

JE VAIS CRAQUER

A celles et à ceux qui souffrent
et à la mémoire de ceux rappelés trop tôt par la nuit

Le père François, cinquante-six ans, était bien connu dans le village pour avoir ses humeurs, comme on dit.

Par périodes, il paraissait taciturne, grommelait quelques mots, répondait à peine quand on lui parlait. Il se déplaçait lentement, d'un pas pesant, n'allait plus aux matchs de football le dimanche... De temps en temps, le père François lâchait d'une voix sourde « j'va m'accrocher ». Un jour, il s'est pendu.

LA DÉPRESSION

LES PERSONNES DÉPRIMÉES

Attesté en français depuis 1308, ce mot vient du latin *depressio*, ce qui signifie « enfoncement ». Il est entré tardivement dans le langage médical et psychiatrique, vers 1870, où il a désigné un état mental pathologique caractérisé par de la lassitude, du découragement, de la faiblesse, de l'anxiété.

La dépression
p. 1

Le suicide
p. 11

Le mot dépression s'est progressivement substitué au terme mélancolie pour désigner une modification de l'humeur dans le sens d'une tristesse pathologique accompagnée de ralentissement psychomoteur, de signes somatiques (fatigues, troubles de l'appétit et du sommeil), souvent d'idées suicidaires et parfois d'idées délirantes.

La dépression n'est pas un privilège de classe, de nantis, réservé aux populations dites évoluées. On se déprime à Paris comme à Dakar, en Bretagne comme dans le Sahel, à Avranches comme aux Iles Kerguelen. On se déprime que l'on soit chirurgien, maçon, forestier, pêcheur, homme ou femme, adolescent, adulte ou vieillard, noir ou blanc... On se déprime que l'on vive à Tahiti ou dans une cité en Seine-Saint-Denis, près des cocotiers ou de l'autoroute. On se déprime riche ou pauvre, célibataire ou marié, père ou mère de famille ou sans enfant, que l'on ait tout pour être heureux, selon une certaine expression, ou pauvre comme Job.

Au cours d'une vie, on a 5 à 10 % de risques de faire une dépression. Ces chiffres, déjà importants, sont sous-estimés. En effet, une large proportion de déprimés ne consulte jamais ou n'est pas repérée. Beaucoup de déprimés échappent ainsi à tout regard médical. Certains consultent un médecin généraliste et seulement une infime minorité prendra rendez-vous avec un spécialiste.

Le nombre de déprimés de par le monde croît en même temps que l'espérance de vie. Il croit aussi du fait des transformations rapides du milieu physique et social pour chacun d'entre nous. Ces transformations constituent des stress psychosociaux, des adaptations imposées.

Ainsi, la dégradation qualitative de l'emploi est manifeste depuis quelques années et découle d'une modification profonde des règles du partage du pouvoir de décision, des résultats des fruits de l'entreprise, du travail lui-même par les affectations et du statut des salariés.

C'est par son activité, par son travail, que chacun s'intègre à la société. C'est l'intégration à la communauté de travail qui amorce l'insertion de chacun dans la société globale.

Le problème de notre époque est donc l'emploi, mais également l'insertion. Celle-ci suppose une convergence de volontés :

- celle du salarié, dans la qualité des contributions qu'il souhaite apporter à l'employeur ;
- celle de l'employeur, dans sa volonté de faire concilier au mieux le développement de l'entreprise et celui des personnes qui la composent.

La dépression survient lorsque le sujet ne peut s'adapter à une situation nouvelle. La vie moderne impose à chacun de nous de nombreux changements dans les mœurs, les modes de vie, les possibilités de travail. Ces transformations peuvent conduire à des réactions dépressives.

La dépression est une vraie maladie, avec des symptômes précis et d'autres atypiques, une véritable souffrance qui échappe à ceux qui la côtoient. Il s'agit d'une maladie confondante parce qu'elle s'accompagne de tristesse, de fatigue, sans lien avec les problèmes de la vie quotidienne. La dépression est une maladie qui se soigne et non une fatalité dont on ne voit pas la fin.

Il existe de nombreuses variantes de cette affection largement répandue à travers le monde. Elle peut survenir à tout âge, isolément ou associée à d'autres troubles psychiques ou à des maladies physiques. Quand elle alterne avec des états d'excitation, elle constitue la maladie maniacodépressive appelée aussi trouble bipolaire.

L'évolution et le pronostic des états dépressifs ont été transformés par l'apparition des traitements médicamenteux antidépresseurs à la fin des années 1950. Les autres types de traitement, en particulier psychologiques, ont également une place dans la prise en charge des patients atteints de dépression.

LA MALADIE DÉPRESSIVE

En sortant de chez son médecin, Paul rencontre un ami de longue date à qui il confie qu'il souffre de dépression. La nouvelle sidère ce dernier, le laisse incrédule. « Il est fou ton médecin, il voit des déprimés partout ! Allons, mon vieux, t'es fatigué, t'as besoin de vacances... Viens, on va boire un pot. ».

Difficile, en effet, de croire que Paul puisse être déprimé. Il a quarante ans. Il est séduisant, en pleine forme physique. Il vient d'être promu chef du personnel de l'énorme entreprise à laquelle il appartient. Sa femme est ravissante, épanouie, ses deux fils adorables et travaillent bien à l'école.

Et pourtant, depuis trois mois, Paul se réveille à trois heures du matin, pense anxieusement à la journée qui s'annonce, se sent incapable d'affronter les conflits de bureau, transpire d'angoisse, est incapable de prendre une décision. Depuis tout à l'heure, il sait ce qu'il a. Il s'agit d'une dépression.

