». Cette définition dont l'exactitude n'est pas remise en question est toutefois schématique, elle a été approfondie, affinée, élargie, remaniée par Freud d'abord, tout au long de son œuvre, et par les analystes qui lui ont succédé. Mais pour que le traitement psychanalytique s'effectue, il faut que l'intensité du trouble n'inhibe pas totalement la pensée. Au-delà d'un certain seuil de gravité, les antidépresseurs, dans un premier temps, sont nécessaires. Il importe de mieux utiliser deux méthodes complémentaires de traitement.

Extrait de la publication

Ainsi donc, pour chacun des cas décrits dans cet ouvrage, nous tenterons de définir le seuil à partir duquel il paraît légitime, voire nécessaire, de prescrire un traitement ; nous discuterons les effets attendus, curatifs et préventifs de cette prescription, qu'elle soit transitoire ou plus durable. Pour chacune des situations, nous évaluerons les conditions permettant qu'un travail psychothérapique soit entrepris, et nous préciserons les modalités de ce travail contribuant au traitement au long cours et à la prévention des récidives.

Ce livre est destiné à tous ceux que la dépression concerne : patients, familles, soignants au sens large du terme (infirmières, médecins, psychothérapeutes). Il ouvre par ailleurs sur des problèmes d'éthique et de santé publique.

Extrait de la publication

1

Quelques repères

Depuis l'Antiquité, il existe dans l'espèce humaine une maladie que les anciens ont nommé « mélancolie ». La mélancolie (du grec : bile noire) désigne une dépression profonde de l'humeur, une mélancolie de l'âme et du corps sans relation aucune avec le simple vague à l'âme mélancolique des romantiques.

Jusqu'à l'époque moderne, il n'existait pour cette maladie inexplicable, mais parfaitement définie, aucun traitement réellement actif. Certains qui en étaient atteints se suicidaient, rongés par un désespoir absolu. D'autres, insomniaques, amaigris, hagards, figés, fous de douleur morale et de culpabilité finissaient par guérir lorsque, après des mois et des mois d'évolution, la bonne nature voulait bien reprendre ses droits.

Les dépressions de type mélancolique n'ont pas disparu. Certains antidépresseurs et, dans des cas bien précis, les électrochocs réduisent

Extrait de la publication

maintenant l'intensité des accès. À un moindre niveau de dangerosité, mais à un seuil évident de maladie de l'humeur, les dépressions caractérisées se définissent aujourd'hui comme des troubles dépressifs dont la pluralité des symptômes, leur gravité, leur durée et leur retentissement sur la vie du sujet conduisent le médecin à prescrire, en première intention, un antidépresseur.

À l'aube du XXIe siècle, nombreux sont les citoyens des pays industrialisés qui en font un usage quotidien. Pour ceux-là, les mots tels que tristesse *, peine, découragement, lassitude sont caducs. Deux termes les remplacent : déprime ou dépression. Personne, du reste, ne sait très bien ce qui les distingue. Une seule réalité s'impose, dans laquelle se confondent dangereusement toutes les formes de dépression, aussi bien celles qui relèvent d'un traitement antidépresseur, que les souffrances dépressives qui nécessitent plutôt une psychothérapie, ou les plaintes pusillanimes ne justifiant aucun traitement. En principe, des frontières existent entre souffrance psychique et maladie dépressive, réaction d'adaptation et pathologie. Malheureusement, même pour les spécialistes, les limites sont aujourd'hui devenues incertaines et un flou préjudiciable envahit ce domaine des troubles dépressifs.

Comment se constitue une dépression ?

Aux origines de la maladie dépressive, les spécialistes décrivent des réductions d'efficience de quatre zones fonctionnelles distinctes. La baisse dépressive ressentie par le déprimé dans sa globalité affecte en effet : l'humeur, la capacité à ressentir les émotions *, l'activité psychomotrice et les fonctions vitales.

Le premier niveau, celui de la baisse de l'humeur, est le plus classique et en même temps le plus difficile à comprendre, car on peut être triste, pessimiste ou malheureux sans être atteint de dépression. Les particularités de la dépression pathologique de l'humeur sont sa constance, sa résistance aux stimulations agréables proposées par l'environnement, son caractère envahissant et peut-être et surtout son association aux autres symptômes que nous décrirons dans les paragraphes à venir. Une tristesse marquée, une souffrance morale importante, une réaction de désespoir qui resteraient isolées et évolueraient sans aucune modification des trois autres domaines témoigneraient d'une souffrance psychique réelle qu'il conviendrait de traiter, mais pas obligatoirement d'une maladie dépressive sensible aux traitements antidépresseurs.

