

JE VAIS CRAQUER – Henry Cuche, Alain Gérard  
Flammarion, Paris, 2002

La dépression n'est pas un privilège de class, de nantis, réservés aux populations dites évoluées. On se déprime à Paris comme à Bamako, en Bretagne comme au Maghreb, à Saint-Hilaire-du-Harcouët comme aux îles Sous-Le-Vent. On se déprime que l'on soit chirurgien, garagiste, paysan ou pêcheur de perles ; homme ou femme ; adolescent, adulte ou vieillard ; Noir ou Blanc... on se déprime que l'on vive sous les tropiques ou dans une H.L.M ; près des cocotiers ou de l'autoroute. On se déprime riche ou pauvre, célibataire ou marié, père et mère de famille ou sans enfant, que l'on ait tout pour être heureux, comme on dit, ou pauvre comme Job. P13 de l'avant-propos

Reste une différence : la façon de le dire. Un guerrier bantou ne s'exprimera pas comme un New-yorkais après dix ans de psychanalyse ; un analphabète comme un poète ou une professeur de faculté, une fermière du Vaucluse ou une ouvrière du Minnesota comme une geisha japonaise. Les uns, pour parler de leur dépression, emploieront les mots dont ils ont l'usage habituel, ceux qui font partie de leur patrimoine, de leur culture, de leur mode de vie ou, parfois, tout bêtement de leur idiome. P16 de l'avant-propos

Le diagnostic de dépression nerveuse se fait comme tout autre diagnostic en médecine. On recueille les informations, on regroupe les symptômes, on conclut. L'existence ou l'absence de cause logique évidente à la dépression ne doit pas faire réfuter le diagnostic. Il ne viendrait à personne l'idée de récuser le diagnostic d'infarctus du myocarde sous prétexte que le sujet est un grand sportif et que le matin même il faisait encore son jogging. P 3

Pour beaucoup, il n'y a pas de cause apparente ou bien la cause peut ne pas répondre à la logique commune ; ou encore la dépression trouve son origine dans l'intrication de plusieurs facteurs qui appartiennent à l'histoire du sujet, à des événements dont l'importance est subjective ; voire à l'héritage génétique, puisque certaines dépressions ont un caractère familial. P4

Les frontières entre neurologie et psychiatrie sont confuses et les causes des états dépressifs sont multiples. Dans certains cas, c'est une atteinte parfaitement organique, la lésion précise d'une zone du cerveau, qui est à l'origine de l'état dépressif. Cette éventualité explique pourquoi les psychiatres, comme d'autres médecins, sont conduits, devant certains malades à faire un examen physique de leurs malades, à demander des examens complémentaires, des électro-encéphalogrammes, des radios, des scanners, des prises de sang. D'ailleurs, nous verrons que, même si le diagnostic de dépression est évident, il faudra souvent faire un bilan à la recherche d'une tumeur au cerveau, d'une insuffisance thyroïdienne ou autres maladies dont les premiers symptômes sont volontiers dépressifs. P 17

La maladie dépressive atteint la vie affective, la vie intellectuelle et la vie somatique. Généralement les symptômes somatiques sont dominants, mais ce n'est pas une règle absolue. Il faut d'emblée insister sur la multiplicité des formes de dépression, même si toutes comportent un noyau commun. Comme dans un jeu de miroirs, les signes se déforment, grandissent, s'inversent. La perte d'appétit se transforme en boulimie, l'insomnie peut-être remplacée par des nuits de quatorze heures, l'amaigrissement laisse place à une prise de poids. (...) De plus, les symptômes de la dépression ont une expression et un éclairage différents selon la personnalité et l'histoire du déprimé. Mais attention ! Si l'expression diffère selon les malades, la nature clinique de la maladie dépressive demeure. P25

Cet état émotionnel peut, pour certains déprimés, s'améliorer par instants et laisser place à une joie apparente et brève. Ces transformations passagères de l'état émotionnel comme du comportement sont souvent source d'incompréhension (...). p 38

« Vous vous rendez compte des idées effroyables que j'avais... ». Ce nouveau discours, tenu par le déprimé guéri, témoigne bien que le suicide n'aurait pas été l'exercice de sa « liberté », mais le résultat d'un trouble temporaire de sa façon d'appréhender la vie. P49

