



SOPHROS

Une dépression salutaire !

...

H. se donne à fond dans son travail; il occupe un poste d'un niveau hiérarchique supérieur à celui pour lequel il est rémunéré; mais il entend bien faire ses preuves à ce poste et obtenir ainsi une revalorisation de son salaire, encouragé dans cela par son supérieur hiérarchique immédiat. Au bout de 4ans de labeur acharné, celui-ci annonce à H. qu'il lui laisse le soin de fermer leur établissement, alors que lui-même part prendre une promotion dans un autre établissement de l'entreprise. H. se sent trahi et voit alors s'écrouler tout son rêve de promotion. Lui-même s'écroule aussi, au propre comme au figuré, dans une sorte de prostration hébétée : son médecin traitant diagnostique une dépression et lui prescrit du prozac et un arrêt maladie. Une dizaine de jours plus tard, il est de nouveau sur pied et accepte un nouveau poste présenté comme « prometteur » dans lequel il se donne à nouveau à fond jusqu'à ce que ...

H. vient me voir à mon cabinet : il se présente à moi comme souffrant de dépression et me montre l'ordonnance du médecin qui lui a prescrit, encore, du prozac. Il dit « aller mieux » depuis la prise de ce médicament, mais craint une rechute à la fin de son traitement et surtout s'étonne de cette guigne qui le poursuit!

La dépression : comment se manifeste-t-elle ?

Selon qu'il soit sévère, chronique, réactionnel (en réaction à un événement précis), unipolaire ou bipolaire (c'est à dire alternant avec des épisodes d'hyper-activité), l'état dépressif peut se manifester de différentes façons, avec des intensités variées. Il y a cependant des signes constants et précis qui, pris ensembles et sur une durée de plusieurs semaines, autorisent à parler de dépression :

- une humeur triste et morose, avec parfois un sentiment de culpabilité,
- un discours plaintif, pessimiste, auto-dévalorisant, ne retenant que l'insatisfaction et les échecs, répété inlassablement,
- un manque d'investissement dans toute forme d'activité, de projet,
- un ralentissement psycho-moteur se traduisant par l'indécision, l'apathie, la fatigabilité
- des manifestations somatiques telles que des troubles du sommeil et la perte de l'appétit.

Dans les formes plus sévères ou réactionnelles peuvent se manifester des états d'hébétude, des délires, des comportements de retrait social et

des tendances suicidaires.

Pour les formes bipolaires, alternent de tels épisodes dépressifs avec des épisodes dits maniaques, caractérisés par une humeur euphorique, un discours passant du coq à l'âne et exposant une estime de soi démesurée, une hyper-activité souvent improductive et une insensibilité à la fatigue et à la faim, qui conduit à l'épuisement des ressources énergétiques.

Statistiquement, les troubles dépressifs, quelque soit leur forme, se manifestent le plus souvent chez les 15-25 ans et chez les 50-70ans.

La dépression : à quoi c'est dû ?

Chaque spécialité scientifique a son discours pour expliquer la dépression :

- Pour les neurologues, un mauvais fonctionnement des circuits neuronaux impliquant des neuromédiateurs (substance chimique permettant la transmission de l'information entre deux neurones) tels que la noradrénaline ou la sérotonine, contribue à la dépression chez certains individus; la noradrénaline et la sérotonine ont des fonctions globalement stimulantes; les circuits neuronaux utilisant la noradrénaline sont surtout impliqués dans le système nerveux orthosympathique (système nerveux végétatif), donc dans les comportements de lutte ou de fuite; ils jouent aussi un rôle important dans l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage; les circuits neuronaux utilisant la sérotonine sont surtout impliqués dans le système nerveux central, et notamment dans l'activité motrice, le contrôle moteur, mais aussi dans la thermo-régulation, les comportements alimentaires et sexuels, le cycle veille sommeil, la douleur et l'anxiété; une cause génétique est évoquée pour expliquer un déficit de ces neuromédiateurs; des dérèglements hormonaux peuvent également être liés à la dépression, en particulier un déficit en hormones thyroïdiennes, qui interviennent dans le métabolisme énergétique;
- Les psychologues comportementaux attribuent la dépression à l'absence relative d'éléments « renforçateurs », c'est-à-dire d'éléments qui motivent le comportement actif (encouragements, récompenses, punitions), dans l'environnement du dépressif; soit ces éléments sont trop rares, soit ils sont trop abondants ou non pertinents et perdent de leur valeur, soit le dispensateur de ces renforcements a disparu;
- Pour les psychologues cognitivistes, il s'agit d'une perturbation dans le traitement mental de l'information : le dépressif est persuadé de n'avoir aucun contrôle sur les événements et fonctionne avec la conviction que, quoiqu'il fasse, il ne pourra éviter ce qui est négatif dans la vie; en outre, le dépressif perçoit son comportement comme indépendant de tout renforcement; d'autre part, les cognitivistes mettent l'accent sur la corrélation forte entre dépression et manque d'estime de soi, d'où l'apparition de distorsions cognitives secondaires dans le traitement mental de l'information chez le dépressif : l'information est déformée pour renforcer sa conviction qu'il n'est bon à rien;
- Les psychanalystes font un parallèle entre le deuil et la dépression mélancolique : ils se manifestent tous deux par de la morosité, une suspension d'intérêts pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, et de l'inhibition; le dépressif manifeste en plus des auto-reproches et une diminution de l'estime de soi, qui n'apparaît pas chez l'endeuillé; le dépressif a perdu quelque chose qu'il ne distingue pas clairement (une personne aimée, mais ça peut être aussi une idée particulièrement importante pour lui); comme il ne sait pas à qui adresser ses reproches, il se les adresse à lui-même; c'est cette confusion qui l'empêche de se convaincre de la perte et d'en faire le deuil; la dépression affecte plus particulièrement les individus qui, au cours de leur développement psychique, ont eu à subir un défaut d'étayage précoce, et qui recherchent en permanence cet étayage dans leurs relations d'adulte.

