

La vulnérabilité dépressive

Dr méd. Pierre-Alain Matile, psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents FMH
15.02.2007

La dépression se caractérise par de la tristesse et de l'inactivité ou une adynamie, bref une capacité limitée à se réjouir de la vie. Connue autrefois sous le terme de mélancolie, elle est décrite cliniquement aujourd'hui comme des perturbations de différentes sphères telles que celle de **l'humeur** (irritabilité, tristesse, désespoir), **des cognitions** ou pensées (manque d'estime de soi, pessimisme sur l'avenir, vision négative de son entourage, culpabilité, indécisions, sentiments de honte ou d'échec, **motivationnels** (évitement, suicide, dépendances, aboulie), **psychomoteurs** (inhibition, agitation, diminution ou augmentation de l'activité) et enfin **physiques** (appétit, insomnies, hyposexualité, fatigabilité et perte de concentration) avec **plaintes somatiques** (membres, tête, dos abdomen, signes neurovégétatifs d'angoisse).

Cet état est défini en médecine selon certains critères dans les grands « catalogues », renouvelables par décades, que sont devenus le DSM IV-TR ou la CIM 10 de l'OMS (plus qualitatifs), référence de santé suisse. Il reflète le résultat du consensus admis de la plupart des pays anglo-saxons et du monde occidental par des experts internationaux désignés, de différentes cultures et orientations d'école (psychanalyse, cognitivistes, comportementalistes). Les diagnostics décrits dans ces ouvrages donnent une définition de la maladie dépressive selon la méthodologie médicale de Claude Bernard, avec un modèle étiologique bio-psycho-social, avec description, diagnostic différentiel et diagnostic sans spécifier de traitement. Cette approche se veut de faciliter la recherche et les définitions des sous-types cliniques où les troubles de l'humeur prédominent. C'est ainsi qu'aujourd'hui on distingue, outre les troubles bipolaires, les troubles dépressifs majeurs uniques ou récurrents, les troubles dépressifs dysthymiques, les troubles de l'adaptation, les troubles induits par des substances organiques (alcoolisme, toxicomanies). Cette démarche catégorielle médicale permet l'étude de chaque entité. Pour avancer dans la discussion, je proposerai au lecteur de parler en terme médical de syndrome dépressif ou de dépression pour l'ensemble de ces troubles de l'humeur. (1,2)

Les comorbidités

La comorbidité somatique, aussi en référence à l'organogénèse associe fréquemment les troubles dépressifs à d'autres maladies (thyroïde, diabète, cancers, troubles cardio-vasculaires, hypertension artérielle, surrénales, etc.) telles que toutes maladies chroniques plus ou moins réversible dans un moment précis de son évolution. Elle devrait pouvoir permettre de distinguer les lésions tissulaires ou les dysrégulations cérébrales neurobiochimiques (noradrénergique, sérotoninergique, monoaminoadrénergiques, etc.), propres à chacun de ces troubles. Les dysfonctions des neurotransmetteurs sont plus reconnues pour le choix des stratégies thérapeutiques médicamenteuses, que pour la connaissance des mécanismes d'action au niveau des synapses dans l'étiologie de chaque forme clinique de dépression. Ceci laisse ainsi le champ aux psychologues d'en parler en termes de traits, de tendances, plus analytiques au sens large, et non en termes catégoriels, mettant l'accent étiologique davantage sur la psychogénèse du trouble.

Cette comorbidité somatique ne doit pas faire oublier une autre complexité, **la comorbidité psychiatrique**, qui est en fait la norme. La dépression est en effet presque toujours superposée à d'autres troubles psychiques, tels les troubles anxieux, psychotiques, du comportement alimentaire, etc., tous également situés sur l'axe I, comme le diagnostic principal, et s'y superposer. De plus. Il existe ceux de l'axe II des classifications internationales qui concernent le niveau intellectuel, les troubles spécifiques de l'apprentissage et de la personnalité. Cette diversité ou kaléidoscopie rend difficile l'évaluation de chacun des tableaux cliniques de chaque patient et ne rend pas l'évolution toujours prévisible, comme souvent dans un cadre médico-légal.

