

Les antidépresseurs : dans la tête du psychiatre...

Auteur(s) : Victor Souffir

Mots clés : antidépresseurs - bipolaire (trouble) - dépression (récidivante) - dépression/dépressions - humeur (troubles) - psychanalyse (et psychiatrie)

Ce texte fait suite à la conférence de Bernard Brusset, publié également dans la même rubrique des Conférences de Sainte-Anne

Après cet exposé clair, documenté, réfléchi de Bernard Brusset sur les apports essentiels de la psychanalyse et de ses grands auteurs à la compréhension des dépressions, je voudrais vous emmener dans un autre champ, celui de la psychiatrie, aux coordonnées très différentes (histoire, repérage sémiologique, soubassement théorique, modes d'action, apport de l'épidémiologie etc.).

J'espère rester dans l'esprit des Conférences de Sainte-Anne, c'est-à-dire l'apport réciproque de la psychanalyse et de la psychiatrie d'où l'intitulé de mon exposé : « Les antidépresseurs : dans la tête du psychiatre ».

Cet exposé aura une particularité, c'est qu'il est proposé par un psychiatre qui est aussi psychanalyste et je voudrais profiter de

l'occasion qui m'est donnée par les organisatrices de ces Conférences pour rappeler quelques noms de toute cette génération de psychiatre-analystes qui a essayé d'établir des ponts entre les deux domaines :

- Jacques Azoulay qui fut un maître pour Josiane Chambrier-Slama et pour moi
- Augustin Jeanneau psychiatre et psychanalyste à la finesse d'analyse inégalée
- Daniel Widlöcher professeur de psychiatrie et psychanalyste qui a exploré tous les angles possibles de compréhension, intra et extra-analytiques, sans aucune exclusive
- le pionnier Pierre Lambert à Lyon
- notre collègue plein d'énergie métapsychologique Vassilis Kapsambelis
- mais je ne peux pas citer beaucoup d'autres qui se sont aventurés sur ce terrain riche mais semé d'embûches.

Du côté du psychiatre

Quand un patient adressé par un psychanalyste prend rendez-vous avec moi, je sais que quelque chose d'important s'est joué auparavant. Je sais qu'un psychanalyste n'envoie pas à la légère son patient à un psychiatre. L'idéal psychanalytique que je ressens moi-même, est que le traitement se déroule sans aide extérieure.

Le plus souvent, c'est à l'initiative du ou de la psychanalyste qu'a lieu la consultation psychiatrique : un certain seuil a été dépassé : état « objectif » ou effet du contre-transfert ? Au début, la question est ouverte. Parfois je ressens qu'une certaine élaboration psychanalytique a eu lieu en préalable à cette

démarche.

Différents cas de figure peuvent se présenter :

- le patient a déjà eu recours à un traitement médicamenteux
- c'est la première fois et le patient est dans un tel état de souffrance qu'il est partie prenante de l'abord médicamenteux.
- souvent, le patient vient à contrecœur : il n'est pas facile d'accepter de recourir à un psychiatre et je dois intégrer cette dimension dans notre relation
- toutes les possibilités existent, et il est important de toujours évaluer cet élément : adhésion active et consciente ? soumission ? ou résignation ?

L'entretien du psychiatre se déroule de façon presque classique, si ce n'est une attention particulière au contact et aux associations :

- exploration de l'état clinique actuel,
- exploration du passé pathologique personnel
- attention discrète au passé pathologique familial que je ne questionne pas car sa simple évocation active pourrait venir enfermer le patient, lui donner le sentiment d'une transmission inéluctable, ultra-déterminée du trouble par un de ses parents, mais aussi d'un risque dont il serait porteur pour ses enfants. Or la réalité est beaucoup plus complexe (épigénèse).

Et tout au long, le psychiatre jauge, se demande si cette démarche que fait le patient avive une blessure narcissique profonde à l'idée de faire appel à une aide extérieure au traitement psychanalytique

ou si peu ou prou, cet éventuel obstacle est de faible intensité. Cette évaluation discrète [1], enfin aura un effet sur l'organisation du traitement psychotrope.

