

Les dépressions au fil de la vie

Anne Carpentier¹ – 20/9/10 – revu 27//06/11 – 17/4/12

Table des matières

Introduction.....	2
Définition :	2
Des corps et des esprits différents, des vulnérabilités différentes :	3
Du côté des femmes : le Syndrome prémenstruel.....	3
Dépression masquée	4
Dépression et addictions	5
Troubles émotionnels de la grossesse et de la maternité	5
Le Post-partum blues ou baby blues	5
La psychose du post-partum :	6
Dépression périnatale ou « dépression de la maternité » :	7
La dépression du père	8
Conséquence de la dépression périnatale sur les interactions précoces	9
Dépression du nourrisson	10
La dépression de l'enfant :	11
La dépression de l'adolescent	12
Crise de la quarantaine et crise du milieu de vie :	14
Dépression de la femme à la ménopause	14
Dépression de la personne âgée : quand l'espérance de vie se transforme en désespérance de vie..	15
Accompagner une personne souffrant de dépression :	16
Bibliographie.....	17

AVIS IMPORTANT

Les fiches et récits d'expériences « Pratiques » sont diffusés dans le cadre du réseau d'échanges d'idées et de méthodes entre les ONG signataires de la « charte Inter Aide ».

Il est important de souligner que ces fiches ne sont pas normatives et ne prétendent en aucun cas « dire ce qu'il faudrait faire »; elles se contentent de présenter des expériences qui ont donné des résultats intéressants dans le contexte où elles ont été menées.

*Les auteurs de « Pratiques » ne voient aucun inconvénient, au contraire, à ce que ces fiches soient reproduites à la condition expresse que les informations qu'elles contiennent, soient données **intégralement y compris cet avis**. Si elles sont citées, la source (Réseau Pratiques) et les auteurs doivent être mentionnés **intégralement***

¹ Anne Carpentier est psychopraticienne Gestalt-thérapeute et supervise pour Inter Aide les programmes sociaux & psychosociaux menés à Manille aux Philippines. Elle est aussi responsable du réseau [Pratiques](http://www.interaide.org/pratiques)

Introduction

Certaines étapes de la vie sont particulièrement exposées au risque de dépression — les grandes crises de croissance, de la naissance à la mort... toutes les grandes étapes de crises existentielles que l'on traverse dans la vie, crises « autoréférentielles » pour emprunter un terme à la systémie² : accès à la parentalité, maternité pour la mère et son bébé, enfance, adolescence, crise du milieu de vie, 3^e puis 4^e âge... Ces périodes sont marquées par de profonds remaniements psychiques, affectifs, sociaux, existentiels, autant que par des bouleversements biologiques, hormonaux et corporels...

Cela montre bien l'indissociabilité du corps et de l'esprit et l'indissociabilité de l'organisme et de son environnement, toutes choses que les récentes avancées des neurosciences confirment : sans doute peut-on dire que la dépression est une maladie du corps-esprit et qu'elle est indissociable de la relation à l'environnement. En effet, une personne ayant une prédisposition génétique à la dépression vivant dans un environnement protecteur pourra ne jamais vivre d'épisode dépressif tout au long de la vie. En revanche, dans un environnement défavorable (négligence, maltraitance, abandon, violence intrafamiliale, grande précarité...) elle sera plus à risque. A l'inverse, une personne sans prédisposition génétique à la dépression pourra vivre un épisode dépressif dans des circonstances particulières (catastrophe, guerre, exil... mais aussi immigration, exode, déplacement, chômage longue durée, séparation, maladie, deuil...).

Définition :

État pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt intellectuel.

La dépression n'est pas un mal-être existentiel ni un « coup de déprime ». La dépression est une maladie qui entraîne souffrance et gênes.

Les personnes ayant vécu une dépression disent que leur état au cours de la dépression est **très différent** de tout ce qu'elles pouvaient avoir connu auparavant.

Les émotions qu'elles éprouvent, les idées qui les traversent sont imprégnées d'une **souffrance morale permanente, plus insupportable** que toute autre souffrance déjà endurée. Autre différence avec les émotions habituelles de la vie, les personnes ont **l'impression d'être coupées de leur entourage**.

L'état dépressif se caractérise par un changement profond (une véritable rupture) par rapport au fonctionnement habituel. Trois éléments principaux sont typiques de cet état :

- une **tristesse inhabituelle**, différente d'après les personnes qui souffrent de dépression de la tristesse normale (cette tristesse est particulièrement intense, elle n'est pas « directement » reliée à une cause, rien ne l'apaise, elle se mêle d'angoisse et d'un sentiment de « fatalité ») ;
- une **perte d'intérêt et de plaisir** qui touche tous les domaines de la vie ;
- une **association de plusieurs symptômes** durables qui entravent douloureusement la vie quotidienne.

Les 9 critères diagnostiques de la dépression sont

Critères spécifiques

- Humeur dépressive
- Pertes d'intérêt ou de plaisir pour les activités
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Idées suicidaires récurrentes

Critères non spécifiques

² Voir *Les étapes du développement de l'enfant : de la naissance à...* § 8, p.39 – A.Carpentier 2011
http://www.interaide.org/pratiques/pages/urbain/petite_enfance/Etapes_du_developpement_Anne_Carpentier_2011.pdf

- Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Troubles de l'appétit (augmenté ou diminué avec perte ou gain de poids)
- Difficulté de concentration
- Fatigue ou perte d'énergie

Des corps et des esprits différents, des vulnérabilités différentes :

Selon les statistiques, les femmes ont deux fois plus de risque de subir une dépression durant leur vie que les hommes.

Là encore le corps influe sur l'esprit... Des premières règles à la ménopause, en passant, peut-être par la maternité, la vie des femmes est durant 40 ans, (statistiquement, de 12 à 52 ans) rythmée par des cycles hormonaux qui peuvent influencer sur leur humeur, jusqu'à générer des troubles de l'humeur. (Syndrome prémenstruel SPM, dépression de la ménopause).

Du côté des femmes : le Syndrome prémenstruel³

Le Syndrome prémenstruel (SPM) survient régulièrement la semaine qui précède les règles et disparaît le 1^e jour des règles. 10 à 50% des femmes souffrent de symptômes prémenstruels sans toutefois en présenter tous les symptômes.

Ce syndrome est provoqué par une réponse aux changements hormonaux du cycle menstruel. Les femmes qui souffrent de PMS présenteraient un risque accru au baby blues et à la dépression du post-partum (Delbrouck p.343).

« Des travaux récents ont permis d'estimer que 3 à 10% de la population féminine en âge de procréer ne présente aucun trouble prémenstruel. 50% des femmes présenteraient un malaise d'intensité modérée et 35% des symptômes qui entraîneraient un certain degré de perturbation de la vie sociale, professionnelle ou familiale. Enfin 5 à 10% des femmes souffriraient d'un syndrome prémenstruel sévère entraînant une perturbation grave de leur vie ». *Syndrome prémenstruel : Une mise au point*
Peut-on voir le trouble dysphorique prémenstruel comme une version féminine de la dépression brève récurrente ? « La phase prémenstruelle couvre en effet le 25% du cycle et il n'est donc pas facile de distinguer le syndrome prémenstruel sévère d'un cas de dépression brève récurrente, indépendante du SPM, à moins que cette dernière ne se manifeste toujours à une autre période du cycle.

Le profil typique de la patiente souffrant de SPM est celui d'une femme d'âge moyen, cultivée, qui travaille, mariée avec des enfants ou seule, anxieuse et déprimée, avec de nombreux problèmes médicaux et gynécologiques et qui a déjà consulté des psychothérapeutes. La souffrance de ces patientes est indiscutable et les conséquences psychosociales reconnues dès les années '50 grâce, en particulier, aux travaux de K. Dalton. Cet auteur a montré que ces affections constituent un facteur de perturbation de l'adaptation sociale. Le SPM diminuerait le rendement des étudiantes à l'école (1960) et serait associé à une augmentation du nombre d'accidents au travail (1960) et de l'activité criminelle (1961).