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. Tache délicate... Dans cette situation, bien que spécialistes, nous nous sentons très humbles. Nous nous efforçons de transmettre au patient que, médecins, nous ne sommes ni tout-puissants, ni omniscients, mais que nous avons l'habitude d'entendre des propos sur la mort et le désir de mort. Et que nous disposons d'un arsenal de moyens (médicamenteux et psychothérapeutiques) qui peuvent aider immédiatement nos patients. P50

Sous l'influence des psychiatres nord-américains, un grand mouvement de la communauté psychiatrique a conduit à élaborer des critères diagnostiques. Cette démarche a pour objet d'éliminer le plus possible la subjectivité de l'observateur et de favoriser les échanges entre chercheurs de cultures différentes. Cet a priori est sans doute légitime dans le monde de la recherche. Il en va tout autrement dans la démarche médicale. La subjectivité intervient dans le recueil des données, dans l'analyse de celle-ci (contexte, culture), dans le rapprochement de certains symptômes, dans l'évaluation de la gravité présente comme dans l'évaluation du pronostic. Subjectivité et intuition participent à l'élaboration du diagnostic, à l'estimation du pronostic et à la conduite du traitement de la dépression. C'est à dire que le médecin, outre une connaissance théorique, doit posséder de l'intuition et un talent à l'instar du pianiste qui interprète une partition plutôt qu'il n'égrène des notes. La valeur du symptôme ne se limite pas à sa présence ou à son absence, pas même à des degrés de gravité. Il participe à un ensemble complexe qui donne une signification particulière à chaque élément. Chaque symptôme a un poids spécifique. Il pèse aussi d'un poids relatif selon la présence ou l'absence d'autres symptômes. P60

L'existence d'idées de mort, symptôme fréquent, changera de gravité (...) selon certains traits de personnalité : la personnalité du psychopathe favorise les passages à l'acte ; le déprimé à la personnalité paranoïaque prépare volontiers son suicide et peut l'étendre à ceux qu'il aime (suicide altruiste ») p60

Un symptôme n'a pas un sens univoque, son sens se précise par la présence des autres symptômes. P61

Personnalité et dépression ont des liens évidents, mais ils sont complexes et leur nature même ouvre sur de nombreuses interrogations. Certains traits de personnalité rendent le sujet vulnérable et facilitent les décompensations dépressives. Certaines personnalités pathologiques conduisent plus facilement à la dépression. En outre, certains traits ou certains troubles de la personnalité compliquent le traitement des patients déprimés. Analyser la personnalité du déprimé présente un triple intérêt :

- l'expression clinique de la dépression varie avec la personnalité du déprimé ;
- le choix du traitement, la conduite de ce dernier, les effets indésirables comme les effets thérapeutiques des médicaments dépendent, pour une large part, de la personnalité du malade ;
- le futur du déprimé, après l'épisode dépressif, dépend largement de sa personnalité.

L'étude des interactions entre personnalité et dépression permet de définir la façon de conduire les traitements et d'en améliorer les effets. P63

Mais alors qui sont les désavantagés, ceux que les coups de la vie vont plus facilement déstabiliser ? (...) Souvent, ce sont des sujets fragiles et vulnérables qui voudraient se réaliser pleinement, mais n'ont pas, en eux, toutes les ressources suffisantes. Ils n'ont pas les moyens de leurs ambitions ; c'est parce qu'ils perçoivent leurs limites qu'ils sont gênés dans leurs aspirations. Nous connaissons ces personnes souvent réservées, peu assurées, extrêmement consciencieuses, qui se montrent très sensibles aux moindres blessures, aux plus petites remarques. Peu convaincues de leur valeur propre, ne sachant pas bien qui elles sont vraiment, elles se cachent souvent derrière une sorte de façade qu'elles savent fragile et que ni les autres, ni la vie ne doivent attaquer. L'image que ces personnes ont d'elles-mêmes est mauvaise, souvent elles ont du mal à expliquer, à se raconter. Leur capacité à « penser » clairement leur difficultés, à les analyser en prenant un peu de distance est faible. Alors, elles résistent mal aux à-coups de la vie. Parfois, c'est à la vie tout court qu'elles se font mal. Dans ce cas, le mot de dépression accompagne souvent leur destinée, mais cela n'est alors ni une maladie ponctuelle, ni une réaction passagère, plutôt une manière particulière, un peu triste, d'être au monde. On parle alors de personnalité dépressive. P73

