

Définir la dépression psychologique

Philippe Thiriart

Une réaction dépressive transitoire est un mécanisme utile d'adaptation à la suite de revers psychosociaux. Néanmoins, lorsqu'une dépression devient grave ou chronique, elle constitue un handicap sérieux qui nuit à l'adaptation aux exigences de la vie.

L'utilité des réactions dépressives transitoires

Un récent ouvrage évolutionniste apporte un nouvel éclairage sur la dépression psychologique. Écrit par le chercheur en psychologie Jonathan Rottenberg, il s'intitule *The Depths: The Evolutionary Origins of the Depression Epidemic* (Basic Books, 2014). Commençons par comprendre l'utilité d'une réaction dépressive transitoire.

Souvent, les gens subissent une réaction dépressive à la suite d'un échec psychosocial réel ou symbolique : la perte d'un être cher, un échec scolaire irréversible, une perte d'emploi important, une rupture amoureuse, une humiliation qui semble boucher l'avenir, l'incapacité d'accomplir un rêve qu'on croit essentiel, etc.

Une réaction dépressive transitoire peut être considérée comme une réaction positive. Elle diminue le risque de réagir de façon intempestive qui aggraverait le danger d'être socialement rejeté. La réaction dépressive devrait rendre plus perspicace et prudent, puis permettre de repartir sur de nouvelles bases.

Selon Jonathan Rottenberg ¹ (p. 26), « Une humeur triste, d'un niveau supportable, rend les gens plus circonspects, sceptiques et prudents dans leur manière de considérer leur environnement [...] Une humeur morose aide les gens à renoncer à des buts inatteignables, et, au bout du compte, ce lâcher-prise permet de mieux nous ajuster à la vie. [Par contre] Les gens d'humeur normale sont enclins à avoir des illusions positives, à avoir exagérément confiance en eux, et à être aveugles à l'égard de leurs fautes ».

À l'intérieur des collectivités humaines, les individus sont en rivalité les uns avec les autres pour obtenir un statut socio-économique privilégié. Autrefois, c'était une question de survie fondamentale. Lors des famines récurrentes, les privilégiés et leurs enfants survivaient, alors que ceux qui se trouvaient au bas de l'échelle sociale mouraient plus souvent. Les dominés ou les perdants de cette rivalité devaient

néanmoins rester acceptés dans la collectivité. Exclue du groupe, leurs chances de survie devenaient encore plus faibles.

Ainsi, les dominés doivent assurer les dominants qu'ils ne chercheront pas à se venger à l'improviste. Ils doivent montrer qu'ils acceptent leur statut inférieur. Une réaction dépressive transitoire les aide à accepter leur sort. Ensuite, ils peuvent se remettre à vivre et à travailler normalement, loyaux et solidaires à l'égard de leur collectivité. Ce mécanisme favorise la cohésion et la survie de la collectivité, qui est elle-même en concurrence avec d'autres collectivités (ou nations).

Dans les sociétés complexes, il existe un grand nombre d'échelons intermédiaires ; chacun ayant à satisfaire des obligations et disposant de quelques avantages. Dans les sociétés riches, même les individus qui se situent à des échelons inférieurs peuvent mener une vie assez confortable et disposer de temps libre pour leurs loisirs. (Malheureusement, les publicités à la télévision les frustreront en leur rappelant leur statut socio-économique limité.)

La dépression semblable à une réaction immunitaire

On peut comparer la réaction dépressive à une réaction immunitaire qui finit par constituer un problème en soi. Beaucoup de gens croient qu'il faut faire baisser toute fièvre lors d'une grippe ou d'une infection. Ils se trompent. Des recherches montrent que lorsqu'on inocule un agent infectieux à des animaux et qu'on les empêche de faire de la fièvre, ils sont plus gravement malades. Des enfants grippés auxquels on donne de l'acétaminophène (Tylenol) sont malades un peu plus longtemps.

En effet, la fièvre est un mécanisme qui gêne la reproduction des microbes, qui stimule l'organisme à produire davantage de substances utiles comme l'interféron, et qui incite à rester tranquilles au chaud. Néanmoins, une fièvre chronique n'est pas un bon signe. Et une fièvre élevée peut amener de graves complications.