Chaque patient, avec ses particularités psychopathologiques, demande ainsi une spécificité de traitement ou une démarche thérapeutique sous forme de psychothérapies et de médicaments adaptée à ses besoins et à son évolution. Il ne s'agit pas d'appliquer des critères épidémiologiques de troubles simples en utilisant des pourcentages de tout ce que l'on voudra pour choisir des prestations à fournir dans les normes et doses du Compendium des Médecins Suisses, mais conseiller et soutenir des personnes malades prises dans d'importantes implications sociales, de façon participative, dans leur recherche d'une meilleure santé. Car si la recherche fondamentale doit se centrer idéalement sur les maladies ou les troubles, **ce sont des personnes que l'on soigne.**

La dépression sociale

Mais c'est sur le plan social que le problème devient de plus en plus aigu actuellement. Il prend le devant de la scène. Car les réalités sont là : le syndrome dépressif est **fréquent** (soit de **15-20% de prévalence** dans la population, **souvent ignoré** tant par les patients que par leur médecin, pourtant **facile à reconnaître** en tant qu'état ou syndrome. Il est **souvent grave**, facilement **traitable** en tant qu'épisode, par une pratique correcte et cohérente, **mais malheureusement aussi récurrent.** Et c'est là qu'est justement la difficulté de son traitement et le sujet de mon propos.

Les symptômes de dépression représentaient aux USA en 1988 la cinquième maladie la plus diagnostiquée dans les cabinets des médecins où, pourtant, on considérait à l'époque que la moitié des cas de dépressions restaient ignorés du médecin et du patient qui venait demander qu'on l'examine au sujet de ses plaintes somatiques : fatigue, insomnies, douleurs. L'examen du médecin se centrait alors sur les plaintes, les symptômes subjectivement ressentis. La dépression n'était souvent **ni reconnue ni traitée !** (3)

Plus de 50% des patients qui ont eu un premier épisode d'état dépressif majeur en auront d'autres, avec ou sans décret du Conseil Fédéral. Il ne faut pas oublier que la dépression est associée à 80% des suicides réussis (sur 10 fois plus de tentatives aux USA.). La dépression est une maladie qui **persiste énormément.** Le handicap social en découlant se doit d'être traité par la société, tant pour son propre fonctionnement que **dans l'idée d'une assistance à personne en danger.** Car **il faudra toujours le répéter, le risque suicidaire et de mort est toujours réel et nécessite que l'on définisse ce syndrome comme une maladie dont on peut mourir.** On sait aussi qu'outre le suicide, le risque d'accidents mortels augmente, de même que la mort par exacerbation des maladies somatiques (par augmentation de la douleur, non observance de traitement ou de régimes, diminution du réseau social naturel, dysrégulation hormonale et immunologique). Même si l'on sait qu'un épisode

dépressif non traité dure de 6-24 mois et que les 2/3 tiers de ces dépressions non traitées guériront spontanément, que peut-il arriver, et à qui, durant ce laps de temps ?

Le handicap social (les conséquences) de la dépression serait aussi important aux USA, il y a 20 ans que celui des maladies coronariennes ou des maladies chroniques des poumons, sans parler de l'arthrose. Les coûts directs engendrés par le traitement de la dépression, sont bien moindres que ceux, indirects, de la perte de fonctions, de la stigmatisation ou de l'incompréhension sociale de cet état, de l'absentéisme au travail, sans compter la paupérisation de l'entourage par les conséquences relationnelles (tels un divorce ou un suicide). Tout ceci engendre un syndrome extrêmement coûteux, non seulement pour le budget médical, **mais aussi** pour le budget social.

La vulnérabilité dépressive

Chacun des lecteurs ou des médecins auront pu constater que ses patients ne sont pas tous égaux devant l'adversité. Comment expliquer à une calculatrice ou à une courbe de Gauss polythétiques éphémères que Monsieur X. fait plus facilement une dépression que Madame Y qui a pourtant des antécédents médicaux personnels ou familiaux meilleurs qualitativement et quantitativement, que ce soit en termes évènementiels ou de facteurs de stress environnementaux.

Une perspective classique suggère à première vue que les gens déçus et moyennement dépressifs devant certaines adversités auraient une dépression relativement calibrée individuellement aux évènements déclencheurs uniques, épars et/ou successifs. Il paraîtrait normal que vous soyez atteint de dépression parce que votre enfant meurt ou que votre femme demande le divorce, mais non si vous recevez une contravention de stationnement. Mais si nous imaginons maintenant que chacun de nous a un seuil dépressif polygéniquement et constitutionnellement déterminé, notre vulnérabilité est donc différente. Force nous sera encore de constater que certaines personnes **ayant des seuils dépressogènes excessivement bas** déclenchent une **dépression grave et récurrente**, en regard de très minimes évènements déclencheurs.