En tout cas, le jugement du patient sur ses troubles me paraît tout au long de la relation, important à discerner même s'il ne fait pas l'objet de questions directes. Souvent, on perçoit aussi la position désapprobatrice de membres de l'entourage, conjoint ou autre, et parfois, même, la délivrance soupçonneuse par le pharmacien devant une ordonnance de psychotropes. De qui vient vraiment la réserve ou la désapprobation, de l'intérieur du patient ou de l'extérieur ?

A certains égards, l'entretien du psychiatre emprunte aux règles de l'entretien psychanalytique qui évite l'excès de questions intrusives, la délivrance d'opinions personnelles, la lourdeur pédagogique, la présentation de données épidémiologiques [2]... Le tact et la discrétion, l'attention aux associations, l'absence de tout jugement seront très importants tout au long du traitement.

Ajoutons que la plupart du temps, il n'y a pas de contact direct entre le psychanalyste et le psychiatre prescripteur mais souvent aussi, nous nous connaissons, amicalement ou de plus loin comme des collègues, et il existe une confiance réciproque dans la compétence de chacun. Cet ensemble que je viens d'esquisser, est la toile de fond de toute relation psychiatrique.

En ce qui concerne **la question centrale du frein à l'élaboration mentale**, objet de l'article de Bernard Brusset [3], je ne peux que faire qu'une réponse en contrepoint :

- il n'y a pire empêchement à l'élaboration mentale que

l'angoisse : dans la crise d'angoisse mais aussi dans l'anxiété chronique dite généralisée, quand elle est forte, la pensée est totalement inhibée. Le sujet est pris dans son vécu immédiat de crise majeure, son attention est tout entière focalisée sur son état corporel, aucun recul introspectif n'est possible ce qui explique que les patients présentant une première crise d'angoisse sont souvent orientés vers les urgences somatiques, tant le vécu est celui d'une extériorité au psychisme. L'angoisse est l'anti-pensée.

- quant à la dépression, le ralentissement, la fatigue, le découragement, la perte du plaisir du fonctionnement [4], l'impossibilité de tout effort y compris de pensée, aboutissent à une associativité totalement freinée et c'est un obstacle considérable à l'élaboration mentale.

Je suis bien conscient que ce propos est extérieur au traitement psychanalytique et ne tient pas compte des implications transférentielles et contre transférentielles qui sont au cœur de l'expérience analytique. Je ne doute pas que la dépression et le traitement psychotrope puissent jouer en tant que résistance difficile à surmonter.

Un antagonisme indépassable ?

Dépassant et de loin la position nuancée et argumentée de Bernard Brusset, je crois qu'il persiste chez les analystes une défiance très profonde à l'égard des médicaments psychotropes. Je voudrais en donner une illustration brève qui date d'une semaine :

Un homme de la quarantaine revient vers moi 20 ans après une

première phase d'angoisse que nous avons traitée ensemble avec succès : des angoisses très profondes, des phobies d'impulsion en continuité avec des angoisses très vives de l'enfance.

Depuis cette époque, il a très bien mené sa vie : il est marié, a eu deux enfants, il travaille bien, il est heureux mais ... sa femme lui annonce une troisième grossesse : éclosion immédiate de crises d'angoisse avec insomnie totale : il est obsédé par le moment où il va s'endormir, vit ce moment comme intolérable et il ne sait donc plus ce qu'il va devenir, ce qui va se passer...

Il vit en province et nous entreprenons une série de quatre ou cinq téléconsultations comme nous pouvons maintenant le faire, en toute légalité pour un patient que nous connaissons déjà. Je prescris à nouveau son traitement d'il y a 20 ans ce qui l'améliore en quelques jours : il dort, il travaille, assiste sa femme surmenée dans son emploi. Il m'apprend que pèse sur la grossesse une menace d'anomalie, ce qui peut donner un autre éclairage, inconscient de ses crises d'angoisses. Et nous convenons comme nous l'avions envisagé dès le début que je l'adresserai à un psychanalyste. Il le souhaite.

