

PSYCHOTHÉRAPIE OU NEUROSCIENCES À L'IMAGE DE LA DÉPRESSION

CH. REYNAERT,
N. ZDANOWICZ,
D. JACQUES

Correspondance :
Pr. Ch. Reynaert
Université catholique de Louvain
Cliniques universitaires de Mont-Godinne
Service de Médecine Psychosomatique
Avenue G. Thérasse 1
B-5530 Yvoir

INTRODUCTION

Avant d'aborder un sujet relativement sombre, je voudrais souhaiter à notre association ALFORMEC ECU UCL un très bon anniversaire de 20 ans, notre association que nous osons appeler amitié, amitié si précieuse en ces temps de clivage et remarquons que le titre qui m'a été proposé en comprend un aussi introduit par le terme « *ou* ».

Mon cœur de psychosomaticienne en souffre et je vais essayer de montrer qu'on peut le changer en « *et* ». Ainsi, on peut s'intéresser dans un même espace temps à la fois aux neurosciences et à la fois à la psychothérapie.

Nous le savons bien, nous les cliniciens, que nous sommes toujours des équilibristes entre les acquis de la science, ici en particulier les découvertes des neurosciences, et leur intérêt pour la rencontre singulière du patient.

LA DÉPRESSION AU 21^E SIÈCLE

La prévalence de la dépression est importante, de 10 à 16% d'entre nous connaissons un épisode dépressif au cours de notre vie. Elle reste toujours insuffisamment diagnostiquée et insuffisamment traitée. La dépression est une cause élevée de mortalité, pas seulement par le risque de suicide qu'elle implique mais aussi par l'augmentation de la morbidité qu'elle provoque dans toutes les affections médicales concomitantes (asthme, diabète, maladies cardiaques, hypertension, obésité, accident vasculaire cérébral,...).

Ce tableau assez triste ne va pas s'arranger puisque l'OMS estime qu'en 2020, la dépression sera la cause principale de morbidité après les maladies cardiaques !

Le diagnostic se fait classiquement à partir du DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

La définition de la dépression repose sur une association de symptômes : au moins cinq symptômes, au moins deux semaines avec un changement au niveau du fonctionnement.

L'un des symptômes doit être un des deux premiers :

- une humeur dépressive ;
- une perte de plaisir / d'intérêt dans la vie ;
- perte, prise de poids, augmentation ou diminution de l'appétit ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- agitation psychomotrice ou retard psychomoteur ;
- fatigue, perte d'énergie ;
- sentiment / pensées d'inutilité ou de culpabilité ;
- troubles de la concentration, indécision ;
- pensées de mort, idées suicidaires, tentative de suicide, planification de suicide.

Le processus qui sous-tend ces symptômes est *le vécu subjectif du patient déprimé*, le sujet n'est plus poussé par l'attrait de la vie, plus rien ne l'intéresse, l'amitié, l'amour, les loisirs, le travail n'évoquent plus rien.

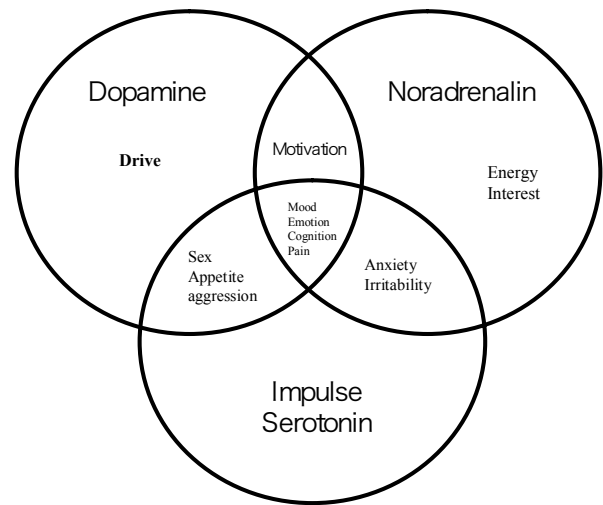
Vécu subjectif du patient déprimé

- Expérience de perte « d'objet d'amour ».
- Perte de sens.
- Perte d'élan vital, de pulsion de vie.
- Perte d'énergie, de plaisir.

La dépression est bien une maladie globale du sujet atteignant le corps et l'esprit. Dans nos cultures, le noyau invariant de la dépression repose sur le *mal-être physique* tandis que les symptômes de souffrance morale sont souvent considérés comme des complications. Nous devons alors faire un décodage des plaintes somatiques et les remettre dans le contexte de vie surtout chez des personnalités très répressives au point de vue émotionnel.

