

## La Dépression

Le premier pré requis important est de ne pas confondre Déprime et Dépression.

La déprime (ou « coup de blues » ou « cafard », ou...) est passagère, peut être saisonnière (manque de lumière en hiver par exemple), due au surmenage, au stress, au rappel inconscient d'une date anniversaire chargée émotionnellement (aux environs d'une date de décès par exemple), etc. Sa caractéristique essentielle est qu'elle disparaît spontanément après la résolution de la problématique initiale (repos, retour des « beaux jours », dépassement de la « date anniversaire », etc.).

Cet état de déprime nous touche plus ou moins tous et est nécessaire pour connaître son pendant : l'état de bonheur, de bien-être. Ce trouble de l'humeur n'est donc pas pathologique et ne nécessite pas de traitement particulier.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la dépression, qui, elle, est une pathologie, une maladie, et nécessite une prise en charge particulière.

La dépression est une maladie très répandue, un homme sur dix et une femme sur cinq en seront atteints au cours de leur vie. Pourquoi une personne développera-t-elle une dépression alors qu'une autre, confrontée à des événements similaires, sera épargnée ? Existe-t-il une seule cause à l'origine d'un trouble dépressif ? Quelques éléments de réponse :

### Symptômes :

Les symptômes les plus caractéristiques de la dépression (appelée aussi état Mélancolique) s'articulent autour de trois axes : thymique (= troubles de l'humeur), cognitif (troubles de la pensée) et physique.

- Du point de vue thymique, c'est un changement important de l'humeur qui doit alerter le patient et son entourage. Les variations de l'humeur s'accompagnent de manifestations émotionnelles telles qu'une hyperémotivité, une instabilité émotionnelle, l'apparition brutale d'émotions incontrôlables avec crises de larmes répétées, crises d'angoisse... On constate également une diminution de l'estime de soi, une douleur morale intense et permanente, souvent une profonde inhibition, un sentiment de désespoir, de culpabilité et aussi un désir de mourir ou de se faire du mal.
- Sur le plan cognitif, on remarque généralement un ralentissement de la pensée, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, lesquels sont vécus douloureusement comme un handicap. Il y a également l'apparition de pensées noires et de ruminations. On peut aussi parfois observer des comportements qui se mettent en place, comme l'alcoolisme et les addictions (une fiche pratique leur sera consacrée).
- Sur le plan physique, donc somatique, une sensation d'épuisement qui constitue par son intensité et sa récurrence l'un des symptômes majeurs de la dépression, un sommeil perturbé (insomnie ou hypersomnie), des douleurs musculaires, des migraines, des pertes ou gains de poids sans qu'un régime n'en soit la cause, une perte d'énergie, une baisse de la libido et de l'élan vital en général. Dépression et douleur sont étroitement liées. Des douleurs telles que des migraines, des lombalgies, des douleurs abdominales, des douleurs articulaires peuvent signaler une dépression, ce sont d'ailleurs essentiellement ces symptômes-là qui sont décrits par le patient dans le cas d'une dépression masquée.

Selon le DSM V, qui est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux -en anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- de l'Association Américaine de Psychiatrie. (C'est un ouvrage de référence psychiatrique reconnu internationalement. De nouvelles éditions sortent régulièrement), on aboutit donc au diagnostic de la dépression chez une personne quand 5 des 9 critères suivants sont présents généralement: humeur dépressive, diminution ou perte d'intérêt et/ou de plaisir pour les activités, sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, pensées de mort ou de suicide, troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), troubles de l'appétit (augmenté ou diminué avec perte ou gain de poids), difficultés de concentration, fatigue et/ou infatigabilité, agitation ou ralentissement psychomoteur.

Ce qui doit alerter les proches et fait vraiment la différence avec la déprime sont : les idées morbides ou de suicide (mais il faut être vigilant car ces idées ne seront pas toujours exprimées), la durabilité des symptômes, l'état d'inhibition profond (ou d'hyper activité démesurée) dont rien ni personne n'arrive à sortir le dépressif, des habitudes auto destructrices qui se mettent en place et perdurent (alcoolisme, sports dangereux, etc.), l'auto dévaluation.

La dépression peut s'installer dès l'enfance (et même chez le bébé ) et perdurer tout au long de la vie (remontées « à la surface » de cet état, régulièrement= Chronicisation), et peut aller jusqu'à s'installer sur le très long terme tant qu'un traitement psychologique n'aura pas été mis en œuvre.