N'ayant aucun contact dans sa ville, je lui donne une liste de quatre membres de notre Société. Il rencontre l'un d'eux et d'emblée, un bon contact s'établit. On convient d'un rendez-vous hebdomadaire. Il en est très satisfait mais dans l'entretien un silence s'installe. Un silence qui dure assez longtemps pour que je lui demande doucement au bout d'un moment : « il se passe quelque chose ? ». Il est un peu gêné, et me dit « ...le seul truc c'est qu'à la fin de l'entretien, je lui ai dit que je prenais des médicaments : il a eu l'air très contrarié il m'a dit « Monsieur ce que vous prenez, je n'appelle pas ça des médicaments, j'appelle ça

des produits... ». Il est manifestement ébranlé, gêné vis-à-vis de moi, ce qui explique le silence et il me demande mon avis. Tout psychanalyste comprendra facilement les multiples composantes de ce silence : pré- transfert un peu vif, propos idéalisant et méprisant du psychanalyste, mise en conflit du patient dans sa confiance en moi, répression de la question : est-ce vrai que vous me prescrivez une drogue ? Ai-je raison de vous faire confiance ? Etc...

Pour ma part je considère cette attitude comme **une faute analytique** : on n'attaque pas l'étayage d'un patient qu'on voit pour la première fois ni d'ailleurs par la suite ; c'est à mon sens irresponsable. L'analyste présume de sa force et du pouvoir de la cure. La psychothérapie du patient sera inévitablement marquée par une telle prise de position.

Heureusement, beaucoup d'autres collègues analystes envisagent de façon réaliste et sereine le concours du psychiatre prescripteur à la sécurité et à l'évolution du patient.

Les antidépresseurs

S'ils sont restés un sujet de polémique, ils ont apporté, depuis les années 60-70 des évolutions majeures dans le champ psychiatrique par leurs effets propres et par les effets sur la classification des maladies mentales.

Les antidépresseurs ont été découverts par hasard : en Suisse, on expérimente un antituberculeux et on lui découvre un effet antidépresseur évident. Sort de cette découverte, la première classe thérapeutique : les tricycliques (Tofranil, Anafranil, Laroxyl...) qui ont eu un effet bénéfique majeur sur les patients,

sur leurs familles, sur les structures de soins car les patients déprimés graves ne pouvaient être maintenus en vie qu'à l'hôpital psychiatrique et encore... quand on y parvenait, en raison de la terrible fréquence du suicide.

Celle-ci a été réduite mais les tricycliques ont des contre-indications cardiaques, beaucoup d'effets secondaires, et surtout ils peuvent lever l'inhibition prématurément et ainsi ouvrir la voie au suicide chez un patient auparavant dans l'incapacité d'agir. Ils portent aussi un risque qui a été signalé plus tard d'inversion de l'humeur [5]. Le deuxième événement, c'est à partir des années 1975-80, la naissance d'une nouvelle famille d'antidépresseurs, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (en abrégé IRS) dont le médicament emblématique fut le Prozac (Fluoxétine) et une sous-famille les IRSNA dont le plus connu est l'Effexor ou venlafaxine). Ils ont fait couler beaucoup d'encre dans la presse à sensation.

L'élargissement du champ de prescription des antidépresseurs.

Les IRS, sont d'une grande facilité d'emploi, sans contre-indication cardiaque ; leurs effets secondaires sont faibles. Il existe une gamme de médicaments aux effets secondaires assez constants, presque prévisibles avec l'expérience. En conséquence, ils passent progressivement dans la panoplie thérapeutique des médecins généralistes, auxquels je ne saurais rien reprocher car ils sont en première ligne : ils reçoivent de plein fouet la détresse psychosociale, familiale, traumatique et **il faut calmer** rapidement pour éviter des catastrophes (violences, suicides, démissions ..) même si l'évaluation diagnostique est approximative. Le nombre de prescriptions augmente.

Avec les années, le succès des IRS se confirme et les tricycliques rétrogradent au second plan en venant renforcer, avec les IMAO, l'arsenal thérapeutique de réserve, très précieux, lorsqu'une dépression est particulièrement grave ou résistante.

En 1964, le psychiatre américain Donald Klein avait constaté, sur 180 patients, l'action spectaculaire des antidépresseurs tricycliques à faible dose sur les crises d'angoisse (hors dépression) mais moindre sur l'anxiété chronique. Cet effet thérapeutique des antidépresseurs à petite dose sur l'anxiété s'est confirmé avec la nouvelle génération, les IRS. Qui plus est, on constate à l'usage qu'ils améliorent un certain nombre de symptômes classiquement névrotiques : les phobies, les agoraphobies, les obsessions ou troubles obsessionnels compulsifs, à la condition d'une prescription prolongée.