« Les déprimés sont des gens faibles qui manquent de volonté ». A l'image des dépendants, le grand public porte souvent un jugement sans appel (et dévastateur) sur les dépressifs. Sénèque disait pourtant que **« la volonté ne s'enseigne pas ».**

La dépression est une maladie caractérisée par une altération de l'humeur qui modifie la personnalité. Cette altération n'est pas seulement une manifestation de la tristesse. Il s'agit d'une vraie maladie se manifestant par des troubles psychologiques, physiques et comportementaux qui handicapent la personne concernée.

Les visages de la dépression sont multiples. L'état dépressif habituel, le plus caractéristique, appelé épisode dépressif majeur, a pour symptôme fondamental la tristesse. Toutefois, il s'agit d'une tristesse particulière, plutôt un profond désespoir, un dégoût de la vie, pouvant aller jusqu'à la tentation de vouloir la quitter, une perte de plaisir (anhédonie), une diminution de toutes les sensations (hypoesthésie), un désintérêt pour l'environnement, une vision noire, intensément douloureuse et angoissante de l'existence. La nourriture perd de sa saveur, les couleurs sont ternies.

L'état dépressif s'accompagne de troubles intellectuels, principalement des difficultés d'attention et de concentration, une lenteur dans les idées, une diminution de l'agilité intellectuelle. Le déprimé ne peut pas lire un livre ou regarder un film sans que son esprit s'échappe au bout de quelques secondes. Il peut également lire machinalement, incapable de fixer les phrases, ayant besoin de revenir constamment en arrière.

La dépression se manifeste aussi physiquement par une intense fatigue, un ralentissement des mouvements, une difficulté à démarrer les activités, accompagnée d'une indécision. Le sujet déprimé se sent anéanti, sans volonté, ni énergie. Ses activités sont réduites au minimum.

La dépression perturbe les rythmes biologiques, le sommeil et l'appétit. Le plus souvent, le déprimé se réveille au milieu de la nuit ou en fin de nuit, en étant particulièrement sombre et angoissé. Le sommeil est haché ou l'impossibilité de se rendormir rend la nuit interminable. L'appétit est diminué au point que cette anorexie entraîne parfois un amaigrissement important. Dans d'autres formes de dépression, au contraire, le sujet a tendance à beaucoup dormir (hypersomnie) et à manger plus que d'habitude (hyperphagie), notamment des aliments sucrés.

L'angoisse qui accompagne de nombreux états dépressifs se manifeste par une agitation, des palpitations, des douleurs, un étai sur la poitrine, des troubles digestifs, des tremblements, des sueurs, une attitude apeurée, inquiète, fébrile, une recherche constante de réassurance.

La tristesse se manifeste aussi sur le visage du déprimé dont la mimique est pauvre, le regard sans éclat. Les traits et la posture ont perdu leur tonus. Les vêtements sont ternes, négligés. La journée est parfois traversée par des crises de larmes survenant sans raison particulière ou provoquées par la vision noire que le déprimé se fait de l'avenir, du monde et de lui-même.

Le déprimé a tendance à s'isoler, à fuir le contact avec les autres. Il ne veut plus sortir, ne s'intéresse plus au monde environnant, à l'actualité, aux événements qui touchent ses proches, n'a plus d'activités de loisirs. Il est incapable de se projeter dans l'avenir. Chaque seconde lui paraît une éternité. Son horizon temporel est totalement bouché et les jours semblent une sempiternelle torture.

La fatigue, le manque d'envie, la difficulté à se mobiliser et à se décider confinent parfois le déprimé au lit, dans un état d'incurie. Tout devient un effort insurmontable, comme se laver, se raser, s'habiller, faire le ménage ou la cuisine...

La symptomatologie dépressive connaît souvent des variations au cours d'une journée. L'intensité est maximale au réveil. Affronter une nouvelle journée paraît comme

« soulever une montagne ». Cependant, la symptomatologie se fait moins intense à mesure que la journée avance et l'idée de plonger dans le sommeil apporte un léger répit.

Résumer la dépression à un défaut de volonté traduit donc une profonde méconnaissance de cette affection dont les symptômes sont non seulement très nombreux et particulièrement douloureux, mais aussi échappent au contrôle de celui qui en souffre.

LE DÉPRIME ET LA MANIACO-DÉPRESSION

La manie et la mélancolie représentent les deux pôles de la maladie maniaco-dépressive.

La maladie maniaco-dépressive est une affection de l'humeur. Les oscillations naturelles de l'humeur dépassent largement celles constatées habituellement et s'inscrivent surtout au centre de la souffrance physique. L'humeur gaie peut ainsi devenir euphorique, exaltée, outrageusement expansive et verser dans la manie (sans rapport avec le sens accordé à ce terme par le langage commun). De même, le sentiment de tristesse ou de « blues » peut s'aggraver et évoluer vers une véritable dépression, voire un état de mélancolie accompagnée d'une intense douleur morale représentant la forme majeure des différentes formes de dépression.

Les troubles de l'humeur ont un caractère familial et l'on retrouve souvent la notion de dépression, de suicide ou d'hospitalisation pour exaltation maniaque chez les ascendants.

La majorité des sujets souffrant de maniaco-dépression ne connaissent que des phases dépressives. On les dit unipolaires, à savoir qu'ils ressentent seulement le pôle dépressif de leur maladie. S'ils ne sont pas traités correctement, chacun de leurs épisodes dure de trois à six mois.

Certains alternent entre les phases dépressives et maniaques. Ce sont les bipolaires et, pour eux, le diagnostic est plus facile à établir car le passage d'un pôle à l'autre est très évocateur.