D'autres auteurs ont confirmé, plus récemment, que le nombre de journées de travail perdues en raison de troubles de type prémenstruel pourrait être très élevé et que l'impact psychosocial de ces mêmes troubles diffère dans les pays industrialisés et dans les pays du tiers-monde ». *Syndrome prémenstruel : Une mise au point*

La poule ou l'œuf ? le syndrome pré-menstruel cause-t-il des troubles de l'humeur, ou est-il provoqué par des troubles de l'humeur ? Les femmes savent bien qu'à différents moments de leur vie, elles peuvent ou non souffrir de symptômes prémenstruels. Selon la gynécologue Danièle Flamenbaum,

³ Sources : *Syndrome prémenstruel : Une mise au point* A. Lastrico, A. Andreoli, A. Campana - Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Syndrome_premenstruel.htm

(*Femme désirée, femme désirante*, Payot 2006) un processus naturel ne doit pas être douloureux. Disménorrhée, règles hémorragiques, SPM, traduisent un mal-être qui peut, d'après l'auteur, trouver ses origines dans la généalogie, et en particulier dans la lignée des femmes. Si la souffrance a aussi une origine psychologique, il n'en reste pas moins qu'elle est bien réelle, comme dans tous les troubles psychosomatiques.

Syndrome prémenstruel et troubles affectifs : « à partir des années 80, l'étude des relations entre SPM et troubles de l'humeur a été facilitée par l'introduction des méthodologies d'évaluation clinique et diagnostique standardisées. Il a été alors observé que la prévalence du SP diagnostiqué avec le Premenstrual Assessment Form (PAF⁴) peut atteindre 62% dans des collectifs de femmes présentant des troubles dépressifs majeurs ». *Syndrome prémenstruel : Une mise au point.*

Traitement : En général, on s'accorde à penser que l'approche thérapeutique devrait commencer par des moyens non médicamenteux : relation médecin-patiente; information et tenue d'un calendrier quotidien d'auto-évaluation des troubles; conseils hygiéno-diététiques (limiter les stress, évacuer la tension nerveuse, alimentation appropriée, expliquer le problème à l'entourage, alimentation). En cas de persistance des troubles, on peut envisager un traitement pharmacologique (huile d'onagre, vitamine B6, progestatifs, contraceptifs oraux...).

Dépression masquée

Chez les hommes, la dépression est plus souvent masquée, car ce n'est en général pas considéré comme « socialement acceptable » pour les hommes d'exprimer tristesse, désespoir, perte de motivation et sentiment d'impuissance, qui seront perçues comme une marque de faiblesse et de non-virilité ; la dépression s'exprimera alors par de **la fatigue**, des **douleurs somatiques**, **de l'agressivité**, des **comportements addictifs** (tabac, alcool, jeux — mais aussi « **workoholism** », sport à outrance⁵... cf. ci-dessous) des **maladies vasculaires** et **infarctus** (une majorité de personnes ayant souffert d'un infarctus présentent une dépression concomitante ou préexistante, ou consécutive à un infarctus. Notons aussi qu'en cas d'infarctus, le/la conjoint(e) du malade fera une dépression dans 20 à 50% des cas...)

La dépression dite masquée se cachera derrière des signes relativement banaux comme :

- une sensation de fatigue,
- des douleurs erratiques et rebelles aux antalgiques, où un organe précis a valeur de dépression : le patient se plaint que de troubles physiques, car admettre une composante psychique serait déshonorant
- une insomnie isolée,
- un malaise physique mal défini.

- Une variation, au cours de la journée, des symptômes suivants peut également être un signe d'état dépressif :
 - tristesse et perte de la sensation de plaisir, difficultés de concentration intellectuelle, idées noires,
 - la résistance aux thérapeutiques habituelles (repos pour la fatigue, antalgiques pour les algies, somnifère pour l'insomnie) est également un signe d'état dépressif⁶.

La dépression saisonnière, une dépression masquée ?

La dépression saisonnière est en lien avec la baisse de la luminosité, (qui joue sur la production de neurotransmetteurs, sérotonine et mélatonine). Elle est d'autant plus fréquente qu'on va vers le nord de l'hémisphère nord (Canada, Scandinavie). Elle pourrait être limitée par l'alimentation (elle est par exemple peu fréquente parmi les Islandais, grands consommateurs de poisson gras, contenant les fameux acides gras essentiels, les omega 3). Pour en savoir plus

http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=depression_saisonniere_pm

⁴ www.wvclinic.com/documents/pmsquest.doc

⁵ Voir fiche Addictions, Anne Carpentier 2010

http://www.interaide.org/pratiques/pages/urbain/social/Addictions_Fr_mai_2010.PDF

⁶ http://www.etat-depressif.com/depression/comment/depmasq_descr.htm

La dépression hostile est une forme de dépression masquée qui se manifeste uniquement par de l'agressivité.

Dépression et addictions

L'addiction, selon la psychanalyste Joyce MacDougall est une tentative d'autoguérison⁷. La personne dépressive peut utiliser l'alcool (de même que le tabac, cf. Lowenstein, *Ces dépendances qui nous gouvernent*) comme antidépresseur. Mais en retour, l'alcool va entretenir, voire aggraver et chroniciser les symptômes de la dépression.

L'alcool est une très petite molécule qui circule aisément à l'intérieur du cerveau et se fixe sur de nombreux récepteurs. Selon Gourion et Lôo, (*Guérir de la dépression – Les nuits de l'âme* voir biblio), une consommation massive d'alcool peut aussi provoquer une réaction dépressive, de même que de nombreux patients déprimés qui n'avaient pas de réel problème d'alcool avant la dépression se mettent à en abuser pendant la maladie. L'alcool rend également résistant au traitement médicamenteux de la maladie. L'arrêt est donc souvent une aide efficace...

Le cannabis : les effets du cannabis sur la dépression commence à être connus et l'usage précoce semble particulièrement à risque : une étude australienne sur 3 000 adolescents, citée par Gourion et Lôo (p. 97) a montré que la consommation avant 15 ans multiplie par 3 le risque de dépression. Par ailleurs la consommation de cannabis peut provoquer un véritable syndrome amotivationnel : perte d'énergie, de motivation, indifférence affective, entraînant échec scolaire, retrait... Cela ressemble fort à la dépression, mais régresse généralement spontanément quelques semaines après l'arrêt du cannabis.

Le tabac : considéré comme une drogue «douce», « le tabac est une drogue dure au sens addictif du terme, une drogue qui accroche » dit Lowenstein⁸ (c'est avec l'héroïne une des drogues qui accroche le plus !); de plus, cette substance devient psychiatriquement dangereuse le jour où l'on arrête de fumer ! Là débute une avalanche de désagréments : humeur dépressives, irritabilité, anxiété, difficulté de concentration... Certaines études révèlent que 80% des déprimés avérés sont des fumeurs et qu'il existe 3 à 4 fois plus d'antécédents dépressifs chez les tabaco-dépendants que chez les non-fumeurs. Un médicament initialement testé comme antidépresseur (le bupropion, Zyban®) diminue sans effort l'envie de fumer chez 30% des « accros » à la cigarette traités par cette molécule.

Troubles émotionnels de la grossesse et de la maternité

Le Post-partum blues ou baby blues touche près d'une mère sur deux selon Gourion, Lôo, 2010, et de 50 à 80% selon T.B. Brazelton, et survient au 3^e jour après l'accouchement : les causes sont la chutes brutales des hormones de la grossesse, combinée à la fatigue et à la déstructuration des rythmes du sommeil due aux soins du bébé, et à la prise de conscience des responsabilités qui incombent désormais à la jeune mère... Labilité émotionnelle, larmes, rires, tristesse... Tout cela ne dure que deux ou trois jours. Si les symptômes se prolongent, l'on peut songer alors à une dépression post-natale **et il faut consulter**.

Les causes du blues sont multiples : il cumule la fin du stress de la grossesse et de l'accouchement avec des conditions hormonales nouvelles. Il se développe du 2^e au 10^e jour avec des pics aux 3^e et 5^e jours et guérit spontanément en 10 jours. Il se caractérise par des pleurs (« larmes de joie »), labilité de l'humeur, sentiment « d'élation ». Les femmes s'y abandonneraient plus facilement dans un environnement contenant (soutien de leur compagnon, ou de leur propre mère). Selon ce point de vue le baby-blues serait même un luxe auquel une jeune mère isolée et/ou dans un état de stress ne pourrait se laisser aller.

