

« Les déprimés sont des gens faibles qui manquent de volonté. »

La volonté ne s'enseigne pas.

Sénèque, Lettres à Lucilius

Comment décrire la dépression ? L'expérience dépressive est assez difficile à rendre par le déprimé lui-même, qui communique peu et se heurte à l'incrédulité de son entourage, qui, presque toujours, voit le déprimé comme un faux malade et la dépression comme une simple absence de volonté. Rien n'est plus faux !

La douleur morale qui caractérise la dépression est souvent atroce et le simple catalogue clinique des symptômes dépressifs reste impuissant pour rendre compte de cette maladie dans toute son horreur. William Styron, qui, dans *Face aux ténèbres*, a raconté l'épisode dépressif dont il a souffert, rend la monotonie et le ressassement dépressifs avec une rare acuité et une infinie précision. Il montre qu'à cause de la dépression tous les pans de la vie psychique s'effondrent, toutes les fonctions vitales s'anéantissent, si bien qu'aucune hyperbole ne suffit à traduire ces bouleversements : « languissante morosité, engourdissement, apathie, bizarre fragilité, confusion, impuissance, incohérence anarchique, morne hébétude, déliquescence, lutte exténuante, débâcles instinctuelles, épuisement de tous les instants, dégoût de soi-même, sensation proche bien qu'indiciblement différente de l'authentique douleur, sensations maléfiques, épouvantable et diabolique malaise, féroce intériorité de la souffrance, cataclysme immédiat qui bouleverse l'organisme, tourbillon de l'extrême souffrance, souffrance implacable, série d'épreuves noyées dans

une brume d'horreur, la noire tempête de la dépression, ténèbres oppressantes, désespérance au-delà de la désespérance... »

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

Cet état n'est pas passager, mais au contraire s'insinue durablement, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. En général, la dépression s'installe de façon progressive. Parfois, le début peut être brutal et survenir du jour au lendemain. Lors d'un premier épisode dépressif, le patient a du mal à reconnaître la nature de sa maladie. Il a tendance à lui attribuer des causes physiques ou à penser qu'elle est passagère. Par la suite, si malheureusement les épisodes se répètent, il a vite fait de les identifier, ainsi que son entourage qui a pu repérer certains symptômes caractéristiques.

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

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

La dépression perturbe les rythmes biologiques, le sommeil et l'appétit. Le plus souvent, le déprimé se réveille en milieu de la nuit ou en fin de nuit, en étant particulièrement sombre et angoissé (« Dans la nuit véritablement noire de l'âme, il est toujours, jour après jour, trois heures du matin » écrit Francis Scott Fitzgerald dans *La Fêlure*). Le sommeil est haché ou bien l'impossibilité de se rendormir rend la nuit interminable. L'appétit est diminué au point que cette anorexie entraîne parfois un amaigrissement important, de plusieurs kilos en quelques jours ou quelques semaines. Dans d'autres formes de dépression, au contraire, le sujet a tendance à beaucoup dormir (hypersomnie) et à manger plus que d'habitude (hyperphagie), notamment des aliments sucrés, ce qui entraîne une prise de poids.

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

La tristesse se manifeste aussi sur le visage du déprimé dont la mimique est pauvre, le regard sans éclat. Les traits et la posture ont perdu leur tonus. Les vêtements sont ternes, négligés. La journée est parfois traversée par des crises de larmes survenant sans raison particulière, ou bien elles sont provoquées par la vision noire que le déprimé se fait de l'avenir, du monde et de lui-même. Le déprimé se dévalorise, s'estime incapable ou indigne, pouvant même s'accuser de fautes imaginaires. Le déprimé se voit comme un poids pour la société ou son entourage. Il se culpabilise aussi de son état et des tracasseries qu'il impose à sa famille ou ses amis. Ces idées prennent même parfois une tournure délirante.

Le déprimé a tendance à s'isoler, à fuir le contact avec les autres. Il ne veut plus sortir, ne s'intéresse plus au monde environnant, à l'actualité, aux événements qui touchent ses proches, n'a plus d'activités de loisirs. Il a tendance à se réfugier dans ses ruminations et

tout contact extérieur est une perspective qui lui paraît pénible : « [...] il errait tout seul par la plaine Aléienne, en se rongant le cœur, évitant le sentier des hommes » dit Homère de Bellérophon, une des figures classiques de la mélancolie (*Iliade*, VI, 201-202).