La maniaco-dépression est émaillée de rechutes, peut comporter des symptômes délirants et s'associer à des maladies concomitantes comme la toxicomanie, l'alcoolisme ou la schizophrénie. Enfin, le risque suicidaire est très élevé. Il est de trente fois supérieur à celui de la population générale et 15 à 19 % des patients atteints de cette maladie « réussissent » leur suicide.

La mélancolie

Le terme « mélancolie » désigne en médecine un état dépressif majeur caractérisé par une complète inhibition psychomotrice (malade ne pouvant plus bouger et agir), une douleur morale intolérable, des sentiments de culpabilité et d'indignité intenses, parfois des idées délirantes, le désir et la recherche de la mort. Elle constitue une authentique urgence médicale nécessitant une hospitalisation du malade.

A l'inverse de la manie, la mélancolie s'installe lentement. Le malade se plaint d'abord pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois d'une grande fatigue et de maux de tête. Il souffre d'une insomnie matinale qui va en s'aggravant et se réveille de plus en plus tôt, vers 2 ou 3 heures du matin. Les malades sont réveillés par leur souffrance morale et vivent leur dépression de façon encore plus insupportable à travers le prisme déformant et aggravant de la nuit. C'est à ce moment que risquent de survenir « les suicides du petit matin ».

Les périodes de repos (week-ends et vacances) ne sont jamais réparatrices. La fatigue du malade persiste et il ne parvient pas à se détendre. Il perd ses centres d'intérêts, n'a de goût à rien, ne cherche plus à se distraire et éprouve des difficultés à travailler. Taciturne, sombre et silencieux, il a tendance à s'isoler et à fuir les autres. Il ne fait aucun projet et ne prend aucune initiative. Tout le préoccupe et l'inquiète.

Le malade devient irritable, voire irascible. Il ne supporte plus les comportements habituels des ses proches (conjoint, enfants, amis collègues), ni son environnement (bruits, lumières, musique, transports en commun, embouteillages...). Il récrimine face à ce qu'il considère comme des agressions. Sa morosité s'accroît et se transforme en une tristesse accablante. Sa fatigue fait place à une inertie totale contre laquelle il est incapable de lutter. Il ralentit peu à peu l'ensemble de ses activités, puis les fige complètement. Ses forces l'abandonnent et il a de plus en plus de mal à se bouger. La perte de son élan vital l'empêche alors d'effectuer les gestes du quotidien comme se lever, se laver, s'habiller....

En dehors des symptômes physiologiques, la mélancolie altère intensément l'humeur, rendant cet état extrêmement pénible pour le malade. Il a l'impression de vivre (ou plutôt de stagner) dans un univers glacial, insécurisant, sombre et presque irréel. Il garde une perception du monde « extérieur » mais rien ne peut le détourner de sa souffrance. Les sollicitations de ses proches n'ont aucune prise sur lui, même si ceux-ci lui manifestent de la tendresse et cherchent à le soutenir. Sa pensée se ralentit, il a des difficultés à associer ses idées et se sent paralysé psychologiquement. Tout effort intellectuel (écrire, lire, se concentrer...) devient impossible.

Le malade perd l'estime de lui-même et se reproche de ne plus pouvoir éprouver les sentiments d'autrefois (amour, amitié, intérêt...) envers son entourage. Par contre, il ne reproche rien aux autres mais se considère responsable de ce qui lui arrive. En plus de son angoisse, il se sent incapable, improductif, inutile, indigne de vivre et d'être aimé. Tout lui paraît vain, sombre et sans espoir. Il ressasse les événements du passé et se culpabilise pour des « fautes » minimes, voire inexistantes. Ces sentiments de culpabilité, de honte et d'indignité prennent parfois un aspect délirant.

Enfin, le malade ne parvient pas à envisager une amélioration de son état et croit ne jamais pouvoir guérir. Il se sent authentiquement incurable. Il perçoit son passé comme un échec, le présent lui est intolérable et l'avenir lui paraît tragique. La dégradation de sa perception de lui-même et du monde atteint un point de non-retour. Sa douleur morale est si forte qu'il ne soit alors d'issue que dans la mort. A noter que si tous les mélancoliques n'essaient pas de se suicider, tous songent à la mort.

Cette obsession de la mort, devenue la seule « solution » possible, représente donc le danger majeur de la mélancolie. C'est la voie ouverte vers le suicide. Le malade imagine sans cesse quand et comment il pourrait se suicider. La mort est considérée comme une obligation et parfois comme une punition ou un châtement. La perte habituelle de l'appétit reflète quelquefois ce désir taraudant de la mort, quand le malade refuse de s'alimenter. Une surveillance constante est nécessaire, y compris pendant la convalescence.

La manie

La manie est un trouble fondamental de l'humeur caractérisé par une exaltation euphorique, une expansion marquée, une accélération de la pensée, de la parole, de l'activité motrice et des idées grandiloquentes parfois délirantes. Il existe différents degrés de manie, qui vont de l'exubérance « simple » à la manie confuse, voire furieuse. Toutefois, tous les accès de manie présentent des caractéristiques communes permettant d'en établir le diagnostic.

La description d'un accès maniaque se remarque toujours, car le patient change brutalement de comportement. Il perd toute contrainte intérieure et se sent tout-puissant. Ses pulsions instinctives et affectives se déchaînent en l'entraînant malgré lui dans un tourbillon vertigineux. Rien ne semble pouvoir l'arrêter, il veut satisfaire ses désirs et réaliser les plus grands projets. Euphorique et infatigable, il déborde d'énergie, de bien-être et d'optimisme. Il vit et se comporte de manière excessive, extravagante, frénétique et désordonnée. Ses proches ne peuvent pas donc ignorer ce changement soudain qui se manifeste dans tous les domaines. Dans la manie, il n'y a jamais de demi-mesure, d'équilibre ni de repos. Tout est allégresse, effervescence et chaos. Les patients abordent l'existence avec la certitude qu'aucun obstacle n'entravera leur route.