⁷ Joyce McDougall « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse* 2/2004 (Vol. 68), p. 511-527. <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-2-page-511.htm>

⁸ William Lowenstein, *Ces dépendances qui nous gouvernent*, Livre de poche 2005

Pour Monique Bydlowsky, le baby-blues est aussi la traduction émotionnelle d'un double phénomène : le deuil de la fin de la grossesse, et la « dénudation psychique » que vit la jeune mère et qui va lui permettre de se mettre en phase avec son nouveau-né. Le blues témoignerait de la désorganisation / réorganisation du moi maternel et serait l'exacerbation de la préparation de la mère à saisir les indices en provenance de son enfant. Cela expliquerait son universalité. (M. Bydlowsky dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Braconnier & Golse, Erès 2010)

La psychose du post-partum :

La psychose du post-partum touche 1 à 2 ‰ des accouchées.

La naissance peut être un événement précipitant dans le développement d'une psychose (Paffenberg, 1964, cité par Dayan, 1999, p. 125).

Il peut y avoir des symptômes non-psychotiques avant l'accouchement dans 50 à 80% des cas (Dayan 1999, p. 142). Selon Dayan, les facteurs de risque sont : bouffées délirantes à l'adolescence ; et troubles bipolaires Une dépression antérieure à la grossesse ne serait pas en tant que telle un facteur de risque (Dayan 2000).

La première maternité peut révéler une schizophrénie restée latente jusque-là. (M. Bydlowsky, « les dépressions maternelles en question » dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Braconnier & Golse, Erès 2010).

Risques principaux : suicides (5% à court ou à long terme) et infanticide (4%).

Le pronostic des accès aigus est favorable (durée 5 à 11 mois avant introduction des traitements par psychotropes).

Récidives puerpérales (autour de la naissance) et non puerpérales = 50%, diminué par l'espacement entre les grossesses, augmenté si il ya eu un épisode psychotique préalable non puerpérale.

Facteurs de risque démontrés :

- Primiparité (1^{er} enfant) : 70% de primipares (mères ayant leur 1^{er} enfant) parmi les psychoses puerpérales. Les études transculturelles montrent aussi une augmentation du risque chez les grandes multipares (les mères ayant un grand nombre d'enfants).
- Les antécédents de troubles de l'humeur (notamment troubles bipolaires)

Selon Lebovici (cité par Dayan, 1999, p.152), « d'abord l'accouchée doit faire le deuil de son état de grossesse et de l'enfant imaginaire, parfait, idéal et conforme à chacun de ses désirs, y compris à leurs contradictions. Ensuite elle doit faire le travail inverse : celui d'attacher à l'enfant nouveau-né des désirs, des espoirs, des sentiments. (...) Devenir une mère maternante est la façon habituelle de se guérir d'avoir accouché ».

(Dayan, 1999, p.152) : « Si le travail de deuil n'a pu être préparé avant la naissance, l'enfant fait brutalement irruption, entraînant un véritable traumatisme ».

Aussi, l'association des modifications hormonales, de l'asthénie du travail et de l'accouchement, peut être aggravée par les troubles d'identité provoqués par la gestion du conflit d'ambivalence reliant la jeune mère à sa propre mère.

Le délire peut être empreint de thèmes de négation (je n'ai pas accouché / ce n'est pas mon enfant) ; le délire peut aussi traduire l'emprise de fantasme de filiation narcissique qu'illustre la négation des liens d'alliance (ce n'est pas mon mari) – l'apothéose de ce délire étant la filiation divine (ou diabolique) ; ou la filiation exclusivement féminine (poupées russes...) ou par « parthénogenèse ». « Dans ce monde du double, la notion d'identité personnelle devient précaire. (...) La représentation de soi ne peut plus s'étayer et le sentiment de soi vient à se dissoudre. Accompagnant la confusion, se manifestent souvent des angoisses intenses de morcellement et de destruction liées au vécu de dépersonnalisation ». (Dayan 1999, p.153)

Traitement : hospitalisation mère-enfant

Dépression périnatale ou « dépression de la maternité » :

La dépression post-natale surgit dans les deux mois qui suivent l'accouchement. Les statistiques indiquent qu'une mère sur 10 fait une dépression post-natale (Gourion, Lôo, 2010).

Ce chiffre est considérable et la **souffrance touche en fait deux personnes, la mère et le bébé**. Le bébé est si sensible à la souffrance de sa mère que c'est parfois lui qui indique le diagnostic au médecin/pédiatre ou au psy : troubles du sommeil, de l'alimentation, pleurs prolongés, absence de prise de poids, anorexie, régurgitations... traduisent la souffrance du bébé face à une mère déprimée, le trouble d'interaction précoce et la souffrance de la dyade mère-enfant.

Spécificités : (Dayan 1999, p.80)

Dépression post-partum (DPP)	Dépression ordinaire
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveil précoce
Labilité émotionnelle, irritabilité	Constance de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Pertes d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée sur le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Fréquence du ralentissement psychomoteur
Risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure augmenté	Pas de risque augmenté en post-partum

Le début est souvent insidieux, parfois sous la forme du baby-blues qui se prolonge.

Deux pics de fréquence signalés : les 6 premières semaines et entre le 9° et le 15° mois.

Les éléments les plus caractéristiques sont :

- sentiment d'incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant ;
- absence de plaisir à pratiquer les soins, sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé ;
- phobies d'impulsion ;
- irritabilité, agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants.

(Dayan 1999, p.81).

Une mère déprimée, dépassée par sa souffrance, ayant le sentiment de ne pas être à la hauteur, ne parvient pas à s'accorder affectivement (voir D. Stern⁹ sur l'accordage affectif) à son bébé. Ces difficultés d'accordage entre la mère et le bébé, dont on suppose (cf. Allan Shore¹⁰) l'impact négatif sur le développement affectif du nourrisson, aggravent la souffrance morale et alimentent les ruminations morbides de la mère (« je suis incapable de m'en occuper, je suis une mauvaise mère »...).

A cela s'ajoute la **culpabilité** de ne pas savoir, de ne pas ressentir le bonheur escompté, la pression sociale, ce qui fait que les mères n'osent pas parler de leur désarroi et de leur souffrance, ni consulter... (L'idéalisation de la maternité, portée par la société, peut ainsi être vue comme un facteur de risque...)

Mais une « mère **suffisamment** bonne »¹¹ est une mère entourée et soutenue, matériellement (ça aide mais cela ne suffit pas...) et affectivement, par le père, par sa propre mère, par la famille, par la société, qui a aussi une part de responsabilité considérable dans les statistiques citées ci-dessus...

⁹ *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Daniel Stern, PUF le Fil Rouge 2003

¹⁰ <http://www.allanschore.com/>

¹¹ La formule de Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais (1896-1971) « a good enough mother » a été inexactement traduit en français par "mère suffisamment bonne". "Good enough" veut dire "passable" : voici ce qu'en dit la grande psychanalyste (parfaitement bilingue puisque néo-zélandaise, formée par Winnicott à Londres puis Lacan à Paris) Joyce Mac Dougall : « ce propos, il est à noter que la traduction désastreuse en français de "good enough mother" ne veut absolument pas dire "suffisamment bonne", loin de là. "Good enough" implique : "c'est pas très bien, mais ça peut aller," adéquate sans plus. Et Winnicott d'ajouter que la "good enough mother" est quelqu'un qui "n'est pas trop persécutante pour son bébé" ».

Différencier le diagnostic entre baby blues / psychose puerpérale / dépression post-partum / hypothyroïdie... (cf. Dayan 1999 p.81) le plus délicat étant d'identifier la souffrance maternelle souvent masquée.