Le retentissement scolaire ou professionnel d'un état dépressif est souvent important avec une baisse de rendement ou une impossibilité de travailler. Cela aggrave les sentiments de culpabilité du déprimé et la mauvaise opinion qu'il a de lui-même. La façon dont le déprimé vit le temps est profondément modifiée : chaque seconde lui paraît une éternité, il est incapable de se projeter dans l'avenir. Son horizon temporel est totalement bouché et les jours semblent une sempiternelle torture.

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

La symptomatologie dépressive connaît souvent des variations au cours de la journée. L'intensité est maximale au réveil. Affronter une nouvelle journée paraît comme « soulever une montagne ». Mais, à mesure que la journée avance, la symptomatologie se fait moins intense et l'idée de plonger dans le sommeil apporte un léger répit.

À cette forme typique de dépression, il faut ajouter les nombreuses autres présentations de ce trouble et rappeler aussi qu'il peut être isolé ou bien accompagné d'autres maladies mentales ou physiques.

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

Bernard Granger

« La Covid-19 a provoqué une épidémie de phobies. »

*8000 rats avaient été recueillis, une vague de quelque chose
comme la panique a balayé la ville.*

Albert Camus, *La Peste*, 1947

PHOBIES

Parmi les très nombreuses conséquences de la pandémie de la Covid-19 figurent les perturbations de la santé mentale et l'augmentation des troubles psychiatriques, observées à partir de 2020 dans tous les pays, dont la France. Ces troubles sont très variés : stress, anxiété, dépressions, addictions, tentatives de suicide, etc. On peut donc s'interroger sur une éventuelle flambée de phobies à cette occasion, et des peurs nouvelles ont été citées dans la presse : aphenphosmophobie (peur d'être touché), aérophobie (peur de respirer l'air ambiant) ou encore anosmophobie (peur de perdre l'odorat). Les précédents sont nombreux lors d'autres grandes épidémies antérieures, avec des peurs pathologiques du sida, du virus Ebola ou encore de la grippe espagnole en 1918.

Cette question permet d'illustrer en fait assez clairement plusieurs éléments de définition. Toutes les peurs et anxiété ne sont pas des phobies : certaines ne sont pas pathologiques, et d'autres correspondent à d'autres diagnostics que celui d'un trouble phobique. Toutes les personnes ayant eu peur d'attraper la Covid-19 durant la pandémie ne souffraient pas d'une pathologie au sens médical du terme. Cette inquiétude était en effet tout à fait adaptée au contexte, car le danger était bien réel, notamment durant les premiers mois où on connaissait mal cette nouvelle maladie et

où les moyens de s'en protéger étaient très limités. Ce sont plutôt les personnes qui ne s'en inquiétaient pas du tout, au point de ne prendre aucune précaution pour elles-mêmes et pour les autres, qui auraient pu être considérées comme atteintes d'une insouciance pathologique.

Mais, malgré tout, une anxiété justifiée initialement peut devenir parfois une véritable maladie. C'est le cas si l'inquiétude est nettement excessive par rapport au risque réel encouru, voire irrationnelle, ou alors si les conséquences de cette inquiétude sont démesurées et sources de souffrances ou d'autres perturbations. Par exemple, les personnes qui sont restées confinées pendant toute l'année 2020, voire plus longtemps ensuite, en ne sortant jamais ou quasiment jamais de chez elles, peuvent être considérées comme souffrant d'une peur malade. Il était en effet possible de contenir les risques de contamination en respectant les gestes barrières et en tout cas en évitant les lieux publics. Mais cette appréciation peut bien sûr être discutée, tout étant là une question d'évaluation individuelle subjective.