Dans certains cas, l'organisme peut provoquer une anémie dans le sang pour y freiner la reproduction d'un parasite. Néanmoins, si la fièvre et l'anémie deviennent graves ou chroniques, elles deviennent elles-mêmes un danger. Certaines infections tuent proportionnellement davantage d'adultes vigoureux que d'enfants ou de personnes âgées. Chez ces adultes, des mécanismes trop violents de défense immunitaire provoquent la mort ².

Il existe plusieurs maladies chroniques à composante auto-immune : l'arthrite, les allergies, l'asthme, la sclérose en plaques, l'eczéma, etc. Le mécanisme de défense y est devenu un aspect du problème. Ainsi, la dépression est analogue à une réaction immunitaire initialement utile, mais dommageable lorsqu'elle devient chronique ou trop intense.

Un modèle psychophysiologique

Comme le rapporte Jonathan Rottenberg, les déprimés chroniques produisent plus de cortisol et de cytokines dans leur organisme, ils font de la haute pression et risquent davantage une attaque cardiaque (pp. 136-138). Leur organisme est ainsi maintenu intérieurement dans un état de stress chronique ou d'inflammation. Par conséquent, on ne peut pas considérer la dépression comme le simple ralentissement du mécanisme physiologique d'activation. Au contraire, le mécanisme sous-jacent d'activation ou d'alarme reste actif, mais il est inhibé par deux autres mécanismes (faisceaux ou modules), qui freinent le passage intempestif à l'action.

Le premier est un mécanisme simple d'inhibition ou de freinage, mais il ne suffirait pas à moyen terme pour retenir des actions impulsives. En effet, l'activation sous-jacente suscite des émotions d'anxiété et d'hostilité. Un échec psychosocial, qui compromet l'amour-propre ou l'estime de soi, suscite l'anxiété des conséquences négatives et l'hostilité à l'égard de ce qui a fait obstacle.

On peut ainsi imaginer qu'un deuxième mécanisme, aversif cette fois, soit mobilisé pour diminuer le risque d'une action impulsive malavisée. Il est utile que l'individu se sente mal lorsqu'il envisage subconsciemment une action impulsive inspirée par l'anxiété ou l'hostilité sous-jacentes. L'individu souffre, il se sent misérable, mais la probabilité qu'il commette une action calamiteuse est diminuée ³.

L'effet placebo

À la longue, une dépression-maladie engendre souvent de l'anhédonisme situationnel, de l'indifférence aux événements joyeux ou tristes de la vie. L'individu est maussade de façon régulière et devient insensible au contexte émotif (Rottenberg, pp. 121-132). Souvent, la dépression s'accompagne de malaises physiques : maux de dos, fatigue chronique, engourdissement intellectuel, difficultés digestives, etc. À la limite, certains déprimés ne

ressentent plus d'émotions proprement dites ; ils éprouvent un malaise physique envahissant qui les paralyse. La dépression s'est pleinement somatisée.

Notons que la dépression est aussi implicitement une manière de demander de l'aide et du soutien de l'environnement social. Recevoir un tel soutien pourrait expliquer le soulagement par effet placebo de certains symptômes physiques. Un état dépressif, d'inflammation ou de stress intérieurs, nuit aux processus de guérison internes. Quand la personne qui souffre d'une maladie somatique consulte un thérapeute ou un guérisseur, cet individu de statut plus élevé lui manifeste son soutien, ce qui diminuerait l'état dépressif sous-jacent et libérerait des processus de guérison internes ⁴.

On peut supposer que plus une personne éprouve et exprime des émotions de tristesse, de déception ou de colère, moins elle aura tendance à souffrir de symptômes physiques. Plusieurs psychothérapies incitent le patient à ressentir et à exprimer ses émotions. Mais à lui seul, le procédé n'est pas magiquement efficace pour le libérer de ses insatisfactions. On peut pleurer ou rager à répétition sur son sort, sans que les conditions, qui ont engendré la dépression, soient améliorées.