L'auto-questionnaire EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale, en 10 questions, que l'on trouve facilement sur internet <http://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>) permet le dépistage de façon aisée et fiable dès la 8^e semaine (M. Bydlowsky dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Braconnier & Golse, Erès 2010)

Parfois, on l'a vu, c'est le bébé qui portera les symptômes de la souffrance de sa mère : troubles du sommeil, de l'alimentation, pleurs prolongés, absence de prise de poids, anorexie, régurgitations, vomissements... Des consultations pédiatriques multiples sans vraie raison apparente peuvent aussi être un signe de souffrance maternelle masquée.

D'après Dayan (2002), près d'une dépression post-natale sur deux a en fait commencé pendant la grossesse, c'est pourquoi il parle de dépression périnatale.

La dépression anténatale affecte entre 10 et 20% des grossesses.

Effets de la dépression sur le fœtus encore peu connus : « l'altération du climat intra-utérin due aux modifications des hormones maternelles impliquées dans la régulation de l'humeur pourrait affecter le nouveau-né rendu plus facilement irritable et difficilement consolable. Cette irritabilité pourrait conduire à son tour à l'exacerbation des sentiments dépressifs maternels eux-mêmes renforçant les difficultés du nourrisson dans une sorte de spirale négatives ».

« Entre 20 et 50% de dépression du post-partum sont marqués par des affects dépressifs pendant la grossesse (...). L'appellation de "dépression de la maternité" pourrait ainsi être plus appropriée ». (Dayan) :

Il est intéressant de constater que le fait essentiel n'est pas la naissance elle-même mais l'accès au statut maternel. Entre 20 et 50% de dépressions du post-partum sont marqués par des affects dépressifs pendant la grossesse (...). L'appellation « dépression de la maternité » pourrait ainsi être plus appropriée.

Certains facteurs potentialisent le risque pour une mère d'être déprimée durant le post-partum. Il s'agit des risques communs à toute dépression non psychotique : les difficultés conjugales, l'isolement social et effectif, les stress. L'ensemble des modifications corporelles, sociales, professionnelles, affectives, sexuelles qui accompagnent la maternité, la vigilance élevée qu'elle nécessite, l'astreinte des soins à l'enfant sont autant de stress qui pourraient peut-être à eux seuls expliquer la survenue de syndromes dépressifs du post-partum. ... Toutefois cette explication sommaire apparaît insuffisante pour comprendre la survenue de toutes les dépressions postnatales. (...)

Quand les mères déprimées prennent conscience du caractère anormal de leur état, elles l'interprètent plus souvent en termes moraux que psychopathologiques. Se jugeant déficientes dans leurs capacités maternelles, voire mauvaises mères, leur culpabilité les handicape pour demander de l'aide. (Dayan, 2000, p.128-129)

Des consultations psy systématique de prévention, prénatales et post-natales (une consultation durant la grossesse, une après l'accouchement) ou d'autres dispositifs d'accompagnement (la « doula » au Canada) ont pourtant fait la preuve de leur impact positif pour la prévention des dépressions périnatales. (Dayan 1999, p.109)

Il y a des dépressions « productives » qui permettent un ajustement à la nouvelle situation ; et des dépressions non productives.

Mauvaise qualité des relations conjugales, absence de soutien social (stress, isolement) auraient une influence sur la survenue d'une DPP, mais les études sont contradictoires (Dayan 1999, p.89).

L'âge de la grossesse ne semble pas avoir d'influence, hormis dans les extrêmes : grossesse tardive non souhaitée et grossesse précoce : la DPP toucherait ¼ des mères adolescentes.

Un deuil concomitant, ou un deuil périnatal antérieur sont évidemment des facteurs de risque.

La dépression du père existe aussi (la survenue est en général décalée de plusieurs mois par rapport à celle de la femme) : **parfois masquée** (addictions, **fuite dans le travail** ou "workoholism"...).

Provoquée par changement de statut, poids des responsabilités, changement dans l'équilibre du couple, dépression de la compagne... Dayan y consacre un chapitre entier (p.158 et suivantes).

Beaucoup d'auteurs ont évoqué les **relations difficiles entre la jeune mère et sa propre mère**, et sa corrélation avec la survenue d'une DPP (Dayan 1999, p.89) : les auteurs français ont surtout exploré les relations dans l'enfance (difficultés familiales majeures et séparations précoces) tandis que les études anglo-saxonnes ont surtout porté sur les relations actuelles : des relations proches mais tendues et difficiles sont souvent citées.

En effet, la naissance d'un enfant fait revivre à chaque parent, et en particulier à la mère, les moments conflictuels de sa petite enfance et les difficultés qui ont été celles de son propre attachement. Les femmes qui ont eu des expériences carenciales précoces seront mises en difficulté pendant la grossesse et après la naissance. **La jeune femme, envahie par la honte de ne pas être conforme à son idéal de mère, ne pourra que déprimer ou se défendre face aux exigences de l'enfant.** (M. Bydlowsky dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Braconnier & Golse, Erès 2010, - p.92).

Traitement : psychothérapie de la mère ou mère-nourrisson si troubles de l'interaction.

Pas d'antidépresseurs si allaitement.

Alimentation équilibrée (vitamines, minéraux, acides gras essentiels) et hygiène de vie (repos...), soutien familial et social.

Conséquence de la dépression périnatale sur les interactions précoces

Selon Field (cité par Dayan 1999, p.92), l'indisponibilité maternelle (surtout si la mère est seule à s'occuper de son enfant) affecterait davantage le bébé qu'une séparation. Si la mère n'est pas disponible (et si l'entourage n'est pas disponible), le bébé recherche les moyens d'une régulation propre, qui, s'ils sont infructueux, peuvent conduire à un état de détresse et / ou des affects déprimés. Ici, **la responsabilité de l'entourage, familial et social, (et du soutien que l'entourage donne à la mère)** est grande.

Le comportement de la mère *peut* être intrusif ou hyper-stimulant et tout autant désaccordé (réponse du bébé = « regard vague ») ou alors désengagé (réponse du bébé = protestation) ; le bébé répond par des comportements positifs à une attitude positive de la mère. Ce qu'on note comme plus caractéristique est un accordage moindre aux comportements de l'enfant, et plus de comportements « négatifs ».

Les études (souvent contradictoires) montrent plus d'attachement *insecure* chez les enfants de mères déprimées (Dayan 1999, p.99), davantage de troubles du sommeil, des problèmes d'alimentation, et des difficultés de séparation. C'est la qualité de l'interaction qui semble avoir un impact sur le développement de l'enfant plus que la dépression en tant que telle. Des interactions « good enough » (« suffisamment bonnes » ou juste assez bonnes¹²) permettent un bon développement de l'enfant.

Il est probable que les facteurs dépressifs et l'adversité sociale conduisent à une synergie perturbant les interactions mère-enfant. Plusieurs études ont en effet montré que chez les mères d'un milieu social aisé, la seule dépression ne suffit pas à entraîner significativement une augmentation de la fréquence des troubles graves de relation mère-enfant ou des troubles infantiles (Dayan 1999, p.103). En fait c'est sans doute la disponibilité et la qualité de l'entourage qui va protéger l'enfant (que l'entourage soit d'un milieu socio-économique plus ou moins élevé ne constituant qu'une influence parmi d'autre).

Au total, l'ensemble de ces études semblent prédire un risque cognitif jusqu'à 18 mois ou de comportement plus tardivement (mais il reste difficile de faire le tri entre les effets de la dépression post-partum (DPP) et l'adversité sociale ou des relations conjugales conflictuelles).

¹² Rappelons que la formule de Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais (1896-1971) « a good enough mother » a été inexactement traduite en français par « mère suffisamment bonne ». "Good enough" veut dire « passable ».

A long terme, les conséquences peuvent être : plus grande fragilité à la dépression, addictions...