La dépression est une souffrance considérable. Les personnes dépressives sont incapables de gérer correctement leurs émotions, leur stress, leurs échecs, leurs tristesses et leurs pertes. C'est une espèce de cercle vicieux où une chose mène à la suivante et où il n'existe plus d'issue. C'est un processus complexe, une spirale qui tire vers le bas. Le patient se fait engloutir par la douleur, d'où les idées suicidaires pour en finir avec ces souffrances. La dépression touche tout le monde et toutes les couches de la société.

## Les causes :

Chaque individu étant unique, il est très difficile d'être formel en ce qui concerne les causes de la dépression. Pourquoi tel événement aura-t-il un retentissement dépressif sur une personne et pas une autre ? Cela appartient à l'individualité de chacun.

On sait également qu'elle est due à des facteurs psychologiques, sociaux, et/ou physiologiques.

Il est donc plus approprié de parler de « facteurs de risques » plutôt que de causes.

- Les accidents de la vie déclenchant un stress important, tel un décès dans la famille, la perte d'un conjoint, un accident, ...
- L'équilibre social semble jouer un rôle majeur : les personnes présentant des difficultés à communiquer, à s'intégrer, tels les grands timides, ou les personnes souffrant de stress dans leur vie sociale et professionnelle (harcèlement, risque, fatigue, chômage) sont très touchées par la dépression.
- L'équilibre relationnel et amoureux : un nombre conséquent de dépressions semblent être issues de divorces, ruptures et disputes répétées, en couple ou en famille (manque affectif, mauvaise image de soi, solitude, isolement, détresse financière), sentiment de ne pas être

aimé par ses proches.

- Vulnérabilités biologiques : la dépression est causée et / ou se traduit par un désordre marqué dans la façon dont les neurotransmetteurs sont produits et diffusés dans le cerveau (sérotonine, dopamine, etc.).

## Les différentes formes :

### Dépression majeure :

Est un état de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale caractérisé par un ralentissement général et l'inhibition des fonctions physiques et cérébrales. La dépression majeure (appelée aussi « caractérisée ») consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs qui tranchent avec le fonctionnement habituel de la personne. La dépression majeure peut être légère, modérée ou sévère. Le terme « dépression » désigne habituellement la dépression majeure.

Un questionnaire a été développé pour l'OMS par le psychiatre Danois Per Bech. Il permet une auto-évaluation de la sévérité de ce trouble.

Son résultat peut être interprété comme un "score" (sur une échelle de 0 à 50) et/ou d'après des critères de diagnostic (CIM et DSM).

Important :

La version électronique de ce questionnaire n'a d'autre vocation que de permettre une première auto-évaluation prudente de l'humeur actuelle. Le résultat n'a en aucun cas valeur de diagnostic médical. Il peut toutefois renseigner quant à l'opportunité de chercher une aide médicale et/ou psychothérapeutique.

Seul le médecin traitant et/ou le Thérapeute est compétent pour tout avis concernant l'instauration, la modification ou l'arrêt d'un traitement médicamenteux.

Ce questionnaire vous est disponible sur ce site.

### Dépression Réactionnelle :

Elle se déclenche après un choc, traumatisme ou bien une période plus étendue de tension psychique (stress chronique...). On l'appelle également stress post-traumatique. Notons que l'EMDR Thérapie et l'Hypnose Ericksonienne (= Médicale) ont largement fait preuve de leur efficacité dans ces stress post-traumatiques, et sont même recommandées dans ce cadre par les Sociétés Savantes, l'HAS (Haute Autorité de Santé) et l'OMS.

Le trouble de stress post-traumatique (appelé aussi Etat de Stress Post Traumatique) est une maladie très ancienne, appelée au début du 19ème siècle « psychose traumatique ». Les recherches ont mis en évidence que 10% de la population est ou sera confrontée à un SPT (les femmes deux fois plus que les hommes).

Il se rencontre principalement chez les victimes d'événements traumatiques civils survenant dans l'enfance ou à l'âge adulte – agressions et maltraitements physiques, verbales, psychologiques, et sexuelles, accidents, deuils, attentats, catastrophes naturelles – , mais aussi chez les militaires et civils victimes d'événements traumatiques survenant dans le cadre de guerres et de conflits armés.

Il est à noter que les proches de personnes victimes sont également concernés par un possible impact traumatique indirect de la violence subie par leur proche.