La modification de l'humeur est marquée par l'instabilité. L'euphorie et l'irritabilité coexistent souvent. Le sujet séduit puis agresse son entourage, qu'il aime manipuler et qu'il ne ménage pas. Il passe d'une attitude enjôleuse et chaleureuse à l'agressivité verbale (ou gestuelle) en exigeant que chacun se soumette à ses désirs. Pour l'entourage, l'un des aspects les plus marquants du début d'un accès maniaque est le brusque « déluge verbal » du malade qui parle sans arrêt et vite. Il passe du coq à l'âne et n'écoute que difficilement ce qu'on lui dit. Il donne son avis à tout bout de champ mais change sans cesse d'opinion. La libération des contraintes intérieures transforme l'individu le plus timide en boute-en-train, toujours prêt à attirer l'attention et à faire rire.

L'hyperactivité physique varie beaucoup plus selon les individus. Le malade ne tient plus en place. Un patient qui ne faisait auparavant pas (ou peu) de sport peut commencer à nager, faire du jogging, du tennis... pendant des heures, sans fatigue apparente. D'autres patients rangent, nettoient, décoorent ou repeignent leur appartement, modifient la disposition des meubles. Certains entreprennent de grands travaux de bricolage ou de jardinage. Les malades sont obnubilés par leurs projets mais parviennent rarement à les mener à bien car les troubles de l'attention les en empêchent. Ils passent avec frénésie d'une activité à une autre sans en terminer aucune.

L'insomnie est constante au cours d'un accès maniaque. Les malades qui poursuivent leurs diverses activités pendant la nuit se contentent de quelques heures de sommeil (deux ou trois heures par nuit, quelquefois moins) et supportent sans difficulté ce manque de sommeil.

Le sentiment d'invincibilité et de toute-puissance du malade le pousse à ne plus prendre en considération les règles de la vie familiale et sociale, les contraintes financières ou professionnelles. De nombreux patients prennent des décisions précipitées (déménagement, voyages non prévus, installation à l'étranger...). La recherche inconsciente du risque (conduite en état d'ivresse, pratique de sports dangereux...) devient un véritable besoin de « recherche de sensations nouvelles ». Certains malades commencent à boire ou à se droguer.

La levée des inhibitions sociales s'associe à une hyper sexualité et à des comportements séducteurs. Ceux-ci peuvent se limiter à une attitude « allumeuse », des phrases allusives, des propositions ou des gestes lubriques plus ou moins significatifs. Dans le cas de passage à l'acte sexuel, les comportements grossiers et obscènes, le fétichisme et surtout l'exhibitionnisme (y compris chez les femmes) sont fréquents.

Les dépenses inconsidérées sont caractéristiques de la manie et vont bien au-delà du simple besoin ponctuel de se faire plaisir. Le malade accumule les achats inutiles et les objets coûteux, couvre ses proches de cadeaux et s'endette lourdement. Certaines personnes investissent toutes leurs économies dans la réalisation d'un projet quelconque. D'autres commettent des escroqueries financières ou des vols. Sur le plan professionnel, le

malade peut démissionner afin de changer radicalement de mode d'existence et de réaliser ses projets mégalomaniques.

Les troubles de l'alimentation sont plus rares que ceux du sommeil. Ils se traduisent par des excès boulimiques ou par des repas inconsistants car le malade souhaite « ne surtout pas perdre de temps » à se nourrir. Dans tous les cas, il maigrit beaucoup et l'hyperactivité provoque le besoin physiologique de boire de grandes quantités d'eau ou d'alcool. Le malade résiste facilement au froid. Son pouls s'accélère et sa tension artérielle baisse. L'ensemble des sécrétions corporelles augmente, en particulier la salive et la sueur.

Il est impossible de « ramener à la raison » un patient souffrant d'un accès maniaque car il n'a généralement aucune conscience de son état et n'admet pas la contradiction. La personnalité du maniaque offre une paroi imperméable et lisse sur laquelle la parole et le raisonnement n'ont aucune prise. Les tentatives de dialogue sont donc vouées à l'échec.

Le malade peut pourtant se montrer très sensible au plan affectif. Il ressent alors avec beaucoup d'acuité les événements de son existence et réagit avec une émotion extrême à ce qu'il perçoit (ou croit percevoir) de la part des autres. Les nerfs à fleur de peau, il fait preuve d'une sensibilité émotionnelle incontrôlable, s'angoisse ou pleure face à un stress et supporte parfois mal la lumière et les bruits.

La recherche de contact auprès de l'entourage familial, amical et professionnel est permanente. Il harcèle ses proches en multipliant les visites impromptues et les appels téléphoniques à toute heure du jour et de la nuit. Il leur adresse de nombreuses lettres, des cartes postales ou des fax jusqu'à saturer les récepteurs de ses correspondants. Les difficultés relationnelles ne l'arrêtent pas. Il cherche à tout prix à se faire accepter. Si l'entourage réagit mal à ces sollicitations envahissantes, il essaiera de se justifier en se montrant séducteur, manipulateur, ironique ou agressif. Cette « sociabilité » extrême s'accompagne d'une grande familiarité. Il compatit de manière excessive à la souffrance et au malheur des autres.