« Tout objet d'addiction sert d'objet transitionnel qui incarne la présence maternante et maternelle. Les enfants possèdent souvent un objet transitionnel qui leur permet de supporter la séparation avec leur mère. Mais il y a des gens qui n'ont eu aucun objet transitionnel, peut-être parce que la mère n'a pas permis que l'enfant choisisse un substitut d'elle-même ou bien parce qu'elle voudrait que son enfant soit son objet transitionnel. **L'objet d'addiction a toujours la même fonction, c'est réussir à calmer le corps et l'esprit que le sujet n'arrive pas à calmer en ayant recours à ses objets internes** [la « bonne mère » intériorisée]. Comme s'il manquait l'image d'une mère calmante à l'intérieur de soi, une mère qui peut contenir et qui peut vous aider à devenir une bonne mère pour vous-même. Donc le manque conduit à utiliser un objet externe supposé vous calmer un petit moment. Dans ce cas, l'objet peut être les drogues douces et dures, le tabac, la nourriture, mais aussi l'autre. La présence d'un autre ou de plusieurs autres devient alors nécessaire. L'autre doit toujours être là, comme la mère ne l'était pas. Peut-être que toute relation d'amour a un côté addictif, puisqu'on a besoin de cet autre. Mais, dans le couple amoureux, le besoin est partagé, ce n'est pas la même chose que dans la relation entre la mère et l'enfant. Peut-être que tout le monde cherche une mère, pas la sienne d'ailleurs, la mère de quelqu'un d'autre ! Une mère idéalisée.

Mais, quand il y a eu, pour toutes sortes de raisons, un manque de présence maternelle ou bien une présence maternelle si étouffante qu'il n'y avait pas d'espace, c'est là que se constitue quelquefois une addiction à une autre personne. [...]

« Cette expérience [*still face*] démontre qu'une mère déprimée et qui a des douleurs terribles peut transmettre à son bébé une impression de néant et de terreur, le sentiment de tomber dans le vide. L'addiction apparaît chez des personnes qui ont fait des expériences comme celle-là quand elles étaient enfants. En définitive, l'addiction est une solution somato-psychique. L'addiction à l'autre, c'est utiliser l'autre comme une drogue pour calmer quelque chose d'insupportable aussi bien sur le plan psychique que somatique ». Joyce MacDougall dans

<http://www.carnetpsy.com/Library/Applications/Article.aspx?cpald=707>

Dépression du nourrisson

Manifestations : troubles du sommeil, de l'alimentation, pleurs prolongés, absence de prise de poids, anorexie, régurgitations, vomissements, eczéma, asthme... traduisent la souffrance du bébé (et/ou comme on l'a vu, de la mère).

« Les tableaux dépressifs du bébé sont presque tous liés à une crise situationnelle, une forme de trauma : absence soudaine de la mère, parents très pathologiques, séparation ou maladie. Face à la perte, le bébé organise une réaction d'alarme où prédomine le retrait, l'atonie — c'est une forme d'auto-conservation. La symptomatologie est souvent somatisée. » Source :, Bertrand Cramer dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Braconnier & Golse, Erès 2010.

Traitement : psychothérapie mère-nourrisson.

Détresse très précoce :

« La dépression du bébé est-elle une dépression ou un état de détresse ? » questionne F. Ansermet. Une des caractéristiques du petit d'homme est l'inachèvement. Il naît inachevé de naissance et il lui faut l'intervention spécifique de l'autre pour passer du déplaisir au plaisir, pour sortir de la détresse. Pour faire face à ce vivant qui le constitue, (et qui se manifeste par la faim, les sensations de confort et d'inconfort...) il doit trouver le moyen de s'arrimer au monde de l'autre pour « traiter le vivant » — et, dans la relation, advenir en tant que sujet. Source : dépression ou détresse du nourrisson - F. Ansermet, dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Braconnier & Golse, Erès 2010.

L'organisme, le bébé, ne peut survivre sans un environnement maternant.

La détresse du nourrisson (ou stress périnatal), dont le système nerveux est bombardé de sensations qu'il ne peut traiter seul, peut s'observer.

Pour sortir de l'état de détresse, le bébé crie, et son cri se transforme en demande avec la réponse de l'autre.

En l'absence de réponse de l'autre, c'est la détresse qui prime, comme en témoigne la clinique des bébés abandonnés : c'est un « traumatisme par non-événement », dit F. Ansermet par défaut de réponse. On s'agit plus d'un traumatisme par effraction (effraction de la tension interne par défaut de réponse externe) que d'une dépression par perte.

Cette souffrance laisse une trace ou une « non-trace », sur laquelle le sujet peut toujours (re)venir buter de l'enfance à l'adolescence (et au-delà) dans les moments décisifs de son existence.

Il y a une mémoire de l'émotion (le traumatisme périnatal s'inscrirait dans le système amygdalien — déjà actif en prénatal ce qui validerait l'hypothèse de traumatisme prénataux) sans mémoire de l'évènement (dans le système hippocampique, immature à la naissance et qui se développe durant les 4 premières années, et qui est le lieu de la « mémoire déclarative ») : un état somatique sans représentation, une « trace somatique d'une non-trace psychique » dit Ansermet, une « mémoire du corps ».

Ces expériences précoces qui n'auraient pas été traitées psychiquement restent potentiellement toujours actives ou activables. Le destin de cette détresse est de resurgir ultérieurement, dans un après-coup même éloigné (ce qui peut être une chance, en en permettant la résolution) : à l'adolescence, ou en faisant l'expérience de la maternité ou de la paternité...

La dépression de l'enfant :

Ce n'est qu'à partir des années 80-90 que la dépression de l'enfant a été reconnue comme telle ; en effet on a longtemps considéré que l'immatunité psychique de l'enfant le rendait insensible à la dépression (de même qu'on a longtemps considéré que l'immatunité physique le rendait insensible à la douleur physique... Cela ne fait pas bien longtemps non plus que la souffrance fœtale, et du nourrisson sont reconnues et prises en charge...¹³) 1 à 3% des enfants sont déprimés (Gourion, Léo, 2010) 5% selon Delbrouk (p.325) — en France, cela représente en moyenne un enfant par classe !

Les dépressions de l'enfant passent souvent inaperçues. La dépression est souvent méconnue par et pour les adultes eux-mêmes. Le vocabulaire et la capacité d'introspection des enfants sont encore en développement. Comme pour le nourrisson, si elle ne peut se dire en mots, la dépression se dit en maux : douleurs (maux de ventre, maux de tête, vomissements...), difficultés et échecs scolaires, énurésie... sont autant de masques derrière lesquels la dépression de l'enfant peut se cacher.

Gourion & Léo proposent dans leur livre p.154-158 (cf. biblio) un questionnaire très bien fait quoique long pour dépister la dépression des enfants en âge de lire et écrire (le test est à faire par l'enfant lui-même).

Il est crucial de soigner un enfant déprimé... car il souffre intensément, et cette souffrance creuse de sombres sillons dans le cerveau en développement de l'enfant. Et, ce qui prédispose le plus à la dépression c'est... d'avoir déjà fait une dépression. Le risque de récurrence est alors encore plus grand pour l'enfant dont le cerveau est en développement. C'est aussi parce que le cerveau de l'enfant est en développement, que la thérapie aura d'autant plus d'effet et pourra limiter les risques de récurrences ultérieures.

A court terme, la dépression entraîne, outre la souffrance, des difficultés scolaires et un sentiment d'incapacité conséquent qui renforce la mésestime de soi... C'est alors un cercle vicieux qui s'installe. L'enfant peut alors / ou aussi devenir irritable, voire franchement pénible pour l'entourage : réprimandes,

¹³ on opérât autrefois les nourrissons sous anesthésie mais sans analgésie, c'est-à-dire en supprimant la conscience (en endormant) mais sans produit (morphine) pour supprimer la douleur. Il a fallu la publication d'étude pour se rendre compte que le taux de SURVIE de nourrissons opérés était largement supérieur chez les nourrissons ayant reçu de la morphine par rapport aux nourrissons ayant seulement été endormis...)

punitions alimentent également le cercle vicieux, en « confirmant » à l'enfant qu'il est nul, méchant, bon à rien... Il peut alors se mettre en retrait, et le manque de contact le prive d'autant de relations à travers lesquelles il pourrait se réparer...

Traitement : psychothérapie, **thérapie familiale** (parfois l'enfant est le « **patient désigné** » et il est alors vain, au "mieux", et néfaste au pire, de se limiter à une thérapie individuelle : c'est le système qui dysfonctionne, **qui souffre** — et l'enfant porte la douleur pour le système, pour maintenir l'équilibre du système).