Au niveau cérébral, les *corrélats biologiques* reposent sur l'hypothèse d'un déficit en neurotransmetteurs : la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine.

Tous les antidépresseurs depuis les IMAO en 1950 jusqu'aux plus récents comme les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (Venlafaxine, Duloxétine) et le plus récent, l'inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine (Bupropion), agissent dans le sens d'augmenter la fonctionnalité de ces neurotransmetteurs. Jusqu'il y a peu de temps, le délai d'action des antidépresseurs (10 à 15 jours) était expliqué par les changements de sensibilité des récepteurs qui devaient revenir à leur état normal.



Chacun des trois neurotransmetteurs semblent corrélé à des émotions et des comportements spécifiques mais avec des zones de chevauchement dans cette spécificité (schéma).

EVOLUTION

Nous rêvons tous pour nos patients de savoir établir correctement le diagnostic, ensuite de lui

<i>La dépression entre le corps et l'esprit</i>	
<p>- Mal-être physique</p>	<p>- Souffrance morale</p>
Notion de changement	
<ul style="list-style-type: none"> * Fatigue * Trouble du sommeil * Perte de concentration * Troubles neurovégétatifs * Douleurs 	<ul style="list-style-type: none"> * Tristesse * Anxiété * Autodépréciation * Culpabilité * Idées suicidaires

prescrire un antidépresseur auquel il répond et de l'amener progressivement à une rémission, c'est-à-dire à un retour à un fonctionnement normal et peut-être à une meilleure connaissance de lui-même et de ses faiblesses.

La clinique et l'évaluation de l'efficacité des antidépresseurs nous montrent hélas qu'un tiers seulement des patients arrivent à une rémission complète, c'est-à-dire une guérison. De plus, parmi les patients qui répondent au traitement mais n'arrivent à une rémission, on note un nombre plus important de rechutes et de récurrences (67.6% contre 15% !) (1).

Il paraît impératif de ne pas nous contenter d'une amélioration partielle et de très vite songer à intégrer la psychothérapie au traitement pharmacologique quelle que soit la qualité du médicament. En effet, les études montrent qu'en cas de récurrences fréquentes d'épisode dépressif, la dépression semble ne plus avoir de relation avec les événements de vie à partir du cinquième épisode !

Il ne faut donc pas attendre une récurrence pour amorcer avec le patient une réflexion sur ses facteurs personnels et relationnels de stress.

On sait aussi que le taux de guérison diminue en fonction de la durée de l'épisode dépressif majeur. A partir de 6 mois d'évolution, la chance d'une guérison diminue drastiquement en fonction du temps (2).

C'est dans les premiers mois qu'il faut trouver l'antidépresseur le plus adéquat et commencer une démarche psychothérapeutique d'analyse des stress qui ont précédé la survenue de la dépression !

DU CÔTÉ DES NEUROSCIENCES...

L'hypothèse neuro-endocrinienne de la dépression repose sur les mécanismes de stress chronique, à savoir l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien. La glande surrénale libère des quantités excessives de catécholamines et de cortisol. Le dérèglement est au niveau cérébral comme le montre l'indifférence du circuit au test de suppression à la Dexaméthasone.

Nous savons que les catécholamines et le cortisol sécrétés de façon continue ont des effets généraux impressionnants sur l'organisme.

Au niveau cardiaque, les catécholamines :

- augmentent l'ischémie myocardique ;
- diminuent la variabilité de la fréquence cardiaque ;

- et augmentent le risque de survenue d'arythmie ventriculaire.

Au niveau systémique, les catécholamines :

- activent les plaquettes ;
- augmentent les cytokines et les Interleukines ;
- et peuvent favoriser l'apparition de l'athérosclérose et éventuellement de l'hypertension.

Le cortisol est un antagoniste de l'insuline, il favorise :

- la dyslipidémie ;
- l'obésité ;
- le diabète de type II ;
- peut inhiber le système immunitaire.

La dépression est donc un *problème psychiatrique et médical majeur*

Au niveau cérébral, plusieurs zones interviennent dans la régulation de l'humeur. Le *cortex préfrontal* est lié aux fonctions exécutives comme la mémoire, la prise de décision, la planification et le jugement, le *cortex singulaire antérieur* joue un rôle dans des fonctions cognitives comme l'anticipation des récompenses, la prise de décisions, l'empathie et l'émotion et il intègre les stimuli émotionnels et les fonctions d'attention.

L'amygdale joue un rôle prépondérant dans le traitement de la mémorisation des réactions émotionnelles et *l'hippocampe* dans l'apprentissage et la mémoire contextuels.

