

Apprendre à soigner les dépressions

avec les thérapies comportementales et cognitives

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Christine MIRABEL-SARRON • Aurélie DOCTEUR

Apprendre à soigner les dépressions

avec les thérapies comportementales et cognitives

Préface d'Alain GÉRARD

2^e édition

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2021
(2013 pour la première édition)
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079886-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

Dr Alain GÉRARD

LA PÉRIODE HEUREUSE où les leçons se donnaient de vive voix n'est plus. La parole vive de l'oralité a dû s'adapter au monde de l'écrit, charge à la rédaction de demeurer vivante. Les quinze leçons proposées par Christine Mirabel-Sarron et Aurélie Docteur sont des exemples de rigueur, de clarté et de concision : pas de développements inutiles, pas de charabia, les définitions indispensables et des exemples cliniques éclairants.

La dépression est décrite comme un mal dont on dénonce l'inéluctable progression (en 2020, elle sera au second rang mondial des maladies affectant l'espèce humaine) mais qu'on refuse d'aborder comme une vraie maladie distincte du mal-être civilisationnel.

Une maladie – au sens médical du terme – dont il faut sans passion ni idéologie dominante comprendre les causes multiples et particulières pour chaque sujet, et les mécanismes complexes mais identifiables.

Une maladie qu'il est possible de prévenir et de guérir dès lors qu'on associe le traitement de l'épuisement biologique et le travail sur le sens, les antidépresseurs et les psychothérapies.

Bien qu'il n'existe pas de modèle exclusif pour comprendre, traiter et prévenir, l'association antidépresseurs et psychothérapie a démontré scientifiquement une efficacité dans le traitement de la maladie dépressive. Il faut absolument se donner les moyens d'empêcher qu'un épisode initial de dépression-maladie ne se transforme inéluctablement en maladie-vie-entière...

Soigner les déprimés avec les thérapies cognitives : oui. La technique, progressive, hiérarchisée, doit être apprise méthodiquement, elle fournira un cadre thérapeutique indispensable aux entretiens, aidera à définir la place de chacun.

Garfiels disait en 1980 que « le thérapeute est un guérisseur sympathique, et non moralisateur qui manifeste envers son client beaucoup d'intérêt, de chaleur et de compréhension ». Ainsi, l'empathie, l'altruisme et les mécanismes de communication inconscients qui rendent les techniques efficaces sont tout aussi essentiels, mais peuvent-ils s'enseigner ou se transmettre ?

PRÉFACE

C'est le second défi périlleux que cet ouvrage se propose de relever, car toute forme de psychothérapie est une technique doublée d'un art.

Le Docteur Christine Mirabel-Sarron est une formidable pédagogue, plusieurs de ses ouvrages l'ont bien démontré. Elle est au-delà une extraordinaire thérapeute et cela, elle n'explique pas pourquoi. Sa modestie l'en empêche, mais ses patients eux le savent et nous le disent.

Bonne lecture.

Table des matières

Préface	V
Introduction	1
Leçon 1 Les indispensables sur la dépression	4
La dépression, qu'est-ce que c'est ?	6
Faire le diagnostic	9
La dépression au fil de l'âge	18
L'évolution	18
Le traitement	23
Leçon 2 Que nous apprennent les recherches scientifiques ?	32
Les grands architectes	34
Les processus cognitifs	39
Les schémas dépressogènes	45
Une démarche thérapeutique très efficace	49
Leçon 3 Comment créer une bonne alliance thérapeutique avec un patient déprimé ?	54
Comprendre le discours du patient déprimé	56

TABLE DES MATIÈRES

	L'attitude du thérapeute	59
	Le style des questionnements	61
	Le feedback	64
	Le renforcement positif	68
	Le discours psychoéducatif	68
	La prescription des tâches	69
	La structure des entretiens	70
	Une relation de collaboration	73
	L'alliance thérapeutique dans la 3 ^e vague	75
Leçon 4	Quand l'alliance thérapeutique a du mal à se mettre en place	78
	Percevoir l'inadéquation dans l'alliance thérapeutique	80
	L'utilisation stratégique du feedback	83
	Les principes à retenir	84
	Quand le trouble de la personnalité défie la thérapie	85
Leçon 5	Les premiers entretiens	94
	Les entretiens préliminaires	96
	Le premier entretien clinique	97
	Les premières auto-observations	99
	L'évaluation quantitative de la dépression	103
	Interpréter les résultats	110
	L'orientation thérapeutique immédiate	111
Leçon 6	Comment poser une indication de TCC de la dépression ? .	114
	L'analyse fonctionnelle	116