A long terme, la dépression non soignée ou mal soignée peut ébranler durablement la construction affective et sociale de l'enfant et le prédisposer à des rechutes ultérieures (40% de récurrence d'après une étude américaine citée par Gourion, Léo, 2010).

La dépression de l'adolescent

On pourrait reprendre les mots d'ouverture de Paul Nizan dans *Aden Arabie* « J'avais vingt ans. Je ne laisserai personne dire que c'est le plus bel âge de la vie »...

15-20% des adolescents sont dépressifs (5 à 6 par classe !), voire plus selon certaines sources : 25% des garçons et plus de filles (mais quelle tranche d'âge est prise en compte ? 12-25 ans ?).

Le premier épisode dépressif survient généralement pendant l'adolescence – voir pendant l'enfance (Gourion, Léo).

L'adolescence est une période caractérisée par un grand changement physique, bouleversements hormonaux, désirs sexuels qui modifient radicalement le rapport aux autres (parents, famille, amis, autres adultes...), et une crise d'identité avec une remise en cause de tout ce qui a été reçu et inculqué auparavant.

Face à cet inconnu vertigineux, (qui est-on, que devient-on, où va-t-on...) l'angoisse est grande et diffuse... Elle peut parfois submerger et beaucoup de « conduites à risque » et pratiques dangereuses peuvent être vues comme des tentatives de **lutter contre l'angoisse**, de chercher à avoir une maîtrise sur les choses à défaut d'avoir une maîtrise sur la vie, sur les autres, et sur les relations...

Rufo & Choquet parle de **troubles anxio-dépressifs** (troubles anxieux pour l'avenir plutôt que dépression de perte) et aujourd'hui en France, ce sont les troubles anxio-dépressifs qui augmentent parmi les adolescents et non les comportements d'opposition.

Le plus délicat pour l'entourage sera de faire la part des choses entre ce qu'on appelle communément la « crise d'adolescence » et la dépression de l'adolescent. En effet, une humeur dépressive est fréquente pendant la période adolescence. **La durée des symptômes, le retrait, l'irritabilité** (pas seulement avec les parents), **l'isolement**, doivent alerter l'entourage.

Dans *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, (Erès 2010) Braconnier & Golse soulignent que **la petite enfance et l'adolescence** sont deux périodes de la vie où la contribution développementale du processus de « **séparation-individuation** » est essentielle.

Ce processus de « séparation-individuation », prévalant à ces deux étapes de la vie, confirme l'importance des liens qui existent entre la petite enfance et l'adolescence. L'inachevé de l'enfance se rejoue à l'adolescence, parfois réactivé par un « **traumatisme après-coup** » : chagrin d'amour, par exemple, ou agression, réveillant un traumatisme précoce (séparation, perte, deuil, abus...) de la petite enfance.

Ce qui ne s'est pas noué dans la petite enfance peut se retrouver à l'adolescence, et les troubles précoces de l'interaction mère-enfant, ou les séparations précoces, sont un facteur de risque.

L'environnement familial est plus déterminant que l'environnement social : les relations toxiques (violences, abus, indifférence, négligence, et moins souvent repérées comme toxiques, **les relations « fusionnelles »** d'emprise¹⁴) peuvent faire le lit de la dépression de l'adolescent.

Autres facteurs de risque : abus sexuels (2% des garçons et 9% des filles ont été victimes d'abus sexuels ; 28% des suicidantes ont été abusées). La violence sexuelle subie est en réalité bien plus large que le viol ou les tentatives de viols (Rufo p. 325). Rappelons que les abus sexuels sont perpétrés à **94%** par une personne connue de la victime (famille, proches...).

L'incestuel (ou « inceste en creux » : relation d'emprise incestuelle sans passage à l'acte incestueux) provoque les mêmes troubles, les mêmes dégâts que l'inceste¹⁵. Rufo considère que l'exposition à la pornographie peut aussi être vécue par les jeunes comme une violence sexuelle subie... (p.381)

La plupart des garçons qui ont subi une violence sexuelle l'ont subi avant l'âge de 12 ans. On constate parmi eux beaucoup de **consommateurs de drogues** « durs ». Les jeunes ayant subi une violence sexuelle auront tous des difficultés, qu'elles soient scolaires, affectives, relationnelles, et/ou sexuelles. Pour les filles abusées, les **troubles du comportement alimentaires** seront fréquents (selon certaines statistiques, 75% des boulimiques, 50% des anorexiques ont été abusées sexuellement...¹⁶).

L'adolescence est aussi comme une deuxième naissance où l'enfant doit quitter la matrice familiale pour naître à la société. C'est une période où l'adolescent doit faire le deuil de l'enfance, et de sa sécurité.

La dépression masquée est fréquente à l'adolescence et se traduira par des plaintes somatiques et/ou des troubles du comportement. Comme pour le bébé et l'enfant, elle s'exprimera souvent à travers des maux : **troubles du sommeil**, de l'alimentation (**anorexie, boulimie...**) et **addictions**, maux divers (tête, ventre...) fugues (équivalent suicidaire selon Rufo, p. 355 : d'ailleurs la plupart des suicidants ont aussi fait une fugue), scarifications... Du côté des jeunes filles, des règles douloureuses, hémorragiques, ou un syndrome prémenstruel peuvent aussi traduire un trouble de l'humeur.

Pour Pierre Jeammet, lorsque l'ado attaque son corps (addictions, accidents, scarifications, troubles du comportement alimentaire...), il attaque la relation aux parents : « la qualité du lien que l'adolescent entretient avec son corps est en liaison directe avec la qualité de ses relations avec ses parents. Aussi quand l'adolescent attaque son corps, c'est en général une attaque contre le lien parental ». (*Adolescences, repères pour les parents et les professionnels*, sous la direction de Pierre Jeammet, éditions de la découverte, 1999 – 2004 p.168)

Traitement :

- **psychothérapie** de l'adolescent lorsqu'il porte la demande et/ou **thérapie familiale** — en particulier si ce n'est pas l'adolescent qui porte la demande. Dans les cas d'addictions et de troubles du comportement alimentaire, la thérapie familiale est un préalable : car là encore, c'est le système familial entier dysfonctionne, qui souffre ; parfois c'est l'un des parents qui porte la douleur que l'adolescent(e) qui se drogue ou qui s'affame semble ne pas ressentir (le comportement visant précisément à échapper à la souffrance, à l'anxiété). Comme dans la dépression de l'enfant, l'adolescent porte le symptôme pour la famille, pour maintenir l'équilibre de la famille.
- Alimentation équilibrée & hygiène de vie (exercice physique...)
- Les antidépresseurs pour les adolescents sont déconseillés notamment au Canada¹⁷, et controversés car accusés de favoriser les passages à l'acte suicidaire en levant l'inhibition¹⁸.

¹⁴ Lire *Bien Communiquer avec son ado*, Elisabeth Leblanc-Coret, Pierre Coret, Jouvence 2010.

¹⁵ Sur l'inceste et l'incestuel, lire Panser l'impensable : *Vivre pleinement sa vie d'adulte malgré un abus sexuel dans l'enfance*, Fernande Amblard, Jouvence 2003

¹⁶ <http://www.lemondeatraversunregard.org/categorie,chiffres-donnees,4456630.html>

¹⁷ http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=depression_pm

¹⁸ En France, l'accident de la route est la 1^o cause de mortalité des 15-24 d'après Rufo-Choquet, (*Regards croisés sur l'adolescence*, Livre de Poche 2007) suivi par le suicide (certains considèrent d'ailleurs la conduite à risque comme une pratique suicidaire). 600 à 800 adolescents se suicident chaque année. Les garçons plus concernés que les filles, et les 20-24 plus que les 15-19. 40 à 60 000 jeunes hospitalisés pour une TS ! TS plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Crise de la quarantaine et crise du milieu de vie :

40 ans est l'âge moyen de survenu de la dépression (Delbrouck¹⁹) : est-ce la fameuse crise de la quarantaine ? Se rejoue à ce moment de vie **l'inachevé de l'adolescence**... C'est l'âge où l'on se demande si notre vie ressemble à ce dont nous avons rêvé à l'adolescence, si notre vie correspond à nos idéaux de jeunesse... L'inachevé de l'adolescence peut là-aussi être réactivé par un **traumatisme « après-coup »** : déménagement, divorce, licenciement, deuil, maladie (de soi-même ou d'un proche : vieillissement, maladie ou décès des parents)...