Enfin, les vêtements habituels sont souvent remplacés par des tenues extravagantes aux couleurs vives, parfois accompagnées d'accessoires étonnants. La provocation est évidente car les malades veulent qu'on les remarque. Toutefois, il arrive que des patients se négligent sur le plan de l'hygiène et de l'habillement. Ils ne se lavent plus et ne se coiffent plus, sont débraillés et remettent des vêtements sales.

LES CAUSES DE LA DÉPRESSION

La dépression réactionnelle à une perte

Un lien affectif, abstrait ou réel, se brise ou disparaît, et la personne bascule, par réaction, dans un vide affectif qui l'engloutit et où surgit un cortège de symptômes dépressifs.

En effet, dès sa naissance, l'homme se trouve confronté à l'expérience de la perte et de la séparation. La coupure du cordon ombilical le sépare inexorablement de sa mère. Par la suite, pour pouvoir accéder à une nouvelle étape de son développement, il doit accepter de lâcher les bras de sa mère pour marcher, renoncer à son statut de bébé pour parler, quitter la sécurité de son univers familial pour se socialiser...

Il doit accepter de perdre pour grandir, évoluer, devenir adulte, devenir parent et grand-parent, accepter de vieillir et accepter de perdre encore une dernière fois pour mourir en paix...

En fait, il doit accepter, à chaque passage clé de sa vie, de renoncer à un état antérieur pour pouvoir accéder à une autre étape de son évolution. En fonction d'un certain nombre d'éléments, il réagit plus ou moins bien face aux aléas de la vie. Certains les surmontent, d'autres sombrent dans un mal-être douloureux, la dépression.

La personne dépressive a besoin de se réfugier un certain temps dans sa souffrance. Il s'agit d'une situation provisoire et nécessaire pour continuer tranquillement à faire vivre en elle ce qu'elle a perdu dans la réalité. La représentation de cette perte s'estompe lentement.

Les causes cachées de la dépression

Il peut arriver que les causes de la souffrance soient inconnues de la personne dépressive.

Les symptômes ou troubles dépressifs sont les mêmes que dans la dépression réactionnelle. Toutefois, la personne dépressive n'en saisit pas la cause, ce qui est d'autant plus déstabilisant, déconcertant et culpabilisant. Dans ce cas, il lui appartiendra, si elle le désire, d'en rechercher l'origine en faisant une psychothérapie adaptée (de type analytique).

La personnalité dépressive

Certaines personnes sont plus fragiles psychologiquement que d'autres.

Leur histoire personnelle dévoile souvent des carences affectives pendant leur enfance (manque d'affection, décès d'un parent) ou des relations difficiles avec un proche dépressif qu'elles ont dû surprotéger.

Au niveau de leur personnalité et de leur caractère, ces personnes manifestent à l'âge adulte un manque de confiance en elles et se sous-estiment malgré leur éventuelle réussite professionnelle.

Elles manquent d'autonomie affective et révèlent de ce fait une grande dépendance à l'égard des autres et une grande fragilité face aux difficultés de la vie. Elles font souvent preuve d'une importante sensibilité et d'altruisme envers les autres, ainsi que d'une lucidité trop intense et douloureuse sur elles-mêmes, sur les autres et dans la vision qu'elles ont des choses de la vie.

Très exigeantes vis-à-vis d'elles-mêmes, elles ont tendance à l'être vis-à-vis des autres et sont souvent déçues dans leurs attentes dont les résultats ne sont pas à la hauteur de leurs attentes affectives. Elles se sentent rapidement envahies par un sentiment intense de tristesse et de désarroi.

Enfin, ces personnes sont plus exposées à un risque de dépression que les autres lorsqu'elles doivent faire face à une accumulation d'évènements difficiles ou stressants et qu'elles sont isolées affectivement (célibataires, divorcé(e)s, veufs ou veuves...).

Le stress

Le stress est l'un des facteurs les plus néfastes et déséquilibrants pour l'organisme lorsqu'il dépasse un certain seuil de tolérance.

Il n'existe aucune égalité face au stress. Chaque être humain est doté d'un seuil de tolérance plus ou moins élevé et d'une capacité à gérer les évènements stressants. Chez des personnes fragiles ou déjà malades, certains évènements de la vie peuvent incontestablement précipiter des épisodes dépressifs.

Un stress chronique provoque une fragilisation de notre patrimoine « neuronal ». En effet, les chercheurs ont constaté une atrophie d'un certain nombre de neurones d'une partie du cerveau chez les patients subissant des stress répétés.

Bernard était très brillant, hyperactif et ambitieux. Il a suivi une formation de manager dans l'une des plus grandes écoles de commerce et est devenu cadre à vingt-quatre ans. Son tempérament « hyperthymique » faisait de lui un homme toujours sur la brèche, incapable de tenir en place et ne s'accordant ni repos ni vacances. Il possédait une capacité de travail considérable. Il investissait toute son énergie dans sa profession, gravissait les échelons sans difficulté et s'intégrait parfaitement aux équipes qu'il côtoyait. Toutefois, son instabilité le menait sans cesse à explorer d'autres secteurs.