(...) Dans ces cas, la dépression n'est pas majeure, la mort n'est pas une obsession, la souffrance passe longtemps inaperçue. L'aspect dépressif n'est repéré qu'à posteriori, au travers de comportements ou de décisions inhabituelles. La pensée dépressive n'est pas au premier plan, ne s'exhibe pas, elle imprègne simplement, discrètement la vie du sujet. Tout le monde perçoit confusément que (...) « quelque chose » ne va pas, personne ne sait exactement quoi. P81

Si Sophie n'entreprend pas un travail psychologique lui permettant de mieux comprendre sa façon d'être, de se rassurer sur ses aptitudes à vivre, ce genre de situation se répètera de plus en plus souvent. Elle se coupera de plus en plus de son entourage... p89

Un psychiatre ? C'est sans doute le meilleur choix. En tout cas quelqu'un qui a du temps, qui sait comprendre, faire la part entre les difficultés existentielles et une douleur pathologique. P90

Il est souvent difficile d'identifier ce qui est réellement en question chez le sujet. Parfois, la cause avancée, en principe explicite, n'est qu'un brouillard dont le sujet s'enveloppe, sans le vouloir, sans le savoir, pour ne pas découvrir la ou les blessures profondes à l'origine de son état actuel. P90

Mais la vie psychique de chacun d'entre nous n'est pas simple. Plusieurs cadrans sont à surveiller. (...) Sur le tableau de bord psychique, les trois cadrans : humeur, fatigue, anxiété sont voisins, mais différents. P93

Pichot, Boyer, Brun - Questionnaire A.D.A. : Asthénie, Dépression, Anxiété p101-105

Questionnaire bref d'auto-évaluation des dimensions dépressive, asthénique et anxieuse.

Instructions (A lire très attentivement avant de remplir le questionnaire)

Voici une liste de propositions qui décrivent une série de symptômes. Afin de mieux connaître votre état, nous vous demandons d'y répondre. Pour chacune de ces propositions, si vous estimez pouvoir, en ce moment, compte tenu de votre état des sept derniers jours, prononcer la phrase correspondante, vous marquez une croix à « oui ». Suivant que le symptôme a une intensité : très importante, importante, moyenne ou relativement légère, vous mettez la croix à « oui, extrêmement », « oui, beaucoup », « oui, moyennement » ou « oui, un peu ».

Si vous estimez qu'en ce moment vous ne pouvez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à « non ».

Répondez à toutes les questions sans exception. Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

**AU COURS DE LA DERNIERE SEMAINE...**

		Non	Oui, un peu	Oui, moyennement	Oui, beaucoup	Oui, extrêmement
1	Je ne m'intéresse à rien					
2	Je me sens sans énergie					
3	Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits car ils m'effraient					
4	Je me sens si énervé(e) que je ne peux rester assis(e)					
5	Tout me demande des efforts					
6	J'ai quelque fois des idées de mort					
7	J'ai des sensations de faiblesses dans certaines parties de mon corps					
8	Je suis pris(e) de peur dans les espaces découverts ou dans les rues					
9	Je me sens nerveux(se) et je sens comme un tremblement intérieur					
10	J'ai l'impression de pesanteur dans les bras ou les jambes					
11	Je suis découragé(e)					
12	Je me fait des reproches					
13	Je me sens fatigué(e) sans raison					
14	J'ai des tremblements					
15	J'ai des difficultés d'attention, de concentration pour lire					
16	Je me sens bon(ne) à rien, inutile					
17	Je n'arrive plus à me décider, à agir					
18	Je me sens las(se), courbatu(e), les membres lourds					
19	J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou					

	qu'il s'emballe					
20	J'ai l'impression d'être tendue					
21	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir					
22	Je suis soudainement effrayé(e) sans raison					
23	Je suis triste, je ne vois pas d'issue					
24	J'ai envie de m'allonger, de me reposer					

Attribuer à chaque croix, pour chaque ligne, une valeur de 0, 1, 2, 3, 4 selon qu'elle figure dans une case « non » =0, « oui, un peu »=1, « oui, moyennement »=2, « oui, beaucoup »=3, « oui, extrêmement »=4.