Ainsi, l'antidépresseur n'est plus étroitement affecté au traitement des dépressions mais déborde sur le traitement de l'angoisse [6], des symptômes névrotiques et des troubles du sommeil permettant ainsi réduire le recours aux médicaments somnifères. Au fur et à mesure, d'autres usages se sont révélés comme par exemple le traitement de certaines douleurs, de la fatigue, et de certaines affections un peu floues comme la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique.

De fait, lorsqu'on prescrit un antidépresseur, un premier effet de soulagement apparaît au bout de 15 jours. Souvent il ne s'agit pas vraiment de la levée de la dépression mais simplement de l'atténuation voire de la disparition de l'angoisse : le patient retrouve ses sensations, ses plaisirs, son assurance, un peu de son énergie et il retrouve espoir. La levée de la dépression viendra éventuellement plus tard [7]. Ce genre de constat donne une

certaine validité au terme d'état anxio-dépressif.

Les conséquences sur la nosographie

Ce changement majeur n'est pas sans conséquence sur les anciennes démarcations : dépression endogène, dépression mélancolique, dépression réactionnelle, dépression névrotique. Elles perdent de leur intérêt puisqu'elles relèvent toutes de la prescription d'antidépresseurs faciles à manier, les IRS, en tout cas en première intention.

L'efficacité non spécifique des IRS, sur les symptômes des dépressions et des névroses fait tomber celles-ci dans le champ élargi des dépressions puis des **troubles de l'humeur**. Seule a persisté l'autonomie de la mélancolie comme forme extrême, hyper-conflictuelle, de dépression.

Ce mouvement est fort bien décrit dans l'ouvrage du sociologue Alain Ehrenberg, « La fatigue d'être soi » [8]. L'auteur associe cette évolution à une conception sociologique : le XIXe siècle était le siècle de l'homme conflictuel névrotique, le XXe siècle est devenu le siècle de l'homme incomplet, dépressif, confronté à la nécessité de performance qu'exige la société.

Il est indubitable que les transformations dont je vous parle ont contribué à l'extension des prescriptions médicamenteuses encore stimulées par les critères diagnostiques de plus en plus larges des DSM.

Les conséquences pour la psychanalyse

La structuration par Freud du champ des névroses entre névrose d'angoisse, hystérie, névrose phobique, névrose obsessionnelle

depuis les années 1890 était restée absolument intacte dans sa validité jusqu'à ce que les symptômes névrotiques ne se fondent, pour la psychiatrie, **dans l'entité floue de ce que soignent les antidépresseurs**. Or cette séparation était éclairante et fondatrice pour la psychanalyse. Éclairante en ce sens qu'elle mettait de l'ordre dans le magma symptomatique qui avait été repéré par Beard sous le nom de neurasthénie et dont Pierre Janet fera la psychasthénie.

Fondatrice en ce sens qu'elle préfigurait le rôle du symptôme dans la psyché et la grande opposition psychose/névrose [9]

La disparition de la notion de névrose dans le DSM III en 1980 a été de pair avec l'expulsion de la théorie analytique comme soubassement théorique des classifications.

Les troubles de l'humeur : le spectre bipolaire

Dans la période suivante, les années 1975 à 1990 le champ de la psychose maniaco-dépressive va connaître une extension considérable, celle des troubles de l'humeur.

En 1899, la psychose maniaco-dépressive avec son alternance de phases dépressives et maniaques a été isolée par Kraepelin, en opposition à la démence précoce.

Elle se retrouve maintenant au milieu d'un ensemble beaucoup plus considérable « le spectre bipolaire » [10] comprenant au moins 8 formes de troubles qui devront être distingués car relevant de traitements différents [11].

Les tenants d'un spectre bipolaire élargi évoquent une prévalence pour la vie allant jusqu'à 7,7 % de la population générale et

certaines comme Angst vont jusqu'à 24 % de la population générale.