A quarante-quatre ans, il est nommé PDG d'une chaîne de grands magasins « discount » appartenant à un consortium international. Enthousiasmé par cette promotion, il décide de modifier radicalement le mode de fonctionnement de cette entreprise et le système de travail préexistant. Toutefois, au lieu de procéder par étapes afin de ménager les cadres et les employés, il va se comporter selon ses propres habitudes. Il faut faire vite et agir immédiatement. A ses yeux, les changements brutaux qu'il imposait à ses équipes ne devaient poser aucun problème. Selon lui, son goût pour la compétition et la réussite, au détriment d'une bonne qualité de vie affective et familiale, était une nécessité. Malgré les remarques du DRH, il ne tint pas compte des capacités d'évolution, d'adaptation et du degré de souplesse des cadres et des employés. Certains d'entre eux ont dû faire face à ce qui équivalait pour eux à un tremblement de terre, mais d'autres se rebellèrent. Ils demandèrent un arbitrage sous la forme d'un « audit » qui entraîna la mutation d'office d'une trentaine de salariés. Les syndicats décrétèrent une grève illimitée pour dénoncer cette situation. Quelques jours plus tard, en arrivant un matin à son travail, la secrétaire de Bernard le découvrit pendu dans son bureau.

Il avait laissé une courte lettre dans laquelle il expliquait qu'il considérait ses collaborateurs « comme ses enfants » et s'est senti « trahi » par leur attitude. Il n'avait pas compris leur comportement, estimant avoir beaucoup fait pour eux. Ce sentiment de trahison (et donc de perte douloureuse) avait suscité chez lui une grave réaction dépressive et une blessure narcissique le conduisant au suicide.

LES DIFFERENTES DÉPRESSIONS (non exhaustif)

Les dépressions saisonnières

Le trouble affectif saisonnier est une dépression modérée qui apparaît dans l'hémisphère nord, entre le mois d'octobre et de décembre. Ce trouble commence vers l'âge de 23 ans et touche principalement les femmes. Les patients ressentent pendant plusieurs semaines une forte anxiété avant la survenue de la dépression, laquelle dure de trois à quatre mois et guérit spontanément au printemps. Cette dépression comporte deux symptômes caractéristiques, à savoir, les patients dorment beaucoup et mangent davantage qu'à l'ordinaire, avec une prédilection pour les aliments sucrés.

Irritables et susceptibles, ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes. Ils éprouvent le besoin d'être seuls, et limitent leurs contacts amicaux et sociaux. Leur libido baisse et ils souffrent de maux de tête, de crampes musculaires et de constipation. Certains patients traversent en été des phases d'hyperactivité physique et mentale proches de l'hypomanie lorsque la dépression a disparu. Tous les patients atteints de ce trouble connaissent l'importance des belles saisons et du niveau d'ensoleillement. A défaut de passer l'hiver (ou de prendre des vacances) dans une région ensoleillée, un traitement par photothérapie (luminothérapie) peut améliorer leur état.

Les dépressions masquées

Les dépressions masquées sont des formes de dépressions dont les symptômes dépressifs, a priori, ne sont pas clairement définis.

Les patients manifestent en général des difficultés relationnelles familiales et sociales.

Leur humeur instable fluctue entre des moments d'exaltation légère et d'abattement. Le patient donne l'impression d'être morose et difficilement satisfait. Il a tendance à ressasser des pensées négatives et anxieuses. Son intérêt et son plaisir diminuent.

Il est constaté un manque de confiance certain en lui et une demande d'attention permanente qu'il ne parvient à exprimer qu'en se plaignant physiquement. Il se plaint de sa fatigue permanente (injustifiée pour son entourage), de ses réveils fréquents et de son sommeil qui n'est pas réparateur.

Il manifeste essentiellement son malaise par des plaintes récurrentes et chroniques qui s'appuient surtout sur des symptômes somatiques. Il est courant qu'il éprouve des maux de tête suite à des difficultés relationnelles ou à des conflits (« ça me prend la tête ») ou des maux de dos lorsqu'une chose est trop lourde à porter psychologiquement (« j'en ai plein le dos »). Dans la dépression masquée, ces paroles prennent corps et viennent masquer le mal de vivre.

Les troubles de la dépression masquée sont réels. Il ne s'agit pas de troubles imaginaires car le patient souffre réellement physiquement. Toutefois, il faut soigner la dépression et non le trouble lui-même pour le faire disparaître. Le trouble corporel réapparaît s'il est uniquement soigné.

La dépression souriante

Il s'agit d'une autre sorte de dépression masquée. En effet, certaines personnes cachent leur mal de vivre derrière un masque souriant.

Il leur est difficile, voire impossible, de s'autoriser à manifester leurs pensées ou leurs émotions à tonalité dépressive. Leurs troubles dépressifs sont masqués par un sourire qui dissimule une forte vulnérabilité, un grand altruisme et une importante sensibilité aux autres et au monde.

Leurs blessures intérieures sont difficilement exprimables, car elles éprouvent la sensation que nul ne peut les recueillir ni les apaiser. Ces personnes peuvent éprouver des sentiments de honte et de culpabilité en raison d'un « idéal du moi » (ce que la personne aspire à être ou à devenir) qu'elles ne peuvent accomplir ou maintenir à cause des troubles dépressifs qui les débordent et qui les empêchent de se réaliser telles qu'elles le souhaiteraient.

Tout le monde a à l'esprit le visage du clown triste, laissant couler des larmes qui délavent un sourire figé et accroché à des yeux qui, seuls, expriment sa détresse intérieure.

Le drame raconté par Clara est épouvantable. « J'ai du mal à parler de lui au passé. Cela fera bientôt six mois que Pierre s'est suicidé. Choc immense pour nous, ses si nombreux amis. Il vivait seul, avait un bon travail, séduisait les femmes. Nous ne savions rien de ses véritables souffrances. Nous étions stupides ou aveugles, ou les deux en même temps, je ne sais pas. Pourquoi ? Parce que c'était l'homme le plus drôle que nous connaissions. Vraiment le plus drôle. On se l'arrachait quand un dîner ou une soirée se préparait ; il fallait que Pierre vienne, sinon ce serait moins mouvementé,

moins amusant, il n'y aurait pas de fous rires... seulement des rires habituels, beaucoup plus sages... Quelquefois, il m'appelait en pleine nuit pour aller boire une bière au pub irlandais : je ne te réveille pas ? je pense à toi. Tu dormais, tu n'aimerais plus les bières toi ? Je boirai la mienne en pensant à toi ma chère dulcinée que je n'ai jamais touchée. Je n'aurai jamais dû te présenter Sylvain. Je me le reprocherai toujours. J'aurai dû me méfier. Enfin, je vois que tu as l'air heureuse avec lui...