Certaines familles sont plus touchées par la dépression que d'autres. La question ne se pose plus actuellement en termes de dualité nature-culture, mais en termes d'interactions entre des gènes et un environnement qui travaillent séparément et/ou ensemble **au développement** et au **maintien** du syndrome dépressif. Un consensus scientifique se dégage aujourd'hui sur l'importance de l'attitude parentale (p. ex. l'hyperprotection ou le rejet, ou tout attachement insécure, ambivalent ou désorganisé). Celle-ci nous est transmise par nos propres familles d'origine, au travers des caractéristiques génétiques et tempéramentales de chacun de ses membres et qui déterminent la personnalité de chacun. Le **parentage**, au même titre que l'histoire familiale avec ses mythes, ses règles, sa structure, son fonctionnement et l'environnement familial avec des signes directs et indirects, des conflits interpersonnels parentaux (séparations, divorces), des secrets familiaux, la psychopathologie parentale et les ressources financières étant autant de facteurs de risques ou « causes » proximales ou distales, qu'il pourrait être fastidieux d'énumérer. A l'inverse, il existe des facteurs protecteurs que ce soit au niveau individuel, familial ou sociétal et on parlera de syndrome d'invulnérabilité, ou de résilience. (4)

De toutes ces variables dépendra la manière dont l'individu soumis à un « milieu » donné sera plus ou moins sensible au stress. Ce concept de stress est d'ordre psychophysiologique tant pour ses déclencheurs que par ses effets physiques et psychologiques et c'est certainement lui qui produit de manière centrale la dépression, par l'intermédiaire de frustrations et d'angoisses chroniques, de perceptions et interprétations réalistes ou anticipées, de cognitions dysfonctionnelles et leurs automatismes, et finalement du parcours de vie (ou les événements vécus ou perçus comme tels) par chacun. Une compréhension éthologique et évolutionniste permet d'y trouver une certaine logique, surtout de nombreux ponts entre biologie, psychologie et société.

La vision éthologique ou évolutionniste

Tout d'abord, cette approche ne définit pas une maladie ou un trouble du comportement comme présentement mal adaptés ou anormaux, selon des critères statistiques du moment sur le comportement ou les normes biologiques de toute une population. Elle ne présume pas non plus de ce qui est bon ou mauvais, désirable ou non en termes de perte de contrôle, de désavantage, de rigidité et irrationalité, ou encore de détresse subjective, bizarrerie, handicap social, ou inefficacité personnelle, comme dans le DSM-IV par exemple. Par contre, si la fonction (buts assignés ou résultat prévisible) de certains mécanismes bio-comportementaux est identifiée, la dysfonction se définit par l'échec de son rôle, ceci dans le contexte où il était censé servir à l'adaptation de l'organisme à son milieu.

Nous, humains, sommes tous des primates qui se différencient des autres espèces apparentées, non seulement par des différences biologiques mais aussi par une autre forme de société et, surtout, par une culture dont la continuité et l'évolution transcendent le problème de la survie individuelle. C'est aussi ce qui fait l'importance de la dimension sociale et culturelle des dysfonctions comportementales et/ou maladies psychiques. L'équipement instinctif de l'homme s'est fabriqué durant 2 millions d'années dans ce que les éthologues évolutionnistes ont nommés l'environnement d'adaptéitude évolutionniste. Celui-ci a été relativement stable jusqu'à ce que, en quelques millénaires, la rapidité des changements a largement dépassé l'allure à laquelle la sélection naturelle a pu opérer. Ainsi, une multitude de conditions de vie, de cultures, mais aussi des rectifications comme, par exemple, les capacités d'apprentissages, a permis une adaptation sociale forcée. Des comportements moins instinctifs et plus socialisés ont émergé pour venir contrarier une vie instinctuelle profondément ancrée dans la lente évolution de tout comportement de survie humain. Le mot comportement est ici compris comme ce qui est observable d'une action plus ou moins complexe, résultant de stimuli environnementaux objectivables, mais déformés par le filtre individuel de la pensée, du vécu émotionnel donneur de sens, auxquels nous avons accès par ce que l'individu nous en dit ou communique.(5,6)