 PHOBIES

Quels types de troubles anxieux ou de phobies ont pu être déclenchés par la pandémie de la Covid-19 ? Le plus répandu est probablement ce qu'on pourrait appeler une « anxiété réactionnelle », un stress assez banal secondaire à toutes les perturbations et inquiétudes de cette période. Dans les classifications psychiatriques, il est dénommé Trouble de l'adaptation avec anxiété, et on peut considérer que la quasi-totalité de la population a pu l'éprouver à un moment ou à un autre de la pandémie, sous forme d'inquiétudes, de troubles du sommeil modérés, de quelques somatisations, etc. À un cran au-dessus, quand les symptômes anxieux sont nombreux et surtout durables, présents au moins la moitié du temps environ, on parle de Trouble anxieux généralisé. Cette pathologie se manifeste par des inquiétudes et une hypervigilance qui perturbent la vie quotidienne, avec des signes

physiques de tension anxieuse, une insomnie gênante, et une irritabilité avec les autres. Même si les évaluations n'étaient pas très précises, les études effectuées en 2020 ont montré que ces symptômes pouvaient être présents chez environ 40 % des Français, associés à des symptômes de dépression dans environ la moitié des cas, ce qui est classique.

En dehors de ces formes d'anxiété liées aux inquiétudes concernant la vie quotidienne et l'avenir (peur de perdre son travail, de ne pas pouvoir voir ses proches ou ses amis, ou toutes les craintes sur l'évolution possible de la pandémie), d'autres syndromes anxieux peuvent être considérés comme plus typiques d'une épidémie comme celle du coronavirus. Il s'agit des peurs concernant spécifiquement la santé, et les infections en particulier. L'obsession malade d'être contaminé peut correspondre, quand elle envahit la vie de la personne et la fait souffrir durablement, à un trouble nommé nosophobie, que les psychiatres classent parmi les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC). La peur devient en effet alors une idée fixe, qui s'accompagne de divers rituels (désinfections multiples, vérifications, parfois actes ou pensées conjuratoires) qui s'ajoutent aux nombreux évitements mis en place pour ne pas risquer de se contaminer : ne pas sortir du tout, se protéger de manière la plus complète possible, éviter tous contacts sociaux, etc. Certaines personnes souffrant de TOC ont ce type de comportement en temps habituel, en dehors de toute épidémie, et la plupart d'entre elles les ont eu encore plus à cause de la Covid-19. Il existe pourtant des exceptions, car certains de nos patients se sont sentis presque mieux pendant la pandémie du fait des mesures d'hygiène beaucoup plus présentes à cette période qu'en temps habituel.

Une autre forme d'anxiété liée à la santé est l'hypocondrie, qui correspond à la peur excessive de la maladie et plus précisément à la sensation récurrente voire permanente d'avoir les symptômes d'une maladie grave. Les hypocondriaques interprètent des signes

banals du corps (douleurs légères, boutons sur la peau, troubles digestifs, etc.) comme le début d'un probable cancer ou d'une autre affection mortelle. Ils multiplient alors les consultations et les examens, sans pouvoir être rassurés durablement. Pendant la pandémie de la Covid-19, nombreux étaient les hypocondriaques qui surveillaient sans cesse leur température, leur respiration ou leur odorat à la recherche de signes révélateurs de l'infection. Là encore, ces craintes et comportements ne sont pas pathologiques en eux-mêmes, mais peuvent le devenir s'ils sont incessants, clairement exagérés et surtout s'ils perturbent gravement l'équilibre psychologique de la personne.

Des appréhensions ou comportements liés à l'anxiété de la Covid-19 pourraient ressembler à la phobie sociale (peur des autres, par peur de la contamination) ou à l'agoraphobie (peur des lieux fréquentés). En fait, ça n'est pas le cas si on applique les définitions « officielles » de ces diagnostics : peur du jugement de l'autre pour la phobie sociale, et peur d'un incident dans un lieu dangereux pour l'agoraphobie. On peut d'ailleurs remarquer que le port du masque et les obligations de distanciation sociale ont plutôt soulagé bon nombre de personnes souffrant de phobie sociale, car elles pouvaient alors plus facilement dissimuler leurs émotions et éviter la proximité avec autrui. Mais ce soulagement n'est que transitoire, et on peut craindre un « effet boomerang » de l'anxiété sociale après cette période d'évitement, comme ce fut le cas à la sortie du confinement pour des enfants souffrant habituellement de phobie scolaire. Beaucoup de personnes ont par ailleurs souffert d'une claustrophobie « conjoncturelle » pendant les phases les plus dures de confinement.