Il faisait rire mes enfants, mon mari, tout le monde sans exception adorait cet homme. Nous sentions son côté un peu « décalé », original et tumultueux, mais justement c'était cela qui nous plaisait chez lui. Il se fichait complètement de ce qu'il appelait la fausse politesse, les faux semblants et les artifices. Il avait un cœur d'or, saluait toujours les SDF, s'essayait à les faire rire. Il pouvait aussi s'approcher d'une contractuelle en train de remplir une contravention (il garait sa voiture n'importe où), puis retournait la situation à son avantage. Avec une mauvaise foi si ahurissante, avec tant d'humour et de séduction que la plupart du temps il n'avait pas de PV. Tout était comme ça.

Pierre ne se plaignait jamais. Maintenant j'ai compris qu'il cachait sa souffrance. Quelquefois, il disparaissait pendant plusieurs jours car son travail lui laissait beaucoup de liberté. Dans ces moments-là personne ne savait où il était. Puis, il revenait sans donner aucune explication, sauf parfois « ça va mieux ». J'avais besoin de prendre trois bons bols d'air. Nous lui demandions s'il avait le cafard. Il évitait de répondre, en souriant. Il avait trente-huit ans ».

LE SUICIDE

LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Les causes des suicides et tentatives de suicide s'analysent entre facteurs de risques primaires, de nature individuelle, et facteurs de risques secondaires, de nature psychosociale.

Au premier rang des facteurs de risque primaires de suicide se trouvent les troubles psychiatriques. Il apparaît aujourd'hui encore que 95 % des suicidés sont atteints de troubles psychiques. Parmi ces troubles, la dépression occupe une place majeure. La fréquence des troubles psychiques est importante chez les suicidés, mais également chez les auteurs de tentatives de suicide. Les enquêtes effectuées a posteriori sur l'état psychique de ces sujets, retrouvent des troubles de l'humeur dans 60 à 80 % des cas de suicides.

Le suicide est considéré comme une épidémie silencieuse. En effet, le nombre très élevé de personnes qui se suicident ou qui tentent de se suicider démontre l'ampleur de ce phénomène. La dépression est donc l'une des principales causes du suicide, pour ne pas dire la première. L'attrance pour la mort est omniprésente dans le vécu dépressif.

Le suicide du déprimé s'explique par les idées, parfois délirantes, d'indignité, de culpabilité. La mort est alors la sanction que le déprimé s'inflige à lui-même. C'est souvent aussi un suicide « escapistes », c'est-à-dire une façon d'échapper aux tourments de la douleur morale, de mettre un terme à ses souffrances, de quitter une vie qui n'inspire qu'un extrême dégoût.

En effet, l'expérience a démontré que les risques de suicide sont majorés chez une personne qui présente des troubles dépressifs sévères provoqués par un facteur externe irrémédiable (décès d'un être cher, maladie grave, crise de vieillissement...)

Lorsque cette personne estime que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et s'appuie sur un raisonnement d'ordre existentiel, le risque de suicide est très élevé. Il est alors difficile de l'en empêcher, surtout lorsque le contexte affectif et social ne lui permet pas de rebondir.

L'anxiété est aussi un facteur aggravant. Le suicide est le plus souvent la conséquence d'une crise d'anxiété, la personne se sentant traquée par ses angoisses et cherche désespérément à la supprimer en se tuant. Ces angoisses se manifestent par des sensations physiques insupportables (transpiration excessive, sueurs froides, poids sur la poitrine qui entraîne une impression d'écrasement, d'étouffement et de difficultés à respirer). Le suicide est alors vécu comme la seule issue possible.

Dans cette situation de crise, la personne dépressive n'est plus en mesure de réfléchir, de trouver d'autres solutions à ses pensées. Le suicide devient alors une idée fixe, la seule issue libératrice.

Cependant, beaucoup de déprimés proclament que jamais il ne se suicideront. « Je n'en ai jamais le courage », ou « j'ai trop peur de me rater », ou encore « je ne peux pas faire ça aux miens ». Il faut se méfier de ce genre de discours comme du fréquent « je ne suis plus bon à rien, même pas capable de me suicider ». A tout moment, le déprimé peut avoir le sursaut d'énergie qui le fera passer à l'acte.

Des attaches affectives, de bons liens familiaux sont une aide en de telles circonstances. Toutefois, il ne faut pas trop en parler et bannir « tu ne peux pas nous faire ça » ou « nous t'aimons, tu ne rends pas compte de la peine que tu nous fais ». Ce type d'expression ne ferait qu'augmenter le sentiment de culpabilité que le déprimé nourrit vis-à-vis des siens. Cela le confirme dans son sentiment d'être indigne de l'amour qu'on lui porte et pourrait précipiter le drame.

Outre, la solitude, d'autres circonstances peuvent faciliter un passage à l'acte suicidaire, notamment l'alcool. Ce dernier peut lever les dernières inhibitions, « donner du cœur à l'ouvrage » et rendre le passage à l'acte possible.