Deux types d'approches psychothérapeutiques ont démontré une certaine efficacité. Les thérapies cognitivo-comportementales incitent à des pensées réalistes et à des actions utiles. Les thérapies interpersonnelles incitent à entreprendre des conduites interpersonnelles constructives.

La dépression, une vraie maladie ?

La télévision présente régulièrement des publicités considérant toute déprime comme une maladie biochimique guérissable par des antidépresseurs pharmaceutiques. Or, l'efficacité de ces médicaments comporte un fort effet placebo. On peut les considérer comme des placebos actifs, qui exercent une influence biochimique réelle dans le cerveau. Néanmoins, le système nerveux comme intégrateur d'informations, autrement dit le mental ou « *the mind* », interprète ces changements comme pertinents ou non pour la condition de la personne.

Par exemple, deux personnes se sentent fatiguées, tendues et vaguement déprimées. Après deux verres de vin, l'une deviendra détendue et de bonne humeur ; l'autre se sentira un peu différente, mais toujours inconfortable. Ainsi avec les antidépresseurs, certains individus éprouveront un soulagement, alors que d'autres resteront accablés.

Le psychiatre Alain Gérard ⁵ distingue la déprime circonstancielle et la dépression-maladie qui entraîne des modifications cérébrales. Selon lui, dans le cas des dépresses circonstancielles, les médecins généralistes prescrivent trop facilement des médicaments antidépresseurs, qui ne sont pas plus efficaces qu'un placebo sans substance active. Les

patients en déprime circonstancielle auraient plutôt besoin d'être écoutés et conseillés pour s'ajuster avec réalisme aux difficultés psychosociales rencontrées.

Par contre, une dépression-maladie provoque un déficit neurophysiologique et un ralentissement des comportements. Une dépression-maladie modifie le fonctionnement du cerveau et le rend vulnérable à de nouveaux épisodes incapacitants. Dans ce cas, les médicaments antidépresseurs peuvent réactiver un fonctionnement plus normal du cerveau. En dernier recours, des électrochocs cérébraux peuvent aider un patient à sortir de sa prostration ⁶.

Comparaison des hommes et des femmes

Les femmes paraissent affectées plus souvent que les hommes de dépressions. À la suite d'échecs psychosociaux, les hommes sont davantage enclins à s'étourdir avec de l'alcool ou dans une activité quelconque de dérivation, comme de bûcher du bois, jusqu'à ce que la fatigue les assomme.

Les femmes sont plus enclines à ruminer leur condition. Cette rumination entretient l'activation sous-jacente d'anxiété et d'hostilité ainsi que les mécanismes antagonistes d'inhibition. Notons que les psychothérapies de type psychanalytique risquent d'encourager la rumination. Le remède risque d'entretenir le mal ⁷.

Jusqu'à un certain point, grâce au déni, l'homme peut plus souvent se dissocier de la condition problématique dans laquelle il se trouve, alors que la femme entretient plus souvent sa tension intérieure. Bien sûr, à la longue, le déni par l'homme l'empêche de voir venir les complications, comme l'abandon par sa conjointe ou le renvoi par son patron.

Dans le monde réel, diverses réactions s'entremêlent et se succèdent. Un homme séparé, après avoir été rejeté par sa conjointe, peut croire qu'il a tourné la page ; mais s'il se retrouve confronté à elle et à ses critiques, il risque d'exploser violemment. À la suite d'un divorce, la garde partagée des enfants risque d'entretenir la rancœur de l'un ou l'autre des divorcés. Plus de femmes que d'hommes font des tentatives ratées de suicide ; néanmoins, plus d'hommes se suicident effectivement.

Le suicide

Une grande partie des suicidés ne sont pas dans une phase de prostration dépressive, mais plutôt dans un état de vaine agitation mentale. Cette agitation est souvent aggravée par la consommation de drogues. Lorsque l'individu réalise que son agitation, non seulement ne lui permet pas d'obtenir ce qu'il convoite, mais le met dans des situations répétées d'échec ou d'humiliation, il peut décider de mettre fin à ses jours ⁸.

