

LA MALADIE

Le syndrome dépressif est caractérisé par deux traits fondamentaux : la tristesse et le syndrome psychomoteur

- La **tristesse** imprègne tout le monde subjectif du malade : remords et nostalgie à l'égard d'un passé dont on rumine les souvenirs, désintérêt à l'égard d'un présent terne et vide dans lequel on se sent englué, appréhension vis-à-vis d'un avenir que l'on perçoit chargé de toutes les menaces ou dénué de possibilité d'amélioration.

La représentation de soi-même est profondément dévalorisée, qu'il s'agisse d'un sentiment d'incapacité ou de véritables reproches que l'on s'adresse pour les fautes du passé ou les impuissances du présent. L'attachement aux êtres et aux choses subsiste, mais le malade n'en tire plus aucune joie.

- Le **ralentissement moteur et idéique** Le premier s'observe dans la démarche, la posture et la mimique, le second par un ralentissement du flux associatif : aucune vivacité, aucun renouvellement - un mécanisme mental qui s'épuise ; ce qui manque c'est l'incitation à agir, avec une altération du temps : le présent se fige, l'avenir devient opaque et le passé alimente la rumination.

- **autres symptômes**, moins systématiquement présents : troubles du sommeil (insomnie marquée surtout en fin de nuit, mais parfois refuge dans le sommeil), anomalies du comportement alimentaire, manifestations physiques de l'anxiété : constriction cervicale ou thoracique, vertiges, troubles du rythme cardiaque, hypotension, troubles digestifs, douleurs...

On a pu repérer le caractère transitoire et périodique de la dépression (printemps et automne surtout)

Variétés de dépressions : ralentissement dépressif qui s'inverse en excitation maniaque dans les troubles bipolaires / dépressions à certains âges de la vie : enfance - adolescence - vieillesse / Dépression majeure - dépression mineure (fatigue, perte d'appétit, douleurs diffuses)

Autre classement (descriptif) : - dépressions somatiques dans lesquels les facteurs physiques jouent un rôle déterminant : ex consécutives à une maladie du cerveau

- dépressions dans lesquelles les facteurs psychologiques jouent un rôle prédominant : dépressions réactionnelles à une épreuve morale, dépressions névrotiques dues à un conflit interne - dépressions endogènes qui accompagnent des troubles mentaux graves.

LE SENS

Toute action est intentionnelle. Appliquée à la dépression, **ce principe d'intentionnalité** explique des comportements, aussi par rapport à autrui : se déclarer indigne, c'est tenter d'en persuader l'interlocuteur et se faire du mal à soi-même en s'humiliant ; rester immobile et mutique, c'est concentrer son activité sur la rumination, exprimer que l'on n'attend plus le secours de personne.

La notion d'intentionnalité conduit à celle de **compréhensibilité** : les sentiments exprimés rejoignent, sous une forme amplifiée, les émotions que nous avons éprouvées.

Cela nous mène au problème de la communication : comprendre n'est pas croire. La difficulté est de définir ce qui est la réalité et ce qui relève de l'amplification pessimiste ; cela devrait nous faire suspendre tout jugement.

Le sens du vécu

L'approche phénoménologique de la dépression part des énoncés du malade, dégage un mode d'être au monde, sans préjuger des causes ou des mécanismes de la dépression. Elle vise à dépasser les symptômes en comprenant la manière dont ils s'articulent entre eux.

E. Minkovsski (1933) décèle chez le mélancolique une peur de l'action qui a pour effet une suspension de celle-ci. H. Ey (1954) repère une désorganisation temporelle éthique de la conscience : le malade a l'impression de marcher négativement par rapport au temps ; il n'a plus la conscience de marcher vers l'avenir, il se sent fuir vers le passé ; de là le pessimisme, la culpabilité, l'angoisse, le figement de l'action. Dans son système organo-dynamique, il pose comme principe qu'une altération des fonctions cérébrales entraîne un déficit des fonctions psychologiques et libère d'autres modalités de conduite, témoignant d'une régression à des formes plus élémentaires de comportement. Tellenbach (1979) accorde un rôle décisif à la personnalité du déprimé, et parvient à la conclusion que les traits de personnalité qui se trouvent chez les sujets reflètent un attachement à l'ordre, une grande sensibilité aux exigences morales. Ces sujets vont rencontrer deux types d'épreuves : l'impossibilité de répondre aux exigences de l'action que leur commande la situation, la crainte de rester en deçà de ces exigences ; la crise entraîne une dépression par l'intervention d'un facteur endogène : l'endon : région de l'être qui règle les conduites de l'intérieur. Or dans cette région les rythmes biologiques jouent un rôle important

L'analyse phénoménologique articule l'organique avec la psychogénèse.