Les événements à l'origine de troubles post-traumatiques peuvent être aussi des

événements de vie difficiles, qui n'ont pas été identifiés à l'époque comme potentiellement traumatiques car ils semblent avoir été surmontés, mais qui laissent des blessures émotionnelles pouvant être à l'origine de perturbations psychologiques ou de comportements inadaptés ou excessifs dans la vie quotidienne. Cela peut concerner des difficultés familiales vécues dans l'enfance, des ruptures, des difficultés conjugales, des violences conjugales, des maladies et opérations, des interruptions de grossesse, des difficultés professionnelles, etc...

Le stress Post Traumatique se manifeste à travers un ensemble de symptômes consécutifs au traumatisme subi. Ces symptômes ne sont pas maîtrisables par la personne atteinte de stress post traumatique et l'handicapent fortement.

Majoritairement les perturbations s'expriment sous forme d'irritabilité, angoisses, anxiété, cauchemars, reviviscences et ruminations à propos du vécu traumatique, tendance à l'isolement, état dépressif, comportement agité voire violent, douleurs physiques, somatisations, régression et/ou répétition des violences chez l'enfant ou l'adulte, évitement de tout ce qui peut rappeler le trauma...

La chronicisation du trouble peut entraîner dépression, addictions, trouble du comportement alimentaire, attaques de panique, phobies, insomnies fréquentes...

On ne peut parler de STP que si ces signes perdurent 3 mois après la survenue du trauma.

#### Dépression masquée :

Une dépression masquée est une dépression dans laquelle les signes psychiques de la maladie (souffrance morale et auto dévaluation, pensées suicidaires...) passent à l'arrière-plan pour laisser la place aux signes physiques : douleurs diffuses musculaires et articulaires, fatigue et insomnie, manque d'appétit, céphalées, douleurs thoraciques... Les symptômes sont alors interprétés comme étant ceux d'une maladie somatique.

Le patient se retrouve alors dans une errance médicale :

Il n'est pas traité pour sa dépression en tant que telle et il entre souvent dans une errance médicale, à savoir une accumulation de traitements pour lumbagos, céphalées, syndromes de fatigue chronique... La dépression masquée est une dépression niée, souvent passée sur le mode chronique, qui trouve d'autres voies pour s'exprimer.

Les troubles provoqués par une dépression masquée entrent dans le cadre des maladies psychosomatiques, mais toutes les maladies psychosomatiques ne sont pas d'origine dépressive.

#### Dépression post-partum :

C'est une dépression déclenchée par les changements hormonaux associés au fait d'avoir un bébé. Elle survient en général peu de temps après la naissance. Elle n'est surtout pas à confondre avec le baby blues que beaucoup de femmes peuvent ressentir après la naissance de leur enfant.

Le Baby blues se caractérise par :

-Une fatigue physique consécutive aux efforts pendant l'accouchement.

-Une chute brutale des hormones suite à la disparition du placenta : pour certains physiologistes, cet état serait comparable à celui de la ménopause, pendant laquelle les perturbations hormonales, ainsi que les carences provoquent une modification de l'humeur.

-Des causes psychologiques :

Pour certains, ce serait la traduction de la fin d'un état physiologique, et psychologique particulier : en quelque sorte la mort de la grossesse.

Pour d'autres, la nouvelle maman a l'impression que plus personne ne s'intéresse à elle, et que toute l'attention se reporte désormais sur le bébé.

Une autre hypothèse est celle du saut de génération, pour passer de l'état de fille à celui de mère, s'accompagnant d'une responsabilité accrue, vis-à-vis du bébé.

En ce qui concerne les symptômes de la dépression post-partum, ils sont typiques et invalidants pour la mère et arrivent dans les deux mois suivant la naissance. Ils se manifestent via :

- Un sentiment d'incapacité à s'occuper du nouveau-né,
- Des pensées morbides,
- Des idées de culpabilité douloureuses,
- Des difficultés à supporter les pleurs du bébé,
- Une baisse ou une absence d'interaction avec le nouveau-né,
- Un risque élevé de passage à l'acte,
- Un risque de suicide altruiste.

Suicide et dépression post-partum, c'est aussi la peur de faire mal à son bébé.

Comme pour toutes les formes de dépression, le risque majeur reste celui du suicide.

Dans le cas d'une dépression post-partum, cela peut prendre la forme d'un suicide altruiste : la mère se suicide souvent avec son enfant.