Pour les parents, la quarantaine est souvent une période où les enfants traversent la « crise d'adolescence ». En miroir, les parents traversent de leur côté la « crise du milieu de vie ». « La fameuse crise du milieu de vie est peut-être le révélateur de ce que l'on a fait de notre adolescence : a-t-on pu continuer ce travail d'intériorisation, s'assurer et poser un certain nombre de bases, où est-ce que les choses mises de côté vont ressurgir de façon flambante au moment de cette crise du milieu de vie où l'adulte se confronte à quelque chose qui est de l'ordre de la dépression (ce n'est pas pour rien que les dépressions sont si fréquentes à cet âge de la vie) ?

Au moment où les adolescents commencent à se développer, les parents sont obligés d'admettre que leur vie entame la deuxième partie de sa courbe. Ils sont donc contraints de réajuster un certain nombre de leurs idéaux et généralement à la baisse. L'une des façon de sortir de cette dépression est de se dire que l'on va bien mais que c'est le « petit » qui donne des soucis...» (Ph. Jeammet, in : *L'adolescence aujourd'hui*, sous la direction d'Alain braconnier, Le Carnet Psy, Erès...)... au lieu de s'interroger soi-même pour... grandir.

Dépression de la femme à la ménopause

Quoique cela puisse être controversé, la période qui entoure la ménopause semble être une période de plus grande vulnérabilité sur le plan émotif. L'irritabilité, la tendance à pleurer plus souvent, les changements d'humeur, l'anxiété et le manque de motivation ou d'énergie sont des plaintes plus fréquemment rapportées durant cette période de la vie. Les femmes qui souffraient de dépression avant la ménopause voient parfois leurs symptômes s'aggraver.

Des études²⁰ ont montré qu'un épisode de dépression majeure a deux fois et demi plus de chance de se produire à l'approche de la ménopause. De plus, les scores obtenus à un test mesurant la dépression étaient en relation avec les taux hormonaux. Les femmes qui avaient un syndrome prémenstruel plus sévère étaient plus susceptibles de connaître un épisode de dépression à l'approche de la ménopause. Dans une autre étude, 460 femmes, âgées de 36 à 45 ans et n'ayant jamais fait de dépression, étaient suivies pendant 6 ans. Les femmes qui entraient en préménopause étaient deux fois plus susceptibles de développer des symptômes de dépression. Le risque était plus élevé chez les femmes souffrant de symptômes vasomoteurs comme les chaleurs.

La plupart des femmes atteignent la ménopause sans souffrir de dépression, mais ces deux récentes recherches suggèrent que certaines peuvent être plus sensibles à la transition.

Facteurs de risques influençant l'intensité des manifestations de la ménopause

- **Facteurs culturels.** L'intensité des symptômes dépend beaucoup des conditions dans lesquelles survient la ménopause. En Amérique du Nord, par exemple, près de 80 % des femmes ont des symptômes à la ménopause, surtout des bouffées de chaleur. En Asie, c'est à peine 20 %. Ces différences s'expliquent par ces deux facteurs culturels :

Vu l'enjeu de santé publique que constitue la dépression adolescente, et les risques de suicides, Le Professeur Rufo préconiserait une consultation systématique de dépistage et prévention de la dépression en milieu scolaire, classe de 4^e au collège.

¹⁹ *Psychopathologie : Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute* de Michel Delbrouck, Silla Consoli, Jean-Yves Hayez, et Guy Pomerleau ; De Boeck 2007

²⁰ citées sur <http://www.psychomedia.qc.ca/pn/modules.php?name=News&file=print&sid=4294>

- une consommation abondante de produits à base de soja, un aliment qui possède une teneur élevée en phytoestrogènes ;
 - un changement de statut entraînant une valorisation du rôle de la femme aînée pour son expérience et sa sagesse.
 - Les facteurs génétiques ne semblent pas en cause, comme l'ont relevé les études sur les populations immigrées.
- **Facteurs psychologiques.** La ménopause survient à un moment de la vie souvent porteur d'autres changements : le départ des enfants, la préretraite, etc. De plus, la fin de la possibilité d'enfanter (même si la plupart des femmes y ont renoncé à cet âge) constitue un facteur psychologique qui confronte les femmes au vieillissement, donc à la mort. L'attitude d'esprit devant ces changements influence l'intensité des symptômes.

Sources : http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=menopause_pm

Ce que l'on peut retenir ici encore, c'est l'intrication des facteurs biologiques et hormonaux, individuels et psychologiques, et sociaux et culturels. Toujours l'interaction entre organisme (corps-esprit) et environnement...

Et la dimension existentielle (de crise existentielle, même) de ce moment-là dans la vie d'une femme est à souligner, le questionnement autour de son identité (si par exemple, son identité de femme a été mélangée, confondue avec son identité de mère), du sens de sa vie...

Dépression de la personne âgée : quand l'espérance de vie se transforme en désespérance de vie

« Les phases de transitions de l'existence accroissent la vulnérabilité face à la dépression : l'adolescence, l'enfance, la crise de la quarantaine... Mais de toutes les étapes de la vie, la vieillesse est sans doute la plus critique, avec son cortège d'outrages physiques, cognitifs et esthétiques, et son lot de renoncements, de déchirures et de blessures narcissiques. Nul n'échappe au vieillissement, échéance inéluctable, et à ses misères, ses épreuves, à ses tourments, à ses disgrâces et à ces inévitables renoncements. Chacun le ressent, même si chacun peut en moduler l'épreuve, l'assumer et la transcender. Le déclin des capacités du corps et de l'esprit, l'amoindrissement des résistances, les disgrâces physiques façonnent un sentiment de perte, de handicap, parfois de déchéance : blessure narcissique parfois insurmontable qui fait le lit d'un affaissement de l'estime de soi et peut mener vers la détresse dépressive » (Gourion, Llo, p. 167).

L'augmentation de la durée de vie dont les déterminants restent encore mystérieux, peut expliquer l'augmentation des dépressions de la personne âgée. L'environnement dans lequel la personne a vécu (familial, social, professionnel, mais aussi nutritionnel, chimique, biologique) influence la durée de vie mais aussi la qualité du vieillissement. D'après les différentes études, **10 à 15% des personnes âgées de plus de 65 ans et 20% des plus des 75 ans souffrent de dépression majeures** (on peut remarquer que cela reste en-dessous des chiffres de la dépression adolescente — peut-être seulement parce que la dépression de la personne âgée est moins dépistée...). En revanche, en institution la prévalence augmente pour atteindre 20 à 45% (on pourrait expliquer ce chiffre élevé de plusieurs manières qui ne s'excluent pas : à la fois parce que la dépression peut être mieux dépistée en institution du fait du suivi médical, parce que les personnes placées en institutions sont les plus dépendantes et celles dont l'état est le plus dégradé ; mais aussi parfois parce que certains établissements qui les reçoivent sont inhospitaliers...). On estime en outre que beaucoup de dépressions ne sont pas diagnostiquées ni traitées. Enfin, en France, **les suicides des plus de 60 ans représentent environ 1/3 des suicides** et il semble que les suicides des personnes âgées soient en augmentation dans les pays développés (ce qui pourrait s'expliquer par le manque de statistiques pour les PVD, ou par l'isolement plus grand dans les sociétés occidentales par comparaison aux sociétés traditionnelles, et bien sûr par l'espérance de vie moindre dans les PVD), et les moyens sont souvent brutaux, surtout chez les hommes (pendaisons, armes à feu, défenestration)...

Les symptômes de la dépression de la personne âgée sont les mêmes que chez l'adulte, avec quelques spécificités : apathie, agressivité, plaintes concernant la mémoire, douleurs physiques ou impressions d'être un poids pour les autres.