Une erreur de jugement

On a pu remarquer des connexions logiques erronées chez le déprimé. Le courant de psychologie cognitive se donne pour objectif de découvrir l'altération de la logique du sens. Beck (1967) considère que le trouble dépend d'un mode de pensée, acquis durant l'enfance, dominé par la règle inflexible selon laquelle toute action serait absolument bonne ou absolument mauvaise. Il insiste sur le rôle majeur de l'autocritique, de l'exagération des difficultés externes et du manque de confiance. Le jugement du déprimé reflète une déformation constamment négative de soi-même, du monde, de l'avenir, dans laquelle il est enfermé.

L'INCONSCIENT

L'action inconsciente dans le travail de deuil consiste en un détachement progressif de l'illusion de la présence de la personne aimée et en une acceptation de la réalité de la perte et de l'absence (Freud). Dans ce travail de deuil, on trouve les caractéristiques de la mélancolie (terme utilisé au XIXème siècle, remplacé par dépression) La mélancolie réalise le travail de deuil d'un objet¹ inconscient (le déprimé, s'il peut identifier l'objet perdu, ce qui n'est pas toujours le cas, ne sait pas ce qu'il a perdu dans cet objet). Le mélancolique se fige dans l'expérience consciente d'une perte dont il ne connaît pas le motif ; de ce fait il ne peut pas y renoncer. Pour comprendre les raisons de cette ignorance, il faut observer les signes cliniques existant dans la mélancolie et qui n'appartiennent pas au deuil normal. Ces signes psychiques sont tous des signes de la dépréciation de soi, de l'agressivité retournée contre soi-même. Freud précise que ce que le mélancolique attaque en lui, c'est l'image intériorisée d'un objet haï. Ces attaques s'appliquent

¹ Objet : personne aimée, situation, valeur sociale, symbole.

souvent très mal à sa propre personne, tandis qu'avec de petites modifications, elles peuvent s'appliquer à une autre personne que le malade aime, a aimé ou devait aimer...Deux ensembles de souvenirs s'attachent à l'objet perdu : les uns, conscients, laissent une impression de nostalgie ; les autres, inconscients, sont alimentés par le ressentiment et la haine. Le surmoi du mélancolique est d'une sévérité extrême dans la mesure où il réalise précisément sur lui-même l'action destructrice, violente qui hante ses fantasmes inconscients.

C'est un des grands apports de la psychanalyse que d'avoir montré la force et la constance de l'ambivalence : il est difficile d'aimer sans haïr. Chez certaines personnes les sentiments agressifs ne peuvent être contenus et sont alors refoulés à l'aide de mécanismes qui sont à l'origine des symptômes. Le poids de l'ambivalence semble constituer une prédisposition à la dépression. Chez Mélanie Klein, la dépression apparaît comme une tentative pour maîtriser l'ambivalence. D'autres auteurs ont cependant rappelé que dans de nombreux états dépressifs, l'agressivité compte moins que le sentiment de vide et d'infériorité ; on en revient alors à la distinction classique entre dépression mélancolique où l'agression jouerait un rôle majeur, et les formes névrotiques où la blessure narcissique (perte de l'estime de soi) serait au premier plan.

L'intérêt essentiel de la psychanalyse est son analyse de la pensée fantasmatique.

LE TERRAIN BIOLOGIQUE

Dire qu'une dépression est **endogène**, c'est dire que ses conditions de survenue ne tiennent en rien aux circonstances, mais qu'elle est produite par un état intérieur. Les critères retenus en faveur de l'endogénéité sont l'évolution par accès francs, l'absence de troubles entre les accès, et, dans les troubles bipolaires, la survenue associés d'épisodes maniaques et dépressifs. Quand on essaie de dégager les traits les plus généraux, on trouve des caractéristiques qui témoignent d'une adaptivité extrême, d'un certain conformisme que l'on décrira comme obsessionnel. Mais il y a tout lieu de penser que cette normalité n'est pas la « cause » de la dépression. Les données biologiques repérées sont d'un côté les troubles du sommeil, de l'autre un facteur héréditaire.

Sommeil et dépression

Anomalies : nombre d'éveils plus important, diminution du sommeil lent profond, augmentation du sommeil le moins profond ; lors du sommeil paradoxal, mouvements oculaires rapides plus nombreux, phases plus fréquentes. Explications : tout se passe comme si le rythme des périodes de sommeil paradoxal se décalait de la fin vers le début de la nuit

Sommeil profond et sommeil paradoxal obéissent à des régulateurs différents, celui du sommeil paradoxal étant plus fort. L'hypothèse d'une action de l'acétylcholine, neuromédiateur plus présent dans le sommeil paradoxal, est à vérifier.