Ces idées morbides surgissent avec de très fortes phobies d'impulsion, celles de la mère ayant peur de faire du mal à son bébé.

La phobie d'impulsion= Elle correspond à la peur d'une pulsion (donc incontrôlable) de se faire du mal ou de faire du mal aux autres. Par exemple, la peur de se jeter sous un train, la peur de planter l'un de ses proches avec un couteau, la peur de sauter par la fenêtre, la peur de rire pendant un enterrement, etc.

La particularité de la phobie d'impulsion est qu'elle est à la fois une pulsion, mais aussi une peur, une répulsion. Les personnes qui sont victimes de phobie d'impulsion sont confrontées à un paradoxe terrifiant. Celui d'envie de laisser libre cours à ce désir si difficilement contrôlable – la personne a conscience de la gravité d'un tel acte – sans comprendre pourquoi, et celui d'avoir peur de passer à l'acte.

### Troubles bipolaires :

C'est une maladie qui comporte deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive. Lors de la phase maniaque, la personne va avoir des propos et des attitudes farfelus, et présenter d'autres troubles comportementaux ou vivre de façon excessive, des périodes euphoriques, rire de manière démesurée pour tout ou rien, etc. Lors de la phase dépressive, la personne au contraire, présente des signes de très grande dépression. Ce sont des périodes de « hauts » et de « bas » qui accompagnent toute la vie de la personne, tant qu'elle n'est pas prise en charge psychologiquement.

Arrêtons-nous un instant sur cette pathologie : il nous est tous arrivé de passer de l'euphorie à la colère, c'est-à-dire d'une humeur extrême à une autre. Cette alternance n'a eu aucune conséquence. En revanche, chez les personnes atteintes de troubles bipolaires, cette fluctuation est persistante, douloureuse et invalidante.

Cette maladie touche 2% de la population, soit près de 1.300.000 Français. Elle commence en général entre 15 et 25 ans, et est présente autant chez les hommes que chez les femmes. 25% des personnes touchées ont fait des tentatives de suicide, fatales dans 15% des cas.

Les sujets qui souffrent de cette maladie psychique oscillent perpétuellement entre trois états plus ou moins fréquemment et plus ou moins intensément :

### 1. L'état maniaque

Euphorie ou irritabilité, augmentation de l'estime de soi, idées de grandeur, accélération des pensées, fuites des idées, forte augmentation des activités, diminution du besoin de sommeil, etc. Or cet état d'hyperactivité peut avoir des conséquences fortement dommageables, comme par exemple des dépenses inconsidérées d'argent. À noter que le terme « maniaque » ou « manie » au sens psychiatrique désigne un état d'excitation anormal et non pas les manies au sens populaire désignant des habitudes stéréotypées.

### 2. L'état dépressif

Tristesse, perte d'intérêt, fatigue, ralentissement psychique et moteur, modification de l'appétit et du sommeil. Cette humeur dépressive peut avoir de fortes répercussions dans le domaine social et professionnel, sans oublier un risque suicidaire.

### 3. L'état normal

Mais chez certains patients, des troubles peuvent persister aussi bien en phase maniaque qu'en phase dépressive : difficultés de sommeil, hyper réactivité émotionnelle, troubles cognitifs, etc.

Comme indiqué ci-dessus, la période d'excitation extrême, tout comme celle de la dépression, peuvent entraîner des comportements à risques dans tous les domaines, en plus de la souffrance personnelle et du risque de suicide (qui peut aussi survenir durant l'état maniaque) :

-Les conséquences professionnelles des troubles bipolaires peuvent être sérieuses :

Démission irréfléchie, conflits, instabilité professionnelle, comportement agité, licenciement...

-Conflits conjugaux au niveau familial sont fréquents :

Divorce, séparation, répercussion sur les enfants, mais aussi perte d'amis, etc.

-Les prises de risque sont parfois inconsidérées :

Rapports sexuels non protégés, excès de vitesse, défis dangereux, délits, agression physique, consommation d'alcool, de drogues...

## **Comment réagir face aux dépressions :**

La dépression n'est pas quelque chose de honteux, c'est une maladie qui se soigne. Pourtant, alors que la personne désespérée aurait tant besoin des autres, ces derniers esquivent dans la plupart des cas. Incompréhension, manque d'intérêt pour une souffrance qui leur échappe ? Difficile d'imaginer et de comprendre jusqu'à quelle profondeur peut aller le désarroi du dépressif si on ne l'a pas vécu soi-même. Il est plus facile de comprendre les souffrances physiques que

psychologiques.