Gourion et Lôo proposent aussi un questionnaire de dépistage (p.170).

Facteurs de risques

Isolement, solitude ;
Perte du conjoint ;
Vie en institution ;
Pauvreté, précarité ;
Maladie physique grave, douleur chronique
Handicap et dépendance
Changement de domicile
Facteurs iatrogènes (médicaments de la famille des bêtabloquants, corticoïdes, certains hypertenseurs)
Antécédents de dépression au cours de la vie.

Diagnostic différentiel dépression / alzheimer

- Pertes des repères dans le temps & l'espace
- Troubles de la mémoire des faits récents
- Absences de prises de conscience de ces troubles orientent vers piste de démences séniles ou Alzheimer. Gourion & Lôo p. 171 et suivantes - Test de dépistage alzheimer (p. 172)

Traitements : psychothérapie... mais quels remèdes proposer à l'isolement ?...

Quand on voit la prévalence en institution, on peut se dire qu'un traitement par antidépresseurs ne suffira pas à enrayer cette « épidémie de souffrance »... et que **la responsabilité familiale, sociale et politique** est grande...

Alimentation équilibrée (vitamines, minéraux, acides gras essentiels) et hygiène de vie... et relationnelle...

Accompagner une personne souffrant de dépression :

Ne pas arracher le dépressif à sa dépression.

Ne pas lui dire « secoue-toi » car c'est précisément ce qu'il est incapable de faire, et lui dire cela le mettra dans la honte et la culpabilité.

Accompagner le dépressif dans sa dépression, c'est-à-dire l'accueillir tel qu'il est, avec son trou noir, avec ses pensées de mort, jusque dans cette aspiration-là (ça ne veut pas dire l'encourager là-dedans, mais **accueillir sa souffrance, la reconnaître**).

Identifier ce qui a déclenché / ce qui déclenche la dépression ET identifier ce qui permet d'aller mieux. A partir de là, voir comment c'est possible de créer un environnement plus favorable (car des facteurs environnementaux peuvent avoir provoqué, ou peuvent aggraver la dépression : conflits familiaux, conjugaux, chômage, stress, harcèlement professionnel, surcharge de travail, solitude...).

S'occuper d'une plante, d'un animal... crée un cercle vertueux.

Ramener la personne dépressive à l'instant présent (pour l'aider à sortir de ruminations sur le passé, et de l'anxiété sur le futur...).

Travailler sur le désir en commençant par l'attention au moment présent : qu'est-ce qui est agréable / désagréable ici et maintenant (choix d'objets, images, cartes postales...).

Travailler sur l'agressivité (énorme rétroflexion de l'agressivité — retournée contre soi — chez la personne dépressive car l'agressivité lui est insupportable).

Cultiver l'estime de soi (féliciter pour tout petit progrès, vestimentaire, soin de la maison...)

Extirper les pensées toxiques « je suis nul »...

- Ah bon, comment tu es nul ? En quoi ? (explorer)... ET qui dit cela ?... (ce sont souvent des phrases entendues pendant l'enfance, et que la personne a « avalées tout rond »).

Dans la dépression il y a souvent un « mort dans le placard » (un **deuil inachevé** ou non fait : une personne morte — cela peut-être aussi une fausse-couche, un avortement, ou la mort d'un jumeau in utéro — mais aussi une ou plusieurs séparations, des déménagements...).

Hygiène de vie (exercice physique, pas d'alcool...) et alimentation équilibrée (fruits et légumes, céréales et légumineuses, poissons gras, œufs, noix...²¹). Des recherches montrent qu'une alimentation riche en graisses et en sucre (produits frits et transformés, produits laitiers riches en graisse et desserts sucrés) augmentait de 58% les syndromes dépressifs par rapport à une alimentation intermédiaire. En revanche, les personnes ayant une alimentation riche en fruits, légumes et poissons avaient moins de syndrome dépressif que la moyenne (26%). Ce serait dû à la présence de folates dans les légumes (brocolis, choux, épinards, asperges, avocats, lentilles, pois chiches) et aux acides gras essentiels contenus dans les poissons : les fameux omegas 3, qui représentent une composante importante de la membrane des neurones, aux propriétés anti-inflammatoires, et qui réduisent aussi les risques cardio-vasculaires. Ainsi, l'alimentation joue un rôle dans certain type de dépressions²².

La **psychothérapie** peut changer durablement la **structure du cerveau** elle-même, en permettant la création de **nouvelles connexions synaptiques**, tandis que les connexions synaptiques associées aux pensées toxiques (« je suis nul... ») perdent peu à peu leur force, en étant de moins en moins fréquemment utilisés (comme un chemin qui se recouvre d'herbe quand plus personne n'y marche) Cf. les travaux d'Allan Shore <http://www.allanshore.com/>

Les médicaments anti-dépresseurs quant à eux permettent de relancer la production de neurotransmetteurs, ce qui peut toutefois être utile dans un premier temps pour soulager une extrême douleur psychique.

Cependant, aujourd'hui, même l'American Psychiatric Association (APA) reconnaît que l'action des antidépresseurs, pour des dépressions légères ou moyennes, semble surestimée : plusieurs études récentes montrent que pour les formes légères ou modérées de dépression, les anti-dépresseurs n'ont pas plus d'effets qu'un placebo et une psychothérapie seule est plus appropriée. (Sources <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/303/1/47>)

Bibliographie

Guérir de la dépression – Les nuits de l'âme, D.Gourion, H.Lôo, Odile Jacob 2007 – 2010

Dépression du bébé, dépression de l'adolescent, sous la direction de Braconnier & Golse - Erès 2010

Regards croisés sur l'adolescence, M.Rufo, M.Choquet Livre de Poche 2007.

²¹ Et un peu de chocolat ! Riz complet, légumineuses, œufs, soja, arachides et chocolat contiennent du tryptophane, acide aminé essentiel (c'est-à-dire qu'il doit être apporté par l'alimentation) pour l'humain. Le tryptophane est notamment requis pour la synthèse de la sérotonine (qui joue un rôle essentiel dans la régulation de l'humeur, de l'anxiété, de l'appétit et du sommeil) et de la mélatonine (neuromédiateur qui régule notre humeur, notre comportement alimentaire et nous prépare au sommeil). La production de la sérotonine dans le cerveau varie directement en fonction du transport du tryptophane dans le cerveau. Ces aliments auront pour effet d'augmenter indirectement les concentrations de tryptophane dans le cerveau, tandis qu'un aliment très protéiné (qui, paradoxalement, contient plus de tous les acides aminés, y compris le tryptophane), aura pour effet de diminuer les concentrations cérébrales de tryptophane et, probablement, de sérotonine.

²² Magazine Cerveau & Psycho, l'essentiel « *Les Racines de la violence* », nov. 2011 – janv.2012, p.23

L'adolescence aujourd'hui, sous la direction d'Alain Braconnier, Le Carnet Psy, Erès 2009

Psychopathologie de la périnatalité, J. Dayan, G. Andro, M. Dugnat, Masson, Les âges de la vie 1999

Maman pourquoi tu pleures, les troubles émotionnels de la grossesse et de la maternité, Dayan, Ed. Odile Jacob 2002

Psychopathologie : Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute - Michel Delbrouck, Silla Consoli, Jean-Yves Hayez, et Guy Pomerleau ; De Boeck 2007

Bien Communiquer avec son ado, Elisabeth Leblanc-Coret, Pierre Coret, Jouvence 2010.

Panser l'impensable : Vivre pleinement sa vie d'adulte malgré un abus sexuel dans l'enfance, Fernande Amblard, Jouvence 2003

Ces dépendances qui nous gouvernent, William Lowenstein, Livre de poche 2005

Joyce McDougall « **L'économie psychique de l'addiction** », *Revue française de psychanalyse* 2/2004 (Vol. 68), p. 511-527. <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-2-page-511.htm>

Source : Syndrome prémenstruel : Une mise au point A. Lastrico, A. Andreoli, A. Campana - Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales
http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Syndrome_premenstruel.htm

Allan Shore: articles en ligne <http://www.allanschore.com/>