	La conclusion de l'analyse fonctionnelle ou conceptualisation de la souffrance du patient	128
Leçon 7	Construire le contrat thérapeutique	138
	Le choix des objectifs	141
	Les techniques possibles pour formuler des objectifs	144
	La hiérarchisation des objectifs	147
	Le choix des procédures thérapeutiques	147
Leçon 8	Les techniques comportementales	150
	Quand utiliser les techniques comportementales ?	152
	Un programme thérapeutique modulaire	155
	La planification des activités	157
	Le séquençage en sous-étapes	158
	La résolution de problème	159
	L'affirmation de soi	161
	La relaxation	162
	Limites et résolution	162
Leçon 9	L'activation comportementale	164
	Qu'est-ce que l'activation comportementale ?	166
	Les pionniers de l'approche comportementale	167
	L'activation comportementale aujourd'hui	167
Leçon 10	Identifier les pensées négatives dépressives	178
	Le postulat cognitif	180
	Expliquer les liens entre la situation, les émotions, les cognitions et le comportement	181

L'identification des pensées dysfonctionnelles en rapport avec les symptômes 184

Leçon 11 Déjouer le piège des pensées négatives dépressives 192

L'enregistrement des pensées alternatives 194

L'examen de l'évidence 195

La recherche d'alternatives de pensée 201

La modification de l'intensité émotionnelle 204

La confrontation à la réalité 206

La poursuite de l'auto-enregistrement des pensées dépressives 208

Vaincre les difficultés 209

Leçon 12 Déjouer les biais de pensée 212

L'identification des processus cognitifs 214

Les méthodes pour déjouer les biais de pensée 217

Leçon 13 Identifier les schémas dysfonctionnels 230

Les formes des schémas cognitifs 233

L'identification des schémas 233

Leçon 14 Assouplir les schémas 250

Comment assouplir les schémas ? 252

Les méthodes comportementales 255

Les techniques cognitives 260

Les techniques affectives et interpersonnelles 267

L'appropriation du nouveau schéma 272

Leçon 15 Comment prévenir les rechutes ? 274

Les TCC et la prévention des rechutes dépressives 277

La thérapie comportementale et cognitive basée sur la pleine conscience	279
Et si la dépression s'associe à d'autres troubles psychiatriques ?	282
Conclusion	285
Annexe — Guide d'auto-évaluation	287
Les cognitions	288
Les processus	288
Liste des encadrés	290
Liste des tableaux	294
Bibliographie	295

Introduction

D EPUIS CES DERNIÈRES DÉCENNIES, on observe une forte progression de la demande de soins pour ce trouble de l'humeur qu'est la dépression. Elle témoigne tout à la fois d'un meilleur dépistage et d'une amélioration des connaissances sur les possibilités thérapeutiques actuelles. En effet, la dépression est une maladie qui se soigne et qui guérit. Depuis une quinzaine d'années, des critères cliniques permettent de mieux dépister les particularités de ce trouble, de mieux connaître son devenir évolutif, et d'en améliorer continuellement le traitement.

Cet ouvrage se propose d'apprendre pas à pas à appréhender la personne déprimée en thérapie comportementale et cognitive (TCC). L'objectif est de permettre aux psychothérapeutes de prendre en charge leurs patients déprimés selon la méthodologie propre à ces thérapies. Ces dernières sont en effet aujourd'hui reconnues sur le plan scientifique pour leur efficacité dans le traitement de la dépression et la prévention des rechutes.

Pensé comme un outil mis à disposition du praticien, cet ouvrage propose en 15 leçons une mise à jour des connaissances sur les éléments cliniques de dépistage de la dépression et les alternatives thérapeutiques offertes, avant d'aborder spécifiquement les thérapies cognitives. Chaque étape de la thérapie y est présentée de manière claire et didactique en vue d'une utilisation pratique immédiate.