Le second niveau, celui de la réduction de la capacité à ressentir du plaisir, renvoie à ce qu'on appelle aussi « la dépression de l'hédonie ». L'hédonie, qui se définit comme la

Extrait de la publication

capacité à ressentir les plaisirs, est diminuée plus ou moins progressivement, de manière presque imperceptible au début. Le déclin hédonique atteint différemment selon les sujets les activités physiques (promenades, sports), intellectuelles (lecture, télévision, cinéma, musique), sociales (sorties en groupe, dîners) et professionnelles (intérêt pour le travail, l'environnement professionnel). Au début d'une dépression, des secteurs importants d'activité restent vitalisés, le sujet conserve certaines zones de plaisir et ne s'aperçoit pas que beaucoup d'entre elles sont déjà en train de s'atténuer, voire de disparaître. Le déprimé dit manger normalement, mais oublie par exemple de préciser qu'il n'en tire aucun plaisir ; il lit, mais de façon automatique, sans intérêt. La nature ne lui apporte plus rien : le parfum des roses, le bleu des iris, la beauté du soleil couchant le laissent indifférent. La sensualité et la sexualité sont atteintes, mais ce domaine est rarement abordé spontanément. Cette réduction progressive conduit à « l'anhédonie », c'est-à-dire à l'incapacité complète à ressentir quoi que ce soit d'agréable.

La troisième fonction, celle de la dépression des activités, concerne un processus de ralentissement affectant plus ou moins vite et de façon plus ou moins évidente deux secteurs : celui des comportements moteurs et celui des activités intellectuelles. Le ralentissement des activités motrices modifie la parole, l'expression du visage, la marche et les gestes spontanés. La simple observation d'un déprimé

permet, surtout dans les formes graves, de repérer ces symptômes. Dans les formes mineures, des mesures plus objectives, non utilisées en pratique, mais très utiles à la recherche, sont possibles. Des actomètres, portés au poignet comme une montre, enregistrent la somme des mouvements effectués pendant la journée et objectivent leur réduction. Des enregistrements de la voix montrent que le déprimé parle d'une voix monotone (diminution de la modulation vocale) et avec un débit ralenti (les temps de pause entre les mots sont anormalement longs).

Le ralentissement des activités intellectuelles atteint la mémoire qui est diminuée, l'attention qui ne peut plus être soutenue durablement, la concentration qui devient difficile puis impossible, la capacité à faire des choix, même les plus simples, comme celui des vêtements à porter ou des aliments à acheter pour le déjeuner. Le déprimé ressent que toute activité est devenue difficile et lui demande un effort plus important qu'avant. Au début, il lutte contre ce qu'il pense être une simple fatigue. Il ne fait pas de lien particulier entre ses troubles de mémoire d'apparition récente et les autres troubles de ses fonctions intellectuelles (attention, concentration, choix). Très vite, la conjonction de ces déficits provoque des difficultés à penser, à communiquer avec l'entourage et à mener à bien les actes de la vie courante. Progressivement, cette incapacité

Extrait de la publication

conduit à une perte de confiance et à une dévalorisation.

Le quatrième et dernier niveau, celui de la dépression des fonctions vitales, est d'autant plus marqué que la dépression est sévère. La « perte d'appétit » est bientôt suivie d'amaigrissement parfois massif, plusieurs kilos en quelques mois. La dysrégulation des rythmes circadiens entraîne des réveils angoissés et précoces au milieu de la nuit. Les écarts de température entre la nuit et le jour disparaissent, le sujet a froid. Ces symptômes sont associés aux dérèglements biologiques de l'axe central endocrinien qui connecte entre autres l'hypophyse, l'hypothalamus et les surrénales.

À côté de ces quatre secteurs hypofonctionnels, il existe trois dérèglements hyperfonctionnels, ainsi que l'anxiété souvent associée à de nombreux tableaux dépressifs (voir le tableau de la page suivante). L'hyperesthésie sensorielle rend le sujet initialement intolérant aux bruits et aux environnements sonores riches. L'hyperréactivité caractérielle s'exprime par une tension agressive inhabituelle, une tendance aux colères et aux emportements. L'hyperémotivité se traduit par une difficulté à maîtriser les émotions. Quant aux manifestations psychiques et physiques de l'anxiété, elles sont toujours plus ou moins associées aux diverses formes de dépression.

Lorsque le processus dépressif s'instaure, puis s'aggrave, les déficits de fonctionnement de deux, de trois ou de ces quatre zones s'intriquent et se potentialisent pour composer un

8. Pour ne pas tout confondre 145
L'anxiété 148
L'asthénie 152

9. Écouter-Prescrire 157
Le psychiatre et la dépression 159
Le psychanalyste et la dépression 162

Conclusion 177

Orientation bibliographique 183
Glossaire 185

Extrait de la publication

CET OUVRAGE
A ÉTÉ TRANSCODÉ
ET ACHEVÉ D'IMPRIMER
SUR ROTO-PAGE
PAR L'IMPRIMERIE FLOCH
À MAYENNE EN NOVEMBRE 2000

N° d'éd. FV 240203. N° d'impr. 50055.
D.L. : février 1998.
(Imprimé en France)

Extrait de la publication