

LA DÉPRESSION

Par Marlène FOUCHÉY

La dépression concerne, selon les études, 5 à 20% de la population générale. Elle peut survenir sur n'importe quel type de personnalité. Elle n'est pas nécessairement en lien avec des antécédents pathologiques

1. historiques

La personnalité dépressive correspond à une tradition de la médecine de l'Antiquité. Dans le "Corpus Hippocraticum" est décrit le Melancholicos, le typus à la bile noire. Molière mit en scène le dépressif dans sa pièce Le Misanthrope.

Plus près de notre époque, E. Kretschmer décrit un ensemble de sujets tristes, calmes, sensibles et facilement accablés. Mais c'est à Tellenbach, en 1979, psychiatre allemand, qui, dans sa description du "typus melancholicus" posa les caractéristiques fondamentales de l'état dépressif.

2. Critères du DSM IV TR

La dépression est classée sous le nom de "trouble dépressif majeur" parmi les troubles de l'humeur. L'épisode dépressif majeur se caractérise par:

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

A1 Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (se sent triste ou vide) ou observée par les autres (pleure). Éventuellement, irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

A2 Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

A3 Perte au gain du poids significatif en l'absence de régime (modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

A4 Insomnie ou hypersomnie tous les jours.

A5 Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

A6 Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

A7 Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

A8 Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

A9 Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères de l'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est à dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, des idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

3. Psychopathologie

On distingue la dépression endogène de la dépression exogène. Dans la dépression endogène, on ne retrouve pas de facteurs déclenchants dans l'histoire du sujet à la différence de la dépression exogène. La dépression endogène est plus chronique que la dépression exogène et survient de manière progressive.

Les troubles dépressifs se caractérisent par deux symptômes fondamentaux.

3.1. L'humeur dépressive

L'humeur dépressive est caractérisée par la présence d'un vécu pessimiste, une dévalorisation, une autodépréciation, une indignité, une culpabilité, une douleur morale, une indifférence affective, un désintérêt pour toute activité, un désir de mort et une tristesse.

Le sujet ne ressent plus rien; il a des difficultés à ressentir du plaisir dans des activités auparavant agréables.

Il présente également une incapacité à aimer avec une perte de l'intérêt sexuel. Il est conscient de ses difficultés et a tendance à se plaindre, à s'apitoyer; il se sent incapable, de dévalorise entraînant une forte baisse de l'estime de soi.

Le désir de mort est très souvent présent pouvant entraîner des tentatives de suicide.

3.2. L'inhibition

L'inhibition désigne un ralentissement psychomoteur et psychique, des difficultés à penser, à se concentrer, une fatigue dépressive, une inertie, une baisse de l'énergie, une perte de l'élan vital. On observe une immobilité du tronc et de la face, une voix monotone, basse; le patient ne parle pas beaucoup. On relève également des troubles de la mémoire, la pensée étant inhibée.

3.3. Symptômes associés

3.3.1. L'anxiété

Sentiment pénible d'attente d'un danger imminent; le sujet est constamment inquiet. Quand la composante anxieuse est importante, on parlera de syndrome anxiodépressif.

3.3.2. Troubles psychosomatiques

Certains auteurs parlent de dépression masquée quand les sujets évoquent une souffrance physique en l'absence de souffrance morale (ex troubles digestifs entraînant une perte de poids, des troubles du sommeil).

D'autres troubles psychopathologiques (obsession, phobie...) peuvent reposer avant tout sur une organisation dépressive et disparaissent avec elle lorsqu'on la traite. On constate enfin que, pour lutter contre un fond dépressif, certains sujets sont amenés à développer une série de conduites antidépressives (hyperactivité, réaction de type colère, jalousie, conduite alcoolique) capables, avec plus ou moins de succès, de compenser le fond dépressif.

4. *Contact interpersonnel*

Les contacts interpersonnels sont marqués par la passivité. Le sujet dépressif se sent sans défense, vulnérable. Il a tendance à se plaindre, à évoquer sa misère, sa faiblesse, son infériorité et ses défauts. Il craint d'entreprendre quelque action ou projet de peur de rencontrer l'échec.

5. *Gestion des affects*

La tristesse est l'affect central de la personnalité dépressive. le sujet dépressif peut être volontiers amère ou désagréable, multipliant les conflits et les revendications. L'humeur dépressive peut également aller vers de l'indifférence.