Enfin, un autre syndrome associé à la Covid-19 est le trouble de stress post-traumatique. Il touche les personnes qui ont subi un choc psychologique très brutal et grave, comme celles qui ont été sévèrement malades, notamment quand elles ont failli mourir ou ont fait des séjours en réanimation. Il touche aussi les soignants

ayant été confrontés à de nombreux décès dans des circonstances très violentes. Le syndrome de stress post-traumatique se manifeste par une anxiété intense et durable, une peur des situations rappelant les événements vécus (qui peut se rapprocher alors d'une véritable phobie), et des reviviscences de ces événements sous forme de cauchemars la nuit et de flash-back dans la journée.

En conclusion, on peut parler clairement d'une épidémie de troubles anxieux liées à la Covid-19, sous forme de phobies ou d'autres diagnostics. À l'heure où nous écrivons ces lignes, nous manquons encore d'études précises sur la prévalence et l'évolution de ces troubles mais on peut craindre qu'ils soient durables et répétés à l'occasion d'éventuelles nouvelles alertes épidémiques. L'étude récente d'un psychiatre canadien, Steven Taylor, montre que 13 % des Américains présentaient en 2020 les signes d'un « syndrome de Covid-stress » intense.

« La schizophrénie, c'est le dédoublement de la personnalité. »

La schizophrénie des partisans du oui.

Titre d'un article paru dans *L'Humanité*, 13 avril 2005

Aujourd'hui, dès que quelque chose est divisé en deux, on parle de schizophrénie, comme si ce mot seul pouvait qualifier toutes les divisions intérieures. Pour la plupart des gens, la schizophrénie c'est le dédoublement de la personnalité. Mais il faut le dire tout de suite, la schizophrénie, ce n'est pas le dédoublement de la personnalité. Ne cherchez pas dans ce livre la trace extraordinaire du Dr Jekyll et de Mr Hyde mais celle d'une maladie plutôt fréquente (1 % de la population) dans laquelle le sujet ne parvient pas à s'organiser et à s'affirmer comme un tout cohérent. La confusion avec le dédoublement naît de l'étymologie : *schizo* veut dire scinder, diviser, et *phrénie* veut dire esprit. Le mot a été forgé en 1911 par le psychiatre suisse Eugen Bleuler pour signifier que l'esprit a du mal à rassembler l'ensemble des vécus, des sentiments, des comportements et des pensées en un sujet autonome et sûr de ses acquis. Dans la schizophrénie, l'expérience devient chaotique et effrayante, même notre corps peut paraître changé : ce n'est pas qu'on est plusieurs, c'est qu'on est en morceaux, la personnalité ne se dédouble pas, elle a une grande difficulté à s'affirmer. La personne n'arrive pas à s'engager dans une activité pratique ni dans une relation. Tantôt tout lui semble dangereux. Tantôt elle ignore la mesure et se met en péril. Son corps lui joue des tours, qu'il soit sous l'emprise d'un autre, ou bien déformé, mis en pièces, ou bien encore douloureux, brûlant, voire transformé en machine.

SCHIZO-
PHRÉNIE

Le corps n'est plus dans la schizophrénie cette source inépuisable de sens à partir de laquelle nous participons librement à ce qui nous entoure. Le langage, parfois poétique mais souvent codé, ne sert plus la communication. Le schizophrène entend des voix qui l'insultent ou lui donnent des ordres. Aux yeux des autres, il semble raide, maniéré, il devient un problème à lui seul car il ne quitte plus son lit, ne participe à rien, se replie en dedans. Tout se passe comme si le moi n'avait plus la force de jouer son rôle naturel de chef, de rassembleur, d'organisateur spontané de l'expérience. Ce phénomène, Bleuler – de langue allemande – l'appelle : *Spaltung*. Le mot est mal traduit en français par : dissociation. Il vaudrait mieux dire : « clivage » ou « morcellement ».

Bleuler invente le nom de « schizophrénie » car il n'est pas pleinement satisfait de la conception de son aîné Emil Kraepelin. Celui-ci à la fin du XIX^e siècle rassemble plusieurs syndromes en un seul : la catatonie, la démence paranoïde et l'hébéphrénie, et qualifie le tout de « démence précoce » (*Dementia praecox*). Pour lui, les maladies mentales sont des maladies du cerveau qu'il classe en fonction de critères descriptifs stricts, sur le modèle de la classification des espèces comme on commence à le faire pour les maladies physiques. En 1896, il distingue déjà comme c'est le cas encore actuellement :

- 1) la psychose maniaco-dépressive, caractérisée par des variations de l'humeur et de longues périodes sans aucun symptôme ;
- 2) la paranoïa, délire chronique systématisé, c'est-à-dire bien organisé ;
- 3) la démence sénile, marquée chez le sujet âgé par un affaiblissement progressif du raisonnement et de la mémoire ;
- 4) la « démence précoce ». On y voit comme dans la démence sénile un déficit progressif, mais il touche ici non pas les fonctions intellectuelles pures mais l'affectivité et la volonté.