- La première leçon vise à **réactualiser notre connaissance des aspects cliniques de la dépression et des stratégies thérapeutiques actuelles**. Les fausses croyances qui entourent ce trouble sont encore fortes et nombreuses, c'est pourquoi elles doivent être combattues. La dépression est une pathologie fréquente, fortement invalidante, qu'il faut soigner. Il existe aujourd'hui des moyens psychothérapeutiques qui, combinés à une prescription médicamenteuse, sont très efficaces dans sa prise en charge.
- La deuxième leçon aborde plus spécifiquement, parmi les différentes options psychothérapeutiques proposées aujourd'hui aux patients déprimés, celle des **thérapies comportementales et cognitives**. Le rationnel scientifique de cette approche est aujourd'hui bien éprouvé, avec de nombreuses expérimentations menées dans le cadre de la psychologie expérimentale et cognitive ayant amené à l'élaboration de modèles TCC de la dépression.
- La troisième leçon traite de la question de **l'alliance thérapeutique**, véritable pilier de la prise en charge. Elle vise à aider le thérapeute à l'élaboration d'une bonne relation avec le patient déprimé.

- La quatrième leçon a pour objectif de **repérer les difficultés qui peuvent apparaître dans l’alliance thérapeutique**. Sont-elles dues au patient ? à ses cognitions ? à la présence de comorbidités ? à l’interaction thérapeute-patient ? Comprendre ces difficultés permet de mieux les désamorcer par la mise en place de stratégies adaptées.
- La cinquième leçon détaille **le déroulement et le contenu des premiers entretiens avec le patient déprimé**. N’oublions pas que le style du déprimé est particulier, son discours aussi. Le thérapeute doit donc adapter sa conduite des entretiens à celui-ci.
- La sixième leçon examine **l’analyse fonctionnelle**, ou comment poser une indication de TCC. Les principaux modèles d’analyse fonctionnelle y sont décrits, avec de nombreuses illustrations cliniques.
- La septième leçon aborde la notion de **contrat thérapeutique** et des **difficultés rencontrées dans la formulation des objectifs**.
- La huitième leçon traite des **stratégies comportementales** à mettre en place pour soigner la dépression : planification, formulation en sous-étapes, résolution de problème, toutes ces techniques seront appuyées d’exemples cliniques.
- La neuvième leçon aborde **l’activation comportementale** afin d’augmenter l’engagement du patient dans des activités adaptatives et dans l’apprentissage de la résolution de problème.
- Les dixième et onzième leçons visent à **l’identification des pensées dépressives** et à **la mise en place de méthodes pour les dépasser**. Le vécu de chaque situation est très personnel. Ainsi, deux personnes ne penseront pas, ne ressentiront pas et ne réagiront pas de la même manière dans une même situation. Mais la dépression colore négativement ces interprétations et leur accorde une valeur absolue. Ces chapitres visent à apprendre aux patients déprimés à repérer leurs pensées dysfonctionnelles, à faire le lien avec leurs symptômes, et à les mettre à distance à l’aide de techniques de décentration : examen de l’évidence, recherche d’alternatives de pensée. Encore une fois, de nombreux exemples et cas cliniques étayent le propos.
- La douzième leçon traite de la façon de **déjouer les biais de pensée**.
- Les treizième et quatorzième leçons détaillent **l’identification des schémas cognitifs et les différentes méthodes d’assouplissement**. Ce travail ne se pratique pas avec tous les patients, car il nécessite du temps et une réelle demande de la part de l’individu. Plusieurs alternatives existent : modifier radicalement le schéma, l’assouplir, le conserver. Chacune est abordée à la fin de l’ouvrage.
- La dernière leçon aborde **le rôle de la TCC dans la prévention des rechutes dépressives** ainsi que **l’apport complémentaire d’autres démarches thérapeutiques** ayant prouvé leur efficacité dans la prévention des rechutes, telles que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.

À titre didactique, de nombreuses définitions, de larges illustrations cliniques et des résumés de synthèse se succèdent tout au long de la lecture.