Les 3 thèmes principaux

Plus systématiquement, il existe 3 types d'interactions proximales et distales de la dépression : chacune se déclenchant par des événements extérieurs ou intérieurs (déclencheurs physiologiques de stress) A chaque existence individuelle se joue un parcours contre l'adversité propre à chacun. Il y a des gains et des pertes (mariages, naissances, séparations, décès, un métier, une sécurité financière, une santé ou une réputation). Ceux-ci compromettent des buts plus distaux (tels la capacité reproductive, la cohésion sociale) qui

vont dans le sens principalement de la survie de l'espèce, à travers celle de l'individu. Ainsi donc, la dépression devient à la fois un signe d'appel de l'individu qui se ressent dysfonctionnel et aussi une réaction émotionnelle régulatrice et adaptative de celui-ci à son milieu. (7)

Ces thèmes archétypiques bien connus sont d'abord le **besoin de liens affectifs privilégiés**, dont le représentant le plus connu est Bowlby, l'éthologue humain par excellence qui finit par être assimilé, non sans peine dans l'école psychanalytique, avec sa théorie de l'attachement (et du détachement, séparations et pertes) La théorie de Bowlby affirme que l'attachement est une réponse adaptative à la séparation ou à la perte de la figure d'attachement. C'est alors que l'angoisse de séparation sera le mécanisme par lequel le lien sera maintenu, plus ou moins sainement. (5)

La théorie de la perte du rang ou du statut social est une autre réponse où l'individu se conçoit comme un loser, dans un processus d'accommodation (selon Piaget) de ce nouvel état. Alfred Adler avait déjà introduit le concept de complexe d'infériorité et de recherche de compensation pour ce sentiment. C'est toutefois Chance et Price(1968) qui ont fait le lien entre le rôle de la subordination involontaire et la dépression. L'effet recherché par la dépression est d'inhiber un état conflictuel pour préserver la stabilité du groupe et diminuer ainsi la compétitivité dans le groupe d'appartenance sociale. Il permet aussi à l'individu, de faire le deuil ou d'accepter son nouveau statut. Beck, célèbre psychiatre cognitiviste distingue d'ailleurs la dépression par *déprivation* (causée par la perte de liens ou d'affiliation), de la dépression par *défaite* (causée par l'échec à atteindre le but désiré).

La dernière grande fonction de la dépression est **l'échec dans la résolution de conflits interpersonnels** qui remet ainsi en cause la capacité individuelle de s'engager dans des comportements dits agonistes ou clairement compétitifs, alors même que les parties antagonistes sont interdépendantes. C'est une situation de communication que les systémiciens qualifient de paradoxale. L'interprétation est centrée sur le fait que la dépression, accompagnée de négociations ritualisées, nous préservera d'une plus grande perte, et permettra d'interrompre et stopper un système de relation qui réduira, par la suite, l'intensité et la durée de cet état conduisant à une perte d'énergie futile pour tous.

J'espère avoir par cet article, destiné à un journal médical, établi un survol de toutes les facettes de la dépression, sans entrer dans les stériles luttes d'école, plus ou moins corporatistes, et surtout en évitant des diarrhées de chiffres qui feraient le bonheur des Asperger de notre profession, mais qui ne les aiderait pas à pondérer les facteurs en causes chez un malade donné, pour mieux le soigner. Et comme mot de la fin, je veux dire aux autorités et à santéuisse que si les coûts et des chiffres sont là, les nôtre , à nous médecins sont au moins associés à une recherche de résultat , de guérison et de confort dans la vie des citoyens, capital humain négligé par nos grands argentiers de tous acabits.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ème Edition, Text Revision, Washington, 2000
2. Classification Internationale des Maladies, 10 ème révision, OMS, Genève
3. James L. Jacobson, MD, Alan M. Jacobson, MD : Psychiatric Secrets, 2^{ème} Ed. Hanley and Belfus, inc., Philadelphia, 2001
4. Jennifer L. Hudson, Ronald M. Rapee: Psychopathology and the Family, Elsevier 2005
5. John Bowlby : L'attachement, tome 1, le fil rouge, PUF, Paris, 1978
6. Michael McGuire, Alfonso Troisi: Darwinian Psychiatry, Oxford University Press, 1998
7. David M. Buss: Evolutionary Psychology, Allyn and Bacon, 1999
8. Anthony Stevens and John Price: Evolutionary Psychiatry, A new beginning, 2ème Ed. Routledge, 2000