Les études du flux sanguin régional chez le patient dépressif montrent en quelque sorte une hypoactivité des cognitions et une hyperactivité des émotions. Nous retrouvons le noyau dépressif qui est la rupture de continuité entre nos émotions et nos interprétations cognitives.

Une des découvertes les plus récentes de la physiologie cérébrale est la découverte de la neuroplasticité. Ainsi, dans la dépression, il n'y a pas seulement des variations fonctionnelles des neurotransmetteurs mais aussi des variations de structure au niveau des neurones cérébraux.

L'imagerie cérébrale nous a ainsi montré une atrophie de l'hippocampe chez le patient dépressif qui récupère progressivement après traitement.

La découverte de la neuroplasticité est une chose bien inquiétante puisque l'on voit que la consommation de drogues, les dépressions graves provoquent quasi une apoptose des cellules

cérébrales et en tout cas une diminution des dendrites et des axiomes (support du passage de l'information d'une cellule à l'autre) mais il comporte aussi un *message positif*, c'est la possibilité de développer de nouveaux neurones et de nouvelles connexion quel que soit notre âge. Ainsi, si nous nous mettons à apprendre à jouer au violon même vers 50 ans, nous développerons de nouveaux neurones !

Actuellement, un marqueur biologique de la vitalité cérébrale a été mis en évidence, c'est le BDNF (*brain derived neurotrophic factor*). Cette protéine qui peut être dosée dans le sang dans le cadre de programmes de recherches est diminuée en cas d'augmentation du cortisol, de stress, de douleurs ou de glutamate. Elle est diminuée chez le dépressif et donc un marqueur indirect d'une certaine atrophie cérébrale. La bonne nouvelle est que cette atrophie est réversible. La neurogenèse induite par une augmentation du BDNF peut être améliorée par la *pharmacothérapie* mais aussi par la *psychothérapie* et par *l'exercice physique* (3).

Et c'est ici que toutes les techniques de psychothérapie rejoignent les neurosciences puisqu'en traitement adjuvant à la pharmacothérapie, elles peuvent participer à une restauration de structure des neurones cérébraux.

Nous comprenons donc aujourd'hui grâce à l'évolution des connaissances en neurosciences que psychothérapie, réappropriation des sensations corporelles et pharmacothérapie sont complémentaires.

DU CÔTÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE...

Les biologistes du stress se sont concentrés sur une protection du corps uniquement par l'action physique (« fight and flight » de Cannon). Aujourd'hui, nos stressés ne sont plus des mam-mouths qu'il faut attaquer ou dont il faut s'enfuir mais nous avons certainement à notre disposition d'autres moyens que la fuite ou l'attaque : nous avons *la parole* capable d'exprimer nos émotions positives et négatives ainsi que nos divergences de vue avec nos proches. Nous avons également *un cerveau très « cortiqué »* capable de *représentations mentales*. Une pensée, une parole peut donc être une action sur le monde. Ce sont ces pensées souvent dysfonctionnelles chez le dépressif et cette incapacité à exprimer les émotions que nous devons prendre en traitement.

On peut classer les types de psychothérapies les plus reconnues en 4 catégories :

- les thérapies psychanalytique et psychodynamique qui se basent sur une identification des événements de stress comme une répétition d'événements traumatisants du passé ;
- la thérapie cognitivo-comportementale qui s'intéresse aux pensées automatiques et aux comportements qui renforcent la pathologie ;
- la thérapie systémique qui essaie de lever les malentendus et les interactions dysfonctionnelles avec l'entourage ;
- les thérapies interpersonnelles expérientielles qui évaluent dans un climat d'alliance avec le patient le sens des événements de vie.

Remarquons que la plupart des médecins et des thérapeutes utilisent de façon créative des outils venant de divers mouvements psychothérapeutiques.

L'efficacité des thérapies combinant psychothérapie et pharmacothérapie a été démontrée dans toutes les études qui les ont évaluées de façon scientifique.

Ainsi, l'étude de Keller *et al.* (4) nous montre que le pourcentage de réponses avec la psychothérapie seule et avec la pharmacothérapie seule est égal à 48% mais que la combinaison des deux approches amène à une réponse chez 73% des patients.

LA DÉPRESSION, UNE MALADIE À SOIGNER EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

N'oublions pas que de par la maladie elle-même, vécu de découragement, de fatigue et d'indifférence, les patients déprimés ne consultent pas toujours pour leur dépression.

Lepine *et al.* (5) a montré que 43% des patients déprimés n'ont pas cherché à être traités contre 57% qui ont cherché à être traités, la toute grande majorité en médecine générale plutôt qu'en psychiatrie.

En Belgique, 55% des patients déprimés s'adressent à leur généraliste et seulement 9.8% se retrouvent chez le psychiatre.