Parmi les autres troubles mentaux susceptibles de favoriser les suicides ou tentatives de suicide, figurent les schizophrénies et les troubles de la personnalité, notamment lorsque ceux-ci comportent une composante impulsive. Le risque suicidaire est fortement majoré dans ces deux cas lorsqu'il existe une composante dépressive associée. Les antécédents familiaux de suicide, en lien probable avec la nature génétique de certains troubles de l'humeur, constituent également un facteur aggravant. Les maladies physiques (cancer, notamment) sont aussi un facteur de risque primaire. Elles sont source de douleurs, de mutilation, de difficultés d'adaptation. En cas de maladie somatique grave, le risque relatif de tentative de suicide a été évalué à plus de 4,5 par rapport à la population générale. Dans ce cas aussi, il existe souvent une composante dépressive.

Les facteurs de risque secondaires, qui se surajoutent aux facteurs de risque primaires, comportent notamment le célibat ou le veuvage, le chômage et le fait de vivre dans de faibles conditions socioéconomiques.

LES CHIFFRES DU SUICIDE

Les certificats de décès établis par les médecins constituent les sources d'information sur la mortalité par suicide en France. Ils sont centralisés et analysés par le service d'information sur les causes de décès de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). On compte entre 100 000 et 150 000 tentatives de suicide par an. Les statistiques récentes font état de 10 268 décès par suicide et par année en France. Ce taux se situe dans la moyenne européenne et reste relativement stable depuis le début des années 1990. Sur ces décès, on relève une surmortalité masculine (7 427 hommes décédés pour 2 841 femmes en 1999).

Le risque de suicide est fortement croissant avec l'âge. S'il représente la première cause de mortalité de la classe d'âge 25-34 ans, pour les 15-24 ans, il arrive en seconde

position après les accidents de la voie publique. En nombre absolu, la classe d'âge la plus touchée est celle des 35-54 ans. On relève plus de 2 000 décès par an dans chacune des classes d'âge constituant les 35-44 et 45-54 ans. Le taux de mortalité par suicide augmente jusqu'à 40 ans puis se stabilise jusqu'à 70 ans.

Selon l'état matrimonial, pour les hommes comme pour les femmes, ce sont les personnes veuves qui se suicident le plus, suivies des personnes divorcées puis des célibataires.

La pendaison reste le mode le plus fréquent (38 % des cas) parmi les modalités suicidaires, suivie de l'utilisation d'armes à feu (24 %), puis de l'ingestion de substances toxiques (14 %). En ce qui concerne les tentatives de suicides, les moyens utilisés sont différents. Il s'agit en priorité des intoxications médicamenteuses, souvent associées à la prise d'alcool. En rapprochant les données chiffrées disponibles, on peut estimer que chaque année, pour 100 000 habitants, environ 4 000 ont présenté des idées suicidaires, 600 ont réalisé une tentative et 20 sont décédés des suites de ce geste.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Démontrer à un déprimé suicidaire que la vie vaut d'être vécue, c'est essayer d'expliquer à un aveugle que le ciel est bleu. La seule solution est de lui faire sentir que c'est uniquement parce qu'il est malade qu'il a envie de mourir. Ce message est extrêmement difficile à faire passer, même pour un médecin.

A l'exception des accès aigus de mélancolie et des états mixtes (maniaco-dépressifs) qui comportent toujours un risque très important de passer à l'acte, il est parfois difficile de pressentir si un patient présente ou non des idées suicidaires. Aucune prévention efficace n'est possible si le médecin ne questionne pas son patient longuement et de façon précise en lui accordant du temps et une qualité d'écoute. En effet, certains suicidants parlent de leurs intentions suicidaires à leur entourage ou à leur médecin, mais d'autres les dissimulent totalement. Ils se comportent comme si tout allait bien, alors qu'ils sont en réalité très déterminés à passer à l'acte. Des signes très ténus peuvent faire évoquer la potentialité suicidaire chez des patients qui rédigent tout d'un coup un testament, offrent à leurs proches des objets auxquels ils tiennent, classent ou jettent des documents personnels, écrivent des lettres ou des poèmes dans lesquels ils évoquent indirectement ou directement leurs idées de mort.

Devant ce genre de comportement, les proches doivent donc dialoguer avec le patient et, bien entendu, avertir son médecin. Ces préparatifs « silencieux » peuvent pourtant passer complètement inaperçus, de la part de l'entourage comme du médecin. Dans ces cas, on découvre que le patient avait programmé son geste avec soin après la tentative de suicide (ou après le suicide « réussi »). On peut même dire qu'une personne ayant décidé de se supprimer parvient parfois à mieux donner le change en parlant ainsi des projets d'avenir, de changement de travail, de voyages, de vacances... Enfin, l'isolement affectif ou social augmente de façon importante le risque de passage à l'acte. Quand nul n'est présent pour remarquer un changement de comportement (même minime), le patient reste entièrement livré à sa solitude et court des risques encore plus graves.

Enfin, certains patients font une tentative de suicide au début de leur dépression, ou lorsque celle-ci s'estompe. A contrario, une des phases les plus dangereuses est la fin de l'état dépressif, appelée la « queue de la mélancolie ». Ces suicides survenant après une guérison apparente sont d'autant plus dramatiques que, bien souvent, le patient a su donner le change aux médecins et à ses proches. Des études ont démontré que parmi les dépressifs s'étant suicidés, seulement une minorité d'entre eux étaient correctement traités. Le patient a dissimulé son angoisse de la rechute, ses appréhensions pour l'avenir, sa

culpabilité d'être dépressif, voire ses problèmes personnels (familiaux, conjugaux ou professionnels).

11 juillet 2008
snaf-snaf@wanadoo.fr