Ce livre, destiné aux psychothérapeutes sensibilisés ou non aux TCC, aux médecins, aux soignants, aux étudiants en sciences sociales, intéressera également les familles et les patients qui souhaitent mieux connaître la dépression et sa prise en charge en TCC.

Leçon 1

Les indispensables sur la dépression

4

Objectifs

- ☐ Transmettre un savoir pratique sur la dépression
- ☐ Combattre les idées reçues sur la dépression et les traitements

PLAN DE LA LEÇON

La dépression, qu'est-ce que c'est ?.....	6
La dépression est une maladie qu'il faut soigner	6
Le suicide	7
Quelques idées reçues sur la dépression et les antidépresseurs ..	8
Faire le diagnostic	9
Signes psychologiques	13
Signes émotionnels	14
Signes comportementaux	14
Signes physiques	14
Des signes trompeurs	15
La dépression au fil de l'âge	18
L'évolution	18
De la dépression à la guérison	19
Quand la dépression ne s'améliore pas	20
La rechute dépressive	20
Le traitement	23
Le traitement pharmacologique	23
Les thérapies comportementales et cognitives	26
Les indications de la thérapie cognitive	27

« Nous avons deux oreilles et une bouche : deux raisons pour écouter et une pour se taire. »
Alain Golay

LA DÉPRESSION, QU'EST-CE QUE C'EST ?

« Une nuit, après mon vingt-neuvième anniversaire, je me réveillais aux petites heures avec une sensation de terreur absolue. Il m'était souvent arrivé de sortir du sommeil en ayant une telle sensation, mais cette fois-ci, c'était plus intense que cela ne l'avait jamais été. Le silence nocturne, les contours estompés des meubles dans la pièce obscure, le bruit lointain d'un train, tout me semblait si étrange, si hostile, et si totalement insignifiant que cela créa en moi un profond dégoût du monde. Mais ce qui me répugnait le plus dans tout cela, c'était ma propre existence. À quoi bon continuer à vivre avec un tel fardeau de misère ? Pourquoi poursuivre cette lutte ? En moi, je sentais qu'un profond désir d'annihilation, de ne plus exister, prenait largement le pas sur la pulsion instinctive de survivre. »

Eckart Tolle, 2000

La dépression est un trouble psychiatrique caractérisé par une altération de l'humeur allant de la tristesse à la mélancolie.

La dépression est une maladie qu'il faut soigner

Le point sur la dépression

- Une personne sur cinq sera touchée une fois dans sa vie par la dépression.
- En France, on estime que 9 millions de personnes entre 15 et 75 ans ont vécu ou vivront une dépression.
- Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde (OMS, 2017).
- Il n'y a pas une dépression mais des dépressions, ce qui rend son diagnostic difficile.
- De fait, la moitié seulement des sujets déprimés entreprennent une démarche de soin dans les trois mois qui suivent les premiers troubles.
- Il s'agit d'un trouble universel, fréquent et grave.
- La dépression est deux fois plus fréquente chez les femmes.
- La dépression est dix fois plus fréquente qu'en 1960.

Cette affection se rencontre avec une extrême fréquence au point qu'elle constitue la deuxième cause de handicap dans le monde. La France arriverait même en tête du classement mondial selon l'OMS, avec un taux de 21 %, devant les États-Unis qui ont un taux estimé à 19,2 %. On estime qu'elle atteindra ainsi un Français sur cinq un jour dans sa vie. Tous les âges, tous les milieux socioculturels sont concernés mais les femmes, davantage exposées, représentent les deux tiers des sujets déprimés, sans que l'on connaisse l'exacte raison de leur vulnérabilité.

La dépression constitue une urgence médicale du fait du potentiel suicidaire, ce qui fait de la reconnaissance de la maladie une priorité absolue pour le personnel soignant. Il importe de mettre en œuvre le plus tôt possible un traitement médicamenteux antidépresseur efficace, voire une psychothérapie.

Le suicide

La dépression est une cause importante de suicide (70 % environ des 12 000 suicides parmi 300 000 tentatives de suicides annuels).