Le total A-1 (asthénie) est calculé en faisant la somme des notes obtenues pour les lignes : 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 24

Le total D (dépression) est calculé en faisant la somme des notes obtenues pour les lignes : 1, 6, 11, 12, 16, 17, 21, 23

Le total A-2 (anxiété) est calculé en faisant la somme des notes obtenues pour les lignes : 3, 4, 8, 9, 14, 19, 20, 22

Les trois chiffres obtenus sont répartis sur le diagramme ci-contre et figurent ainsi une représentation simplifiée des niveaux respectifs d'asthénie, de dépression et d'anxiété (correspondant à la période d'une semaine qui a précédé la réponse à ce questionnaire). [Attention, ce questionnaire permet plus d'orienter que d'affirmer, il permet d'éclairer d'éventuelles confusions entre les différents états qui peuvent se ressembler mais sont malgré tout différents]

A-1 : Asthénie	D : Dépression	A-2 : Anxiété
32	32	32
31	31	31
30	30	30
29	29	29
28	28	28
27	27	27
26	26	26
25	25	25
24	24	24
23	23	23
22	22	22
21	21	21
20	20	20
19	19	19
18	18	18
17	17	17
16	16	16
15	15	15
14	14	14
13	13	13
12	12	12
11	11	11
10	10	10
9	9	9
8	8	8
7	7	7
6	6	6
5	5	5
4	4	4
3	3	3
2	2	2
1	1	1

Le fatigué	Le déprimé
A envie de faire les choses mais se fatigue vite	A perdu l'envie d'entreprendre quoi que ce soit et se

	le reproche
Entame sa journée avec un certain entrain, mais ne tient pas la distance, ne peut achever ce qu'il a entrepris	Est anéanti dès le réveil à la perspective de la journée qui s'annonce ; son manque d'élan vital lui fait dire : « encore une journée »
Termine sa journée découragé, à bout	Se sent moins mal le soir : « le meilleur moment de la journée, c'est le soir ».
Rumine volontiers ses soucis avant de s'endormir	S'endort souvent bien, mais se réveille plus tôt qu'à l'ordinaire et connaît alors des états d'angoisse
Est très conscient des facteurs extérieurs : trop de travail, vie inadaptée	Perçoit souvent que son état vient de l'intérieur
Sait qu'il doit y avoir une solution, même si elle est difficile à trouver dans l'instant	N'a pas vraiment espoir d'en sortir
A un futur clair, ça ira mieux demain ou après-demain, ou après les vacances	A un futur sombre, « je ne vois pas ce qui pourrait changer » p 96

L'angoissé	Le déprimé
Se sait malade, visite volontiers les médecins, a tendance à abuser des médicaments	Ignore souvent son trouble et a du mal à croire aux diverses thérapeutiques
Veut être compris ; il s'excusera d'insister, mais prendra beaucoup de temps pour décrire son état	A renoncé à communiquer, s'excuse volontiers de vous prendre un temps qu'il ne pense pas mériter
S'exprime ; il dispose d'une multitude de mots, d'images, de gestes, pour expliquer ce qu'il vit	Son expression est pauvre, ses mots rares ; il faut lui extraire les réponses ; il ne peut faire partager son expérience dépressive
Combat volontiers son angoisse par un excès d'activité	Ne cherche même plus à lutter
A très peur de la mort. Il la fuit, veut la fuir à tout prix	Lorsque son état est grave, vit un désir de mort qui le soulagerait de sa souffrance
Ressent l'environnement comme incertain	Ne se soucie plus ou à peine de ce qui l'entoure
Dès sa crise aigue passée, retrouve sa joie de vivre, sa bonne humeur	Est figé de façon durable dans sa souffrance dépressive
Espère en son avenir, un avenir plein de projets ; il redoute seulement la venue de nouvelles crises d'angoisse	Ne peut plus se projeter dans le futur qui, de toute façon, est totalement gris
Est très vite sensible à l'effet « calmant » de la consultation	Est très difficile à rassurer, à convaincre qu'il y a quelque chose à faire
Est largement soulagé, à court terme, par les tranquillisants	N'est pas ou très peu amélioré par des tranquillisants prescrits seuls
Dort mieux grâce aux hypnotiques	Continue de se réveiller à quatre ou cinq heures du matin, malgré le somnifère p 99

On confond souvent dépression avec ses voisins : tristesse, fatigue, anxiété p106

Si tous les déprimés présentent des symptômes en commun, chacun a ses particularités, liées à la personnalité, l'âge ou le sexe... p121

Bien soigner un déprimé nécessite une connaissance détaillée des signes de la maladie, de ses causes, des moyens pour la traiter : c'est le Savoir. P 121