Le risque génétique

Les études qui ont le mieux montré l'existence d'un facteur héréditaire dans la dépression ont porté sur les troubles bipolaires. Le risque accru de maladie a été prouvé par l'étude de jumeaux monozygotes.

L'ETAT DEPRESSIF ET LE CERVEAU

L'effet thérapeutique des médicaments antidépresseurs a permis de mieux comprendre le rôle des neuromédiateurs dans le cerveau.

Il existe deux grandes familles d'antidépresseurs : - ceux qui inhibent l'action de l'enzyme, la monoamine oxydase, qui contribue à la dégradation des neuromédiateurs : adrénaline, noradrénaline, dopamine (appelées catécholamines) et sérotonine (groupe des indolamines) : de là le nom de Inhibiteur de la Monoamine oxydase : IMAO

- les tricycliques, issus de l'imipramine, qui empêchent la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine dans les terminaisons nerveuses, maintenant ainsi un taux supérieur de ces amines dans les synapses qui relient entre elles les terminaisons nerveuses.

Monoamines et cerveau

10 000 000 000 000 de neurones dans le cerveau, chaque neurone connecté avec plusieurs milliers d'autres relevant de voies différentes - 1 000 000 000 000 000 de synapses

La synapse (espace organisé dans lequel se déroulent des phénomènes chimiques et parfois électriques) est constituée par la terminaison d'un neurone, la partie terminale d'un axone terminée par une membrane : c'est l'élément présynaptique. En face de lui se trouve la partie extrême d'une dendrite d'un second neurone chargée de recevoir l'information venue du premier neurone : c'est l'élément postsynaptique. Entre les deux membranes, présynaptique et postsynaptique, se situe l'espace inter-neuronal ou intersynaptique, fente dans laquelle se déroulent les phénomènes chimiques qui assurent la transmission de l'information du secteur pré au secteur postsynaptique. Pour chaque synapse, il existe une substance chimique qui assure cette transmission. Fabriquée dans le neurone présynaptique, elle est stockée au voisinage de chaque synapse. Lorsque l'influx arrive à cette extrémité, la substance chimique traverse la membrane et se répand dans la fente synaptique. Elle vient stimuler la membrane du second neurone postsynaptique, et déclenche à l'intérieur de ce second neurone des transformations chimiques qui aboutissent à la mise en route d'un phénomène de transmission électro-chimique qui parcourt le second neurone pour aboutir à d'autres terminaisons synaptiques. Chaque neurone utilise un ou plusieurs médiateurs chimiques. Il existe une affinité particulière entre le médiateur et la membrane postsynaptique. Une partie de celle-ci est composée de protéines qui constituent de véritables cibles spécifiques du médiateur ; ces protéines cibles constituent les récepteurs postsynaptiques. Précisons que certains récepteurs existent également sur la membrane présynaptique ; ils assurent un mécanisme de régulation rétroactive en freinant la libération du médiateur. La médiation chimique se déroule en un temps très bref, un à deux millièmes de seconde ; rapidement la quantité présente dans la fente doit être dégradée et éliminée dans le liquide céphalo-rachidien et le sang, ou synthétisée à nouveau dans le neurone.

La sérotonine et la noradrénaline jouent un rôle important dans certaines voies neuronales centrales ; elles sont liées à des activités vitales assez élémentaires comme la régulation de l'humeur. Mais d'autres pistes (au niveau de la biologie moléculaire, des phénomènes inframoléculaires qui intéressent les ions sodium, leur liaison avec les ions lithium, efficaces dans le traitement des troubles bipolaires) sont à l'étude.

Il faut éviter de trancher entre les explications biologiques et la psychogénèse de la maladie, éviter de choisir les unes en éliminant l'autre. Les données empiriques suggèrent que nous retenions un modèle d'interactions réciproques dans lequel les contraintes d'ordre psychosocial entrent en équilibre ou en compétition avec des contraintes d'ordre neurophysiologique.

Un tel modèle invite à se représenter l'état dépressif comme une réponse à des incitations d'ordre social et psychologique et comme la mise en place d'un dispositif neurophysiologique produisant cette réponse.

LA REPONSE DEPRESSIVE

Quelle est la signification du phénomène dépressif, sachant que la dépression est généralement considérée comme une forme majeure, pathologique des altérations de l'humeur celles que tout un chacun éprouve à des degrés divers et transitoires et qui sont considérées comme normales (en mineur), sachant aussi que le dérèglement de l'humeur affecte les réponses émotionnelles en les colorant de tristesse² ?

A cette conception classique, on peut opposer deux questions : la dépression constitue-t-elle nécessairement un dérèglement pathologique de l'activité ? et dans l'hypothèse où la dépression représenterait un mode de réponse normal de l'organisme ayant sa propre finalité adaptative, la réaction affective de tristesse est-elle bien la caractéristique primaire et fondamentale de cette réponse ?