Ce retard apporté au diagnostic initial se révèle d'autant plus préoccupant que la dépression est dotée d'un génie évolutif particulier, qui conduit dans la moitié des cas à une rechute de la maladie à court ou moyen terme.

Au fur et à mesure des épisodes, il existe un raccourcissement des intervalles libres, avec un retour de plus en plus difficile vers l'état antérieur. Des taux de récurrence après le premier épisode dépressif, de 70 % après le deuxième et de 90 % après le troisième sont retenus.

Ainsi Judd en conclut que la dépression unipolaire est une maladie chronique qui dure toute la vie, dont le risque de récurrence dépasse 80 %, le rendant ainsi plus vulnérable aux rechutes dépressives. Sur une période de suivi de 25 ans, les patients dépressifs unipolaires auraient en moyenne environ cinq autres épisodes.

Dès lors s'impose la nécessité de mettre en place un véritable traitement contre la rechute dépressive. L'élaboration de cette aide passe par un élargissement de l'éventail des soins ouverts, par l'usage de prises en charges psychologiques. Parmi celles-ci les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont largement démontré leur efficacité dans l'accélération de la rémission clinique et la prévention des rechutes et récurrences.

Au-delà du diagnostic de la maladie, la prévention des rechutes et récurrences dépressives constitue par conséquent la préoccupation de tout thérapeute.

Dans le cas particulier des patients bipolaires traités par stabilisateurs de l'humeur, 37 % d'entre eux conservent des fluctuations de l'humeur. L'objectif de cette approche préventive repose sur l'association d'un traitement pharmacologique et psychothérapique qui permet d'augmenter l'observance médicamenteuse, la connaissance de la maladie, la diminution du taux de récurrences dépressives, l'amélioration de la qualité de vie en réduisant les conséquences psychosociales du trouble.

Quelques idées reçues sur la dépression et les antidépresseurs

Idées reçues

- La dépression n'est pas une maladie.
- La dépression c'est uniquement dans la tête.
- On ne peut rien faire contre la dépression.
- Il n'existe qu'un type de dépression.
- Sortir de la dépression, c'est une question de volonté.
- La dépression c'est héréditaire.
- Les antidépresseurs empêchent d'être soi-même.
- Les antidépresseurs rendent dépendants.

La même conceptualisation de diminution des taux de rechutes et récurrences dépressives est partagée dans l'indication des TCC pour les états dépressifs associés à un trouble pathologique de la personnalité ou encore associé à un trouble addictif.

Les études scientifiques ont conduit à mieux connaître les facteurs de risque des rechutes dépressives : qualité de l'observance médicamenteuse, posologie des traitements antidépresseurs, composantes psychologiques personnelles. Ces travaux ont donné lieu à des recommandations internationales sur la conduite de la prescription de médicaments antidépresseurs et sur l'indication d'une psychothérapie pour prévenir les rechutes. Toutes ces informations guident les thérapeutes, tant dans la mise en œuvre d'un traitement pharmacologique que dans l'indication des TCC, dans le but de diminuer la vulnérabilité aux rechutes.

L'origine de la dépression n'est pas exactement connue, mais aujourd'hui est évoquée une hypothèse multifactorielle intégrant des composantes biologiques, environnementales, psychosociales, des vulnérabilités psychologiques propres à l'individu.

FAIRE LE DIAGNOSTIC

« Il est important de garder à l'esprit le caractère clinique du diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. C'est une bonne connaissance du patient, un temps de parole donné au malade dans la singularité de l'entretien psychiatrique et de la relation médecin-malade qui seuls permettront de poser le diagnostic de dépression. »

Bindler et Mouchabac¹

Le diagnostic de la dépression est des plus difficiles à faire, car ce trouble se manifeste souvent par un ensemble de symptômes banals, non spectaculaires. De plus, il existe des formes trompeuses qui peuvent accroître la difficulté du diagnostic.

Cependant, quelle que soit sa forme, on retrouve de façon constante dans le tableau clinique des signes cardinaux toujours à rechercher.