Il est paradoxal que des individus risquent davantage de se suicider alors qu'ils commencent à sortir d'une

dépression grâce à un médicament ou à une psychothérapie. Au plus creux de la dépression, ils étaient comme figés ; ils ne sentaient plus grand-chose ; ils ne pouvaient pas prendre de décision. En allant mieux, ils retrouvent une certaine capacité de décision. S'ils jugent encore que leur vie est insupportable, et que leurs actions ne feraient que l'aggraver, ils décident d'y mettre un terme.

Des adolescents déprimés, ayant pris des antidépresseurs, risquent particulièrement de se suicider impulsivement alors qu'ils sortent de l'engourdissement. L'adolescent est moins en mesure de relativiser l'importance d'un échec ou d'une humiliation qui détruit l'image idéale qu'il s'était faite de lui-même. Le premier grand amour, dans lequel il est ultimement rejeté, lui apparaît comme une destruction intolérable de son « idéal du soi ». L'échec scolaire, qui l'empêche d'accéder à la profession dont il rêve depuis des années, lui apparaît aussi comme insupportable. Ce sont des blessures narcissiques intolérables.

Paradoxalement, des sociétés dans lesquelles les gens s'affichent comme étant plus heureux peuvent donner lieu à plus de suicides. Il est d'autant plus humiliant de se sentir malheureux ou d'échouer lorsque les gens aux alentours prétendent réussir et être heureux. Aujourd'hui sur Facebook, les gens prétendent mener une vie intéressante et excitante. Comparer sa réalité à ces parades peut être décourageant.

Les thérapies cognitivo-comportementales visent justement à adopter une perspective plus réaliste de la vie. Les thérapies interpersonnelles incitent à travailler pour établir des liens humains réels.

Vers la fin d'une vie, le suicide peut constituer une décision raisonnable. Savoir qu'il ne reste plus qu'à survivre impotent et isolé, pour les soins intimes à la merci d'étrangers dédaigneux, peut justifier une telle décision.

Origine des tendances dépressives

Pourquoi certaines personnes ont-elles plus souvent des réactions dépressives durables, alors que d'autres retrouvent assez rapidement un bon moral malgré des adversités ? Les théories classiques de la psychologie considèrent le plus souvent que les tendances dépressives proviennent d'une enfance passée dans une famille dysfonctionnelle.

Mais ces théories attribuent un large éventail de problèmes psychologiques aux familles dysfonctionnelles, sans qu'on puisse prédire précisément quel type de famille engendre quel type de problèmes. En effet, ces théories escamotent souvent la vulnérabilité héréditaire. Provenant d'un même type de familles dysfonctionnelles, certains enfants deviendront passifs et déconfits, d'autres activistes et agressifs.

On peut néanmoins supposer que la personne qui a éprouvé régulièrement un sentiment d'humiliation impuissante durant son enfance risque davantage de réagir de manière dépressive devant des échecs à l'âge adulte. En outre, une tendance dépressive chez l'adulte est plus souvent reliée à des difficultés avec les autres enfants qu'à des difficultés familiales. Durant l'enfance, ne pas avoir réussi à se faire accepter et apprécier par ses pairs a une incidence plus grande sur la fréquence de la dépression adulte que les difficultés avec les parents.

La réussite sociale de l'adulte dépend principalement de ses capacités à se faire accepter et apprécier par ses pairs. S'il n'a pas réussi cet apprentissage durant l'enfance, il rencontrera plus fréquemment des échecs interpersonnels à l'âge adulte ; échecs qui le confirmeront dans son sentiment d'impuissance. Un ouvrage marquant de Judith Rich Harris montre que les enfants sont en général davantage influencés par leurs pairs et par leur hérédité que par leurs parents. Il s'agit de *Pourquoi nos enfants deviennent ce qu'ils sont* (Pocket, Éditions Robert Laffont, 1999).