Ces différents angles d'approche de la dépression se complètent sans s'exclure.

De mon point de vue, ce qui est pathologique n'est pas tant la dépression, mais bien l'acharnement hyper-actif dans une stratégie vouée à l'échec, à l'épuisement et à la mort, comme le montre l'expérience de laboratoire suivante : un rat sain plongé dans une cuve d'eau, aux bords lisses, où il n'a pas pieds, se rend vite compte que ses efforts pour nager et tenter de prendre pieds sur le bord de la cuve sont vains; il se met alors à faire la

planche ! Une prise de sang effectuée à ce moment révèle un déficit d'hormones thyroïdiennes chez ce rat; l'injection de ces hormones à ce même rat lui fait abandonner cette attitude d'attente patiente; il s'active à nouveau, tentant de se sortir de cette situation périlleuse, jusqu'à l'épuisement et la noyade.

Il est cependant manifeste que la dépression est montrée comme une maladie, comme un échec adaptatif, par une société qui valorise à l'extrême l'activisme, l'exploit et la performance.

La dépression : comment s'en occuper ?

Le traitement médicamenteux enrayer certes le mécanisme neuro-chimique de la dépression, mais ne traite pas sa cause : si votre voiture dérape et provoque un accident, c'est certes parce que vos pneus sont usés, mais c'est aussi parce que le conducteur a négligé d'entretenir ses pneus, ou parce qu'il roule trop vite par rapport à l'état de ses pneus et celui de la route, ou encore parce qu'il a l'habitude de freiner ou d'embrayer brutalement, ce qui use prématurément les pneus; changer les pneus pour ne plus avoir d'accident n'est donc pas suffisant; qui plus est, accuser la qualité des pneus déresponsabilise le conducteur, l'empêche de remettre en question et de changer sa conduite.

Au début du processus de psychothérapie, H. se rendit compte, progressivement, de son comportement compulsif à relever des défis souvent démesurés, en décalage avec ses capacités réelles du moment, avec les circonstances et même avec ses propres goûts; ce n'est que dans la sécurité affective apportée par le thérapeute qu'il put vivre et exprimer la colère générée par l'injustice de cette situation. Puis il prit conscience que, par son comportement, il tentait de satisfaire un besoin démesuré de reconnaissance et d'appartenance; il prit conscience de cette carence et put la relier à une enfance marquée par la peur du rejet et de l'abandon; cette peur, il l'avait jugulée par un conformisme appliqué aux exigences démesurées de ses parents, ... tout comme il tentait aujourd'hui de se conformer aux exigences démesurées de ses patrons; cette injustice encore plus grande le révolta, le menant à des paroxysmes de rage, cette rage accumulée par tant d'années de contrainte, qu'il put exprimer enfin en toute sécurité face à son thérapeute. Petit à petit, H. dépassa sa colère et apprit à apprivoiser sa peur du rejet et de l'abandon, cette menace qui avait terrorisé le petit garçon qu'il avait été. Enfin, H. toucha le désespoir du petit garçon qui réalise que ses propres parents n'ont pas été à la hauteur de la confiance qu'il leur avait accordée; il put vivre sa dépression en sécurité, dans la sécurité affective prodiguée par le thérapeute. A partir de ce moment, et seulement de ce moment là, H. put renoncer à satisfaire jamais ses parents, ou tout autre autorité parentale; il put renoncer à l'image idéalisée, sans tort, de ses parents ainsi qu'à l'enfant idéal, parfait, qui aurait plu à ses parents.

Seul ce processus thérapeutique, un processus de deuil, a permis à H. de sortir définitivement et de sortir grandi de la dépression.