Dans ce même mouvement [12], fondé principalement sur l'épidémiologie, les mêmes auteurs reprennent la notion de « **tempérament** » de Galien [13]. Par exemple le tempérament hyperthymique est une disposition innée comprenant certains traits de comportement : optimisme, facilité de contact, grande activité, moindre besoin de sommeil, etc... L'origine en est génétique, sans rapport avec le développement individuel.

Les tempéraments peuvent être compris comme :

- des manifestations atténuées d'un trouble bipolaire
- ou comme un état prémorbide, prédisposant, au début bien compensé mais préluant souvent à la maladie elle-même.

Un auteur français beaucoup plus modéré, le Pr Marc Bourgeois [14], pense raisonnable de considérer **qu'un tiers des patients adultes** présentant une dépression souffre en fait d'un trouble bipolaire. Qui dit bipolarité dit chronicité, rechutes et pronostic péjoratif à long terme.

Dans la presse psychiatrique, le retard au diagnostic est stigmatisé : on estime qu'en France, la bipolarité est à la fois sous-estimée dans sa fréquence et dans sa gravité et traitée avec beaucoup de retard : 7 à 10 ans en moyenne. Les praticiens devraient faire attention devant tout état dépressif à **certaines indices faisant penser à une bipolarité** avec comme conséquence un traitement beaucoup plus prolongé, au-delà de l'épisode aigu qu'ils ont traité initialement.

Par la suite, H. Akiskal et d'autres auteurs feront entrer les états limites dans les troubles de l'humeur : en 1995, dans l'Encéphale, il déclare que « la personnalité limite avec instabilité affective, crise de colère, dérèglement comportemental, tentative de suicide, impulsivité, caractère imprévisible » n'est en fait qu'un dérèglement chronique de l'humeur qui répondra parfaitement aux traitements.

Viennent rejoindre cet ensemble, les **bouffées délirantes chez l'adolescent** dont beaucoup seraient en fait des épisodes thymiques ce qui implique un traitement au long cours. Un état dépressif caractérisé chez un adolescent pré luderait dans 20 à 30 % des cas à l'entrée dans une pathologie bipolaire. De fait, la survenue d'un état dépressif chez un adolescent pose des problèmes diagnostiques difficiles et spécifiques [15].

La dépression récidivante : la maladie dépressive.

Dans la classification ancienne, hors du cadre de la bipolarité, les dépressions réactionnelles et les dépressions névrotiques n'étaient pas pensées comme ayant un fort potentiel de récurrence. L'épidémiologie montrerait une grande fréquence de rechutes après un état dépressif ordinaire.

L'école de Sainte-Anne met en avant le concept de « maladie dépressive » [16]. Ainsi lorsqu'on soigne un premier état dépressif, on pourrait être souvent au début d'une longue maladie [17]. Le modèle médical est appelé en renfort avec une codification des phases de traitement aigu, de consolidation, d'entretien, de prévention. Et avec des distinctions temporelles nettes entre la rémission, la rechute, la récurrence et la guérison.

La perspective d'un traitement « à vie » apparaît, par exemple, après 50 ans, à la suite de 3 épisodes dépressifs.[18]

Cela rejoint un constat fréquent de la pratique courante : pour un certain nombre de patients, après un premier épisode dépressif, sans qu'on puisse repérer de cause déclenchante d'autres épisodes dépressifs vont survenir. Le praticien apprend à être prudent et à prendre son temps dans la réduction et l'arrêt d'un traitement antidépresseur. Parfois, il se confrontera à une impossibilité de réduction et d'arrêt du traitement antidépresseur et l'état clinique du patient sera souvent amélioré par un thymorégulateur.

La résistance de certaines dépressions à toute thérapeutique classique devient un problème spécifique, objet d'études et de recherches de nouvelles techniques comme la résonance magnétique transcranienne (rTMS).

Une connexion apparaît aussi entre les dépressions récidivantes et chroniques et la pathologie psychotique

Depuis les travaux de l'Australien Mac Gorry, repris à Lausanne par Ph. Conus, un courant apparaît, celui de l'**intervention thérapeutique précoce pour les troubles psychotiques**. La durée de psychose non traitée [19] devient un élément péjoratif laissant craindre à terme une évolution déficitaire due à la destruction du potentiel cérébral par la trop longue évolution du trouble [20]. Lorsque les crises sont fréquentes, elles aboutiraient chacune à un déficit supplémentaire par atteinte du tissu cérébral et par une réduction de la neuroplasticité [21].