6. *Style cognitif*

La pensée du sujet dépressif est négative et rigide. Il va attribuer aux autres, et en particulier aux thérapeutes, des pouvoirs considérables, de guérison magique.

Les croyances s'articulent autour du renoncement "Je ne serai plus comme avant", de malheur et de la médiocrité "Je ne vauds rien", "Le pire est toujours sur", "Les autres

réussissent mieux que moi", "Le monde est mauvais". On note également une généralisation négative de l'avenir "Rien ne changera jamais, c'est comme ça".

7. Traitement

Les antidépresseurs vont permettre de moduler l'humeur dépressive. Une psychothérapie reste toutefois nécessaire pour comprendre l'origine de la dépression et prévenir les rechutes dépressives.

Aujourd'hui, on est mieux informé, dans l'opinion sur les symptômes des états dépressifs et le diagnostic en serait de fait plus répandu qu'avant la Première Guerre mondiale. On tend à codifier un maximum la symptomatologie dépressive à l'aide d'échelles d'évaluation (Hamilton, Montgomery-Asberg), utilisables à la fois par les psychiatres, les médecins généralistes et les psychologues.

8. Hypothèses de compréhension

8.1. Hypothèse cognitive

Beck met l'accent sur les défauts des cognitions présents chez les personnes déprimées qui peuvent être comprises comme des distorsions dans le traitement de l'information. Le sujet va minimiser le positif et amplifier le négatif; il va donc avoir une vue négative de tout ce qui l'entoure, de lui-même et du futur.

Dans la thérapie cognitive et comportementale, le sujet va apprendre à s'observer et reconnaître les cognitions négatives dysfonctionnelles. Il va également apprendre à maximaliser le positif.

Parmi les schémas proposés par Young, on retrouve souvent chez la personnalité dépressive le schéma de carence affective (mes besoins d'affection ne seront jamais comblés), le schéma d'imperfection, de honte (je ne vauds rien) et le schéma d'échec (ma vie est un échec).

8.2. Hypothèse culturelle

Jusqu'en 1960, on pensait que la dépression n'existait que dans les pays industrialisés s'exprimait assez peu dans les sociétés dites plus traditionnelles. Aujourd'hui, on sait que la dépression est présente dans toutes les sociétés mais qu'elle s'exprime différemment. Par exemple, en Afrique, la personne déprimée montrera plus d'agitation; on observera également moins de tentative de suicide.

Dans toutes les dépressions, le noyau commun dépressif est centré autour de l'inhibition. Ce sont les thèmes dépressifs qui vont varier d'une culture à l'autre.

8.3. Hypothèse autour de la théorie de l'attachement

La dépression serait la conséquence d'une séparation, de la perte d'un lien affectif. Cette théorie prédit que le fait de perdre un parent durant l'enfance peut être un élément de vulnérabilité à la dépression à l'âge adulte.

8.4. Hypothèse psychanalytique

Le point de vue psychanalytique met l'accent sur la notion de perte d'objet liée à la dépression. Une blessure narcissique peut également être à l'origine d'une dépression (échec, humiliation, perte d'emploi...).

La dépression serait en lien avec la présence de carences affectives précoces, en particulier manifestée par une perte de l'estime de soi; le sujet n'aurait pas été aimé à sa juste valeur.

8.5. Présence d'éléments de vie stressants

Des études comparant le parcours de vie de patients déprimés et de personnes non déprimées montrent que les personnes déprimées présentent trois fois plus d'évènements non favorables dans les six mois à un an qui précède la dépression que les non déprimés (perte, séparation, conflits familiaux, maladie d'un proche...).

8.6. Hypothèse biologique

Depuis le milieu des années 1970, la présence d'anomalies biologiques accompagnant des états dépressifs paraît tout à fait démontrée, même si leur signification, leur rôle dans le déclenchement du processus pathologique, leur intrication avec les facteurs psychogènes ou sociogènes restent problématiques.

L'intérêt est porté sur le métabolisme des amines cérébrales et l'on tend à admettre qu'il existe, dans certains états dépressifs, une hyposérotoninergie et, dans d'autres une hyponoradréergie.