- De nombreuses classifications ont catégorisé les dépressions en différents sous-types.
- Il y a quarante ans, les classifications traditionnelles des dépressions reposaient sur des théories étiopathogéniques. Aujourd'hui elles sont athéoriques et reposent sur la description de symptômes aisément identifiables.
- Ainsi, la communauté scientifique internationale cherche à définir des critères caractérisant les grandes maladies. Cette définition de critères cliniques unanimement reconnus par tous, quelle que soit la culture, permet de comparer les études et les enquêtes faites dans des pays différents.

Les typologies récentes distinguent les états dépressifs, non pas sur des critères étiologiques, mais sur des indices plus quantitatifs (dépression d'intensité légère, modérée, état dépressif majeur ou caractérisé). Les références nosologiques les plus utilisées sont les critères du manuel diagnostique américain des troubles mentaux DSM-5) et ceux de la classification de l'Organisation mondiale de la santé, la CIM 10.

Ces critères cliniques permettent de définir des catégories de maladies.

Pour exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini comme suit les critères qui conduisent au diagnostic de dépression caractérisée (dite majeure).

1. *La dépression : 100 questions/réponses pour mieux comprendre la dépression*, Ellipses, 2011.

**Critères diagnostiques d'épisodes dépressifs majeurs
selon la classification internationale des maladies mentales
(Organisation mondiale de la santé)**

Critères généraux :

- L'épisode dépressif doit durer au moins deux semaines.
- Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.
- L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique identifié.

Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances et persistant pendant au moins deux semaines.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

**Présence d'au moins un des quatre symptômes suivants
pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :**

- Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- Sentiment injustifié de culpabilité excessive et inappropriée.
- Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres) se manifestant, par exemple, par une indécision ou par des hésitations.

Toutes les grandes études sur le traitement des états dépressifs font référence à des mêmes formes de dépressions comme définies par ces classifications.

- Les classifications évolutives distinguent les formes chroniques, qui durent au moins deux années, et les formes avec ou sans caractéristiques saisonnières.
- Les cliniciens complètent leur évaluation de la dépression par des mesures de psychopathologie quantitative.
- Elles concernent l'évaluation de l'intensité, de la sévérité de la dépression.
- On distingue alors des hétéro-évaluations et des auto-évaluations. Des échelles, questionnaires, permettent au clinicien et au chercheur d'estimer l'intensité d'un état dépressif.

Pour vous aider à faire le diagnostic :

L'encadré ci-dessous donne quelques questions types à poser au patient pour mieux repérer l'ensemble des signes évocateurs de dépression.

Exemples de questions pour dépister la dépression

- « Avez-vous constaté un changement brutal de votre comportement, de votre attitude ? »
- « Vous dit-on que votre visage est moins expressif, que vous restez toujours dans votre coin ? »
- « Avez-vous du mal à lire des livres qui ne posaient pas de difficulté auparavant, à regarder un film jusqu'au bout ? »
- « Avez-vous du mal à suivre une conversation entre plusieurs personnes ? »
- « Vous trouvez-vous plus lent pour effectuer les gestes courants de la vie quotidienne ? »
- « Avez-vous des idées sombres, pensez-vous que vous êtes incapable ? »
- « Éprouvez-vous un sentiment de tristesse ? »
- « Avez-vous eu récemment des difficultés pour formuler des projets même à court terme ? »
- « Vous réveillez-vous au milieu de la nuit sans vous rendormir ? »
- « Ressentez-vous depuis peu et sans cause apparente des douleurs, des vertiges... ? »

(D'après C. Mirabel-Sarron, *Les dépressions, comment s'en sortir ?* Paris, 2002)

Chacun de ces signes peut mettre la « puce à l'oreille » au clinicien, mais c'est avant tout leur association et leur persistance depuis au moins trois semaines qui doivent l'alerter. Toutefois, la suspicion éveillée par cet ensemble de signes doit être confirmée par l'entretien clinique et par tous les exemples apportés par le patient.

Les idées suicidaires, présentes dans presque 80 % des cas, s'intègrent dans ce désespoir de la vie vécue, même si elles sont rarement exprimées. Elles prennent des formes et des intensités variables, et vont d'idées floues du style : « Si je pouvais ne pas me réveiller et m'endormir à tout jamais », jusqu'à des pensées plus organisées et de véritables projets suicidaires.