Kraepelin décrit les grands traits de la maladie : apparaissant chez le sujet jeune, elle est marquée par une indifférence et un repli social progressifs, elle peut ne pas s'accompagner de délire et, lorsque celui-ci existe, il n'est pas systématisé ; remarquable par l'appauvrissement et l'abêtissement final qu'elle engendre, la maladie a un début souvent insidieux. Voilà définitivement tracé par Kraepelin le profil typique du schizophrène, qui insiste fortement sur les critères évolutifs : la maladie doit être jugée en fonction de son terme, la démence est l'état terminal, c'est l'état déficitaire final – preuve clinique ultime d'un processus de dégénérescence – qui donne leur sens aux symptômes de début.

Bleuler, en revanche, insiste fortement sur les aspects dynamiques propres à la maladie et à la personne. Son projet central n'est pas de les comprendre à partir de l'état terminal mais d'approfondir plus avant la pathologie en lui appliquant les idées de Freud. Le concept de « schizophrénie » ne concerne pas exclusivement des malades précocement abêtis ou déments, il s'applique aussi à des personnes chez qui un simple processus de dégénérescence cérébrale ne peut pas venir tout expliquer. Pour Bleuler, il y a une continuité entre la schizophrénie et la normalité et tous les symptômes de la maladie n'ont pas la même signification. Certains symptômes, dits fondamentaux comme la « perte de la cohérence des associations », « l'émoussement des affects », l'« autisme » ou l'« ambivalence » sont essentiels au diagnostic car ils sont présents « à chaque instant et dans chaque cas ». D'autres, comme le délire, les hallucinations, la catatonie ou la dépersonnalisation, sont dits « accessoires » car ils peuvent être vus dans d'autres maladies. Bleuler ajoute à cela que certains symptômes peuvent être dits « primaires » car ils sont comme les troubles des associations : « directement issus du processus morbide », et d'autres « secondaires », car ils ne sont au fond que la réaction de l'esprit au trouble associatif fondamental. Bleuler cherche dans

l'œuvre de Freud la signification cachée de certains troubles. Le délire par exemple est comme le rêve : si l'un est le produit du relâchement des associations et l'autre celui de la vigilance, tous deux montrent à l'œuvre les mêmes complexes inconscients.

On ne cesse aujourd'hui de questionner ces deux conceptions de la schizophrénie. Sur le plan théorique, les psychiatres sont au moins aussi divisés que leurs malades. La conception de Bleuler a le mérite de montrer la schizophrénie comme un processus curable et les symptômes comme porteurs de sens. La conception de Kraepelin nous oblige à porter notre regard vers les causes. Peut-être faut-il savoir ne pas trancher, savoir humblement qu'au fond on ne sait pas grand-chose. Mais en tant que concept psychopathologique, le concept d'autisme est sans doute celui qui résiste le mieux à l'épreuve du temps parce qu'il insiste sur le double aspect à la fois subjectif et objectif des phénomènes cliniques. Il cible à la fois le retrait social de la personne perçu par l'observateur comme un signe négatif propre à la maladie et la dynamique qui le sous-tend conçue comme vide, souffrance, mais aussi potentiellement répit ou source de richesse. Eugène Minkowski, un psychiatre français élève de Bleuler, va nettement dans ce sens en montrant que l'autisme est essentiellement pauvre car il n'a qu'une seule détermination : la « perte du contact vital avec la réalité ». C'est la réalité de la vie quotidienne qui nous donne un fil conducteur pour organiser notre vie mentale et notre rapport au monde. Lorsque ce contact est perdu, l'expérience perd de sa cohérence et de son unité mais elle se rapproche aussi du même coup du questionnement philosophique, ce qui fait probablement de la schizophrénie certes une maladie, mais avant tout alors : une maladie de l'existence.

SCHIZO-
PHRÉNIE

Bernard Granger & Jean Naudin