Qui mieux que le généraliste peut offrir une approche globale psychobiorelationnelle et utiliser des stratégies de communication pour « tirer le patient vers l'envie de la vie » ?

Quelques règles pour la prise en charge du patient déprimé

La tâche est évidemment complexe car le médecin doit non seulement établir le diagnostic

mais aussi offrir assez rapidement une approche intégrée pharmacothérapeutique et psychothérapeutique.

Un arrêt de travail et une prescription de médicaments aussi bons soient-ils sans aucune réflexion existentielle n'est pas le traitement optimal de la dépression.

Maintenant, il ne faut pas mystifier la démarche psychothérapeutique : une bonne communication médecin/patient est une psychothérapie, en ce sens qu'il y a un échange de paroles et d'informations et donc de possibilité de changement de représentations mentales au niveau des cognitions.

Le but est une restauration de l'estime de soi et une reprise par le patient d'un sentiment de contrôle sur sa vie. Cadre de sécurité et étapes (début, stabilisation, « guérison ») doivent être respectés.

Le cadre :

Il est important d'établir un programme comprenant une série de rendez-vous à intervalles réguliers.

Phase du début : en début de traitement, le patient n'a pas assez d'énergie pour s'investir dans une remise en question de lui-même. A ce stade, le médecin se doit d'être assez actif, chaleureux et empathique. L'antidépresseur peut représenter un signe concret de la reconnaissance de la souffrance du patient. A ce stade, il ne faut pas hésiter à donner des informations sur ce qu'est une dépression, sur le délai d'action des médicaments et sur leurs effets secondaires.

En phase de stabilisation (\pm un mois) : le patient pourra commencer à faire lui-même un travail de réflexion qui l'amènera à donner un sens à l'expérience dépressive. Il devra repérer les événements de vie qui représentent pour lui une expérience de « perte ». Le thérapeute doit alors soutenir le patient à jeter un regard critique mais constructif et déculpabilisant sur son existence.

C'est à ce stade que le patient pourra aussi prendre conscience des schémas de pensées systématiquement négatifs.

Il est utile d'amener le patient à parler des circonstances et des affects qui ont précédé la maladie et des réactions (ou du manque de réactions !) de son entourage. En effet, un épisode dépressif qui se chronifie est souvent une dépression « uti-

lisée » comme moyen de communication dans le réseau relationnel. Le suivi peut alors être fait avec le patient, son conjoint ou des membres de sa famille. Dans ces consultations avec un tiers il est important pour nous de nous attacher à la communication circulaire entre le patient et ses proches pour lever les malentendus et les conflits non résolus.

Dans tous les cas, notre sollicitude pour le corps doit rester attentive. De plus, un travail corporel permet d'abord seul avec kiné, puis dans des activités de groupe une valorisation de soi. Il permet des décharges de type agressif, permet de réinvestir dans les actes de la vie extérieure et nous l'avons vu « bouger » a des effets positifs au niveau cérébral.

Ce n'est qu'au stade de guérison que le patient sera alors en mesure de décider ou non de suivre une psychothérapie plus structurée, individuelle, de couple ou de famille.

Insistons aussi sur le fait d'encourager le patient à continuer à prendre sa médication pendant une période d'environ trois mois après amélioration (ce qui ne veut pas dire « à vie ! »).

EN RÉSUMÉ

- La fréquence de la dépression est en augmentation, elle s'exprime le plus souvent par des symptômes somatiques.
- Elle s'accompagne de changements fonctionnels et structurels du cerveau (suppression de facteurs neurotrophiques et neuroplasticité compromise).
- La pharmacothérapie, la psychothérapie et l'exercice physique augmentent le BDNF, marqueur de neuroplasticité.

Et les bonnes nouvelles...

- L'efficacité de la psychothérapie dépend de la qualité de l'alliance médecin/patient et de leur motivation.
- Les neurosciences montrent que la dépression est un problème médical majeur, elle s'en retrouve moins stigmatisée par notre société.
- L'amélioration clinique est sous-tendue par des améliorations au niveau cérébral et donc la qualité de l'alliance médecin/patient peut changer la structure du cerveau de nos patients !



RÉFÉRENCES

1. Pintor L. *et al.* *J. Affect Disord.* 2003; **73** (3) : 237-244.
2. Keller MB. *et al.* *Arch Gen Psychiatry.* 1992; **49** (10): 809-816.
3. Castren E: "Is mood Chemistry?". *Nature Neuroscience Reviews.* 2005.
4. Keller *et al.* *N Engl J Med.* 2000.
5. Lepine *et al.* *Clinical Psychopharmacology.* 1997; **12** : 19-29.