Néanmoins, l'ouvrage de Judith Rich Harris n'avait pas prévu la virtualisation récente des relations humaines apportée par les « médias sociaux ». De nos jours, la relation aux pairs se fait davantage par l'intermédiaire de Facebook ou de Twitter. Les jeux vidéo et les superhéros ont pris une énorme place. Le

monde virtuel s'annonce plus séduisant que le monde réel. Quelle sorte de rapports humains les gens développeront-ils alors ?

Don't worry, be sad !

Tous connaissent le slogan jovialiste « *Don't worry, be happy!* ». Certaines personnes affichent cette inscription sur leur automobile ou sur leur vêtement. Ce slogan est futile pour des déprimés. Rappelons que, selon Jonathan Rottenberg, « Une humeur triste, d'un niveau supportable, rend les gens plus circonspects, sceptiques et prudents dans leur manière de considérer leur environnement [...] Une humeur morose aide les gens à renoncer à des buts inatteignables, et au bout du compte ce lâcher-prise nous permet de mieux nous ajuster à la vie. [Par contre] les gens d'humeur normale sont enclins à avoir des illusions positives, à avoir exagérément confiance en eux, et à être aveugles à l'égard de leurs fautes » (p. 26).

Jonathan Rottenberg favoriserait ainsi plutôt le slogan « *Don't worry, be sad* »⁹ (p. 208) ! Mieux vaut se sentir simplement affligé ou résigné, plutôt que de ruminer inlassablement sur son sort de victime ou de rager. Par conséquent, une équanimité morose serait une attitude raisonnable à adopter, après avoir bien compris les caractéristiques de la nature humaine qui ont été façonnées par l'évolution darwinienne¹⁰. ☺

Ancien président des Sceptiques du Québec, **Philippe Thiriart** détient une maîtrise en psychologie et une maîtrise en études religieuses.

Notes

1. ROTTENBERG, Jonathan. *The Depths: The Evolutionary Origins of the Depression Epidemic*, Basic Books, 2014. « A sad mood, at least of the garden variety, makes people more deliberate, skeptical, and careful in how they process information from their environment. [...] Low mood helps people disengage from unattainable goals and we end up better off as a result of letting go » [...] people in a normal mood can be prone to positive illusions, overconfidence, and blindness to faults » (p. 26). # Pour en savoir plus : TAYLOR, Shelley. *Positive illusions (Creative self-deception and the healthy mind)*, Basic Books, 1989. TRIVERS, Robert. *The Folly of Fools: The Logic of Deceit and Self-Deception in Human Life*, Basics Books, 2011.
2. NESSE, Randolph M. & WILLIAM, George C. *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*, Times Books, 1994.
3. Sur le Web, chercher : SOLOMON, Richard L., Opponent-Process Theory. Pour une présentation en français : THIRIART, Philippe. « Une douloureuse théorie du plaisir », *La petite revue de philosophie*, vol. 6, n° 2, printemps 1985, pp. 95-120. THIRIART, Philippe. « Le plaisir, morale actuelle et psychophysiologie », revue *Critère*, automne 1985, n° 40, pp. 117-133.
4. SHORTER, Edward. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*, The Free Press, 1992.
5. GÉRARD, Alain. *Dépression, maladie du siècle*, Albin Michel, 2010. Je remercie Michel Thiénot qui m'a procuré ce livre.
6. Sur le Web, chercher : *Revue québécoise de psychologie*, vol. 33 (1). 2012. Recension : CORBIÈRE, Marc et DURAND, Marie-José (dir.). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*, Presses de l'Université du Québec, 2011, 408 p. Recension par Philippe Thiriart.
7. FRISHER, Dominique. *Les analysés parlent*, Stock, 1977.
8. Sur le Web, il est éclairant de lire l'article « Eleven Deaths of Mr. K. ». Faire aussi des recherches avec les mots-clés « *narcissism and suicide* » et « *narcissist society* ».
9. ROTTENBERG, Jonathan. *The Depths: The Evolutionary Origins of the Depression Epidemic*, Basic Books, 2014.
10. THIRIART, Philippe. « L'insoutenable légèreté du darwinisme ». *Le Québec sceptique*, n° 60, été 2006, pp. 40-47.