Peut-on parler d'une dépression du nourrisson ?

On connaît un état pathologique du jeune enfant (entre 6 mois et 3 ans) séparé, brutalement et de manière prolongée, de sa mère = dépression anaclitique chez 20% des enfants qui vivent cette expérience. A une phase de lutte qui se manifeste par des cris, de l'agitation, succède une période de calme où l'enfant devient apathique, indifférent ; lorsque la séparation prend fin l'enfant retrouve son état normal ; mais souvent il se montre indifférent et hostile. Peut-on parler réellement d'une dépression, dans la mesure où il ne verbalise pas sa tristesse et où son appareil psychique est peu développé ? On peut penser que l'expérience confuse d'un manque entraîne la réponse d'apathie et de désintérêt, accompagnée d'une sensation pénible. La dépression apparaît plus alors comme une réponse innée à une situation catastrophique qui vient désorganiser le système d'interactions précoces entre la mère et l'enfant.

Perdre tout espoir

Cette manière de voir a inspiré à de nombreux psychanalystes une théorie de la dépression comme réponse à l'expérience de perte. La dépression de l'adulte serait une reviviscence d'une organisation infantile caractérisée par un sentiment d'impuissance. Le sujet, pour se protéger contre une relation ambivalente à l'objet, faite de haine et d'amour, utiliserait le retrait comme défense contre cette contradiction interne (H. Guntrip 1962) Cette interprétation permet de porter une attention nouvelle à l'aspect « dévitalisé » des personnalités dépressives et invite à rechercher l'explication de la fatigue et de l'épuisement de ces patients autrement qu'en évoquant l'effet de la tristesse. Le désir de régresser vers une attitude d'abandon devient la réaction fondamentale à l'expérience de perte. Lorsque la capacité de lutte prédomine, la culpabilité, l'auto-dépréciation et les manifestations délirantes demeurent au premier plan. Quand ces possibilités se révèlent insuffisantes, le retrait devient la seule solution. Dès lors la voie est ouverte à une théorie concevant la dépression comme réponse émotionnelle de

² Les autres symptômes découlant de cette tristesse

base associant des traits comportementaux, affectifs et physiologiques qui visent à protéger le sujet contre la douleur morale. (Sandler et Joffe 1969) La douleur morale apparaît comme un affect qui déclenche la réponse et, en même temps comme la conséquence de cette réponse, liée au sentiment d'impuissance.

Une telle évolution des idées témoigne d'un retour à la conception darwinienne de l'affect. Celle-ci considérait l'émotion comme le résidu d'un comportement qui, chez d'autres espèces animales, avait une finalité adaptative : l'angoisse pour la lutte contre les tensions intérieures et les dangers extérieurs, le repli comme une attitude protectrice, une forme d'hibernation qui permet au sujet de survivre quand il ne possède plus la possibilité de lutter.

Modèles animaux - Dépression animale, dépression humaine

Des expériences de séparation du petit d'avec sa mère sur de singes macaques Rhésus ont apporté des réactions similaires à celles de l'enfant : lutte, puis apathie. La réaction dépressive se manifeste aussi chez des animaux qu'on a mis dans une totale situation d'impuissance. On peut même parler de « désespoir appris » quand l'expérience est renouvelée. Ce type d'expérience permet d'isoler un mécanisme élémentaire de la dépression commun à l'animal et à l'homme. L'idée maîtresse qui se dégage de ces données expérimentales, est que la dépression n'est pas un accident, mais une réponse active à une situation catastrophique.

Cependant chez l'animal, dès qu'on met fin à la situation d'impuissance, la dépression cesse, et elle est une réponse à une situation extérieure. Chez l'homme cette réponse n'est pas seulement liée à des événements réels précis, mais elle dépend de toute l'organisation mentale.

Faire le mort

La théorie de la réponse dépressive a pour elle d'expliquer aisément le continuum entre le normal et la pathologique, la fonction adaptative de la réponse normale (cf travail de deuil), l'intrication étroite des causes physiques et morales ; elle montre que les signes de la dépression témoignent d'une attitude de figement qui s'accompagne de tristesse. Le ralentissement ou l'inhibition psychomotrice, variable d'un individu à l'autre, et chez le même individu à différents moments de la journée, est connu depuis toujours ; on l'a un peu négligé au profit de la tristesse, puis récemment on a reconnu son importance. Cela est dû en grande partie aux médicaments antidépresseurs qui ont une action plus rapide sur l'inhibition que sur la douleur morale.

CONCLUSION

A la question « pourquoi est-on déprimé ? », substituons les questions « comment devient-on déprimé ? » « Comment le demeure-t-on ? » « Comment guérit-on ? »