Pourtant il importe de ménager les gens souffrant de dépression, car si on ne les comprend pas, il est injuste de les condamner ou de les juger. D'ailleurs de peur de gêner voire même de passer pour un « cinglé » auprès de son entourage, le dépressif préfère se replier sur lui-même et encaisser seul sa douleur.

Alors rien de pire et de plus déplacé pour un dépressif que de s'entendre dire : « Positive, la vie est belle », « Remue-toi », « Te laisse pas aller », « Prends-toi en main » ! Il est clair que si le dépressif en était capable, il ne serait pas... Dépressif ! Et de « se remuer », il en est totalement incapable. C'est l'inhibition profonde due à la dépression.

## Les traitements :

Sur le plan médical : il est important que la personne dépressive soit accompagnée sur le plan médicamenteux (antidépresseurs, plus ou moins anxiolytiques, éventuels somnifères, etc.). Ces médicaments lui permettront de moins souffrir, de mieux dormir, de reprendre un semblant de vie sociale, de calmer éventuellement ses angoisses.

Les antidépresseurs : mettent plus ou moins trois semaines à être pleinement efficaces.

Si le corps finit par s'y habituer (sur le très long terme) et on peut alors observer un « échappement thérapeutique », ce qui signifie que le traitement devient inefficace, le corps trop habitué n'y réagissant plus. (D'où un questionnement à avoir sur les patients qui prennent le même antidépresseur depuis parfois 20 ans... Quid de l'efficacité de ce traitement ?). Il est donc utile, à ce moment-là, de revoir le médecin et de le lui indiquer, afin qu'il puisse prescrire une autre molécule antidépressive, nouvelle pour le corps.

Lorsqu'un antidépresseur est prescrit, très vite l'inhibition du patient va s'atténuer.

Le patient va donc désormais de nouveau être capable d'actions. C'est à ce moment-là qu'est le plus important danger du « passage à l'acte », du risque suicidaire. En effet : au plus profond de la dépression, le sujet est tellement inhibé que, malgré ses pensées suicidaires, il n'a pas la force de les mettre en œuvre. Lorsque l'inhibition est « levée », le sujet, toujours dépressif même s'il va mieux, aura la force de « passer à l'acte ». Il est donc important de le suivre de près durant cette période.

Mais il est aisé de comprendre que même si ces médicaments permettront plus de confort au patient, cette dépression risquera à tout moment de resurgir tant que les causes « de fond » n'auront pas été cicatrisées.

Ce travail « de fond » ne peut s'effectuer que par accompagnement psychologique. C'est le seul moyen de mettre définitivement fin à une dépression, en en traitant les causes.

L'accompagnement psychologique : doit nécessairement faire partie de la prise en charge thérapeutique de la personne dépressive, afin de solutionner définitivement cette maladie. Il doit se faire via des thérapeutes formés en psychologie. Des thérapies brèves peuvent y être associées et permettront au sujet un meilleur confort de vie. Notons l'efficacité reconnue (Par l'HAS, l'OMS, Les Sociétés Savantes) de l'EMDR Thérapie et de l'Hypnose Ericksonienne (Médicale) pour la prise en charge des dépressions réactionnelles.

L'accompagnement de l'entourage : Comme nous l'avons vu précédemment, les « bouge-toi » et autres « regarde comme la vie est belle » ne servent à rien. Une personne dépressive est totalement incapable de l'entendre et cela entretient, voire augmente, sa culpabilité, ce dont elle n'a pas besoin

à ce moment-là. Bien sûr et pour les mêmes raisons, ce n'est pas le moment de poser des ultimatums et autres marchandages.

Alors comment se comporter ? Se renseigner d'abord sur cette maladie avant de la juger. Souligner le courage du patient s'il commence une psychothérapie. L'encourager à continuer s'il est tenté d'arrêter (ce qu'il sera tenté de faire, dès que cette thérapie commencera à « toucher » le sujet sensible, la cause du mal-être. C'est une défense inconsciente). Lui dire que la remontée sera progressive. Être disponible, l'écouter. Être patient, compréhensif, aimant, calme, en essayant de lui amener de la positivité. Projeter de l'espoir sur l'écran de son imagination, relever ses progrès. Lui proposer pourquoi pas une aide pratique pour les aspects matériels de la vie. Et surtout le rassurer quant à l'affection ou l'amour que vous lui portez.

\*\*\*\*\*