Conséquences de la dépression à éviter à tout prix

- L'altération de la qualité de vie
- La faible adhésion au traitement antidépresseur
- L'apparition de souffrances physiques, organiques
- Le suicide

Quelques personnages célèbres ayant connu la dépression

- Charlotte Rampling
« Un jour, on ne peut plus se battre, on est face au vide. »
« Une terreur archaïque, comme si on portait toutes les peurs de nos ancêtres. »
- Muriel Robin
« Lors de ma dernière dépression, mon cerveau, on aurait pu se coucher dedans, tellement il y avait de la place. »
- Michel Delpech
« C'était comme un château de cartes qui s'écroule. J'ai été envahi par une lame de fond, je me suis retrouvé totalement déstructuré, paniqué. »
- Claude Berri
« Depuis plus de six mois, je suis en dépression. Moi qui résistais à tous les malheurs. »
« Je reprends des antidépresseurs. J'ai la tête dans du coton. Je ne me sens bien qu'à partir de 6 heures du soir. J'ai beau produire deux films, *Le bison* d'Isabelle Nanty et *Les sentiments* de Noémie Lvovsky, je ne fais rien de mes journées. Je reste allongé sur mon lit et je déprime. »
- Dalida (1933-1987)
« La vie m'est insupportable. Pardonnez-moi. »
- Renaud, 51 ans
« J'ai essayé de soigner ma dépression par de mauvais médicaments, les pastis mélangés à des antidépresseurs, des anxiolytiques et des neuroleptiques. »
« Mentalement, j'étais une épave. »
- Jim Harrison, 66 ans
« Au cours de mon existence, j'ai traversé sept dépressions que l'on peut qualifier de cliniques. »
- Mais aussi, Louis XV, Gérard de Nerval, Auguste Comte, Abraham Lincoln, Ray Charles, etc.

Le Point, 18 janvier 2007

Pour aider le clinicien nous pouvons dire que :

- les symptômes apparaissent soit progressivement, soit brutalement, mais dans tous les cas il existe une métamorphose du comportement de l'individu, qui ne se reconnaît pas comme d'ordinaire. Il ne se dit pas déprimé et accuse le stress, ou un virus (état grippal, hépatite virale...). Ce changement, qui retentit sur l'univers familial, professionnel et social, est perceptible par l'entourage, désarçonné par cette *franche rupture* par rapport à l'état habituel du patient ;
- globalement, ce changement est stable, même si des variations apparaissent entre le matin et le soir. Il s'accompagne toujours de signes émotionnels, cognitifs et comportementaux, qui serviront de révélateurs. Il existe quatre types de manifestations cliniques, à l'origine d'une myriade de symptômes, qu'il faut savoir rechercher systématiquement, y compris sur les jours précédents.

Signes psychologiques

« Nous avons trop coutume de nous juger pendant nos moments d'abattement et de dépression. »

Robert Johnson

L'humeur triste se caractérise par des pensées modifiées, marquée par une vision négative de l'existence et de soi-même (pessimisme, idées de mort) : « Je ne vauds rien », « Je ne suis plus capable de rien », « J'ai ruiné ma famille »... Ces pensées dépressives sont pour l'essentiel de tonalité négative pour plus de trois quarts d'entre elles. On parle d'un monologue intérieur dépressogène. Elles concernent pour une part la représentation que le sujet a de lui-même : « Je suis nul », sa représentation de l'entourage : « Je suis un boulet pour tout le monde », « Ils ne me comprennent pas » et une représentation du futur inenvisageable : « Je ne vois pas de solution », « Je ne sais pas de quoi sera fait demain. »

Ces pensées négatives dépressives qui alimentent l'humeur triste amènent le patient à une attitude repliée et léthargique, « puisque rien n'est possible de toute façon ».

Le cercle de la léthargie

Les pensées négatives s'accompagnent souvent de sensations physiques pénibles : « Même une tâche toute simple, qui me paraissait anodine, apparaît aujourd'hui insurmontable », qui confortent le comportement d'inhibition, de prostration.

Ensuite ce comportement de repli, « de vie à petite vitesse » valide les pensées négatives.