Lors de la semaine de la formation psychiatrique, à Antibes, en

2018, le docteur Suzanne Parizot considère qu'il existe un grand retard français à ce type d'intervention.[22]

Pour le psychiatre analyste, la recherche d'équilibre

Par tous les développements qui précèdent, j'ai cherché à mettre en évidence les nécessités internes très différentes à l'œuvre dans le champ d'intervention du psychanalyste et dans celui du psychiatre.

L'éthique médicale du psychiatre l'oblige à considérer les perspectives d'évolution du trouble qui lui est présenté par le truchement de l'épidémiologie. Même s'il ne saurait y adhérer naïvement, sans recul, un certain nombre d'expériences de sa pratique font écho en lui et vient confirmer qu'il y a quelque chose à entendre dans ces apports nouveaux.

En dehors des apports de l'épidémiologie, de l'intérieur de sa pratique propre, le psychiatre aura pu se forger un certain nombre de convictions. Il évitera de laisser se développer :

- un état d'angoisse important ou durable car les crises fréquentes seront vécues de façon dramatique et comme une véritable infirmité pouvant pousser au suicide. « j'ai pensé qu'il fallait que ça s'arrête » me dit une patiente troublée et honteuse.
- un état dans lequel s'installent des phobies et surtout une agoraphobie qui peuvent échapper complètement à l'intelligibilité psychanalytique dans la cure et se chroniciser
- un état dans lequel s'organisent des troubles obsessionnels compulsifs qui peuvent aussi échapper complètement à l'interprétation, et qui seront très difficiles à traiter sur le plan

médicamenteux.

- un état dans lequel existent des **idées suicidaires** présentes dans quasiment tout état dépressif. Et même si le patient en est conscient, si elles semblent loin du passage à l'acte, elles sont quand-même là, tapies dans un recoin. Le surgissement d'une idée de suicide, dans des circonstances anodines, par exemple en passant près d'une fenêtre, resteront gravées dans l'esprit du patient comme un moment traumatique.

Tous les psychiatres ont connu des patients qui se sont suicidés alors qu'ils ne se situaient pas dans la zone à haut risque de la catégorie bipolaire, mais c'est ainsi, des circonstances multiples se sont conjuguées et parfois, malheureusement, l'angoisse et le désespoir, la nécessité de contrôler encore quelque chose de leur destin, ont eu le dernier mot.

- ajoutons les conséquences de difficultés professionnelles et familiales lors d'une dépression qui dure, alors que pour les auteurs anciens, une dépression guérissait spontanément dans la grande majorité des cas: oui, mais c'était après un délai de quelques mois à plusieurs années.

- ajoutons encore l'effet catastrophique de certaines interruptions de traitement dont l'une est particulièrement grave l'arrêt **brusque d'un traitement par lithium rendu possible parce que le patient se sent bien depuis un certain temps. La réactivation immédiate de la tendance suicidaire est parfaitement connue.**

Revenons aux antidépresseurs

Ni soumis ni fermé aux puissants courants que j'ai évoqués, il me

semble possible pour le psychiatre ouvert aux traitements psychanalytiques de se frayer un chemin pour une prescription raisonnée et adaptée à chaque patient.

Il faut reconnaître que les antidépresseurs, assez souvent, entraînent des effets secondaires qui ne sont pas négligeables. Nous devons les considérer sur leur versant corporel, souvent manifeste mais aussi sur le versant des effets psychiques qu'ils induisent.

Certains sont évidents, d'autres le sont moins.

- la prise de poids qu'il faut prendre très au sérieux et qu'il faut chercher à juguler ou à prévenir. L'image de soi en est altérée et peut rendre le traitement inacceptable.
- une moindre sensibilité aux affects : le patient, beaucoup moins déprimé, se sent désagréablement coupé de sa vie psychique,
- l'impossibilité de pleurer, qui n'est pas rare est très douloureuse pour de nombreuses femmes,
- un état de détachement excessif à l'égard de ce qui était auparavant vécu comme essentiel pour le sujet
- beaucoup plus qu'une inversion franche de l'humeur, la survenue de petits traits maniaques, comme une tendance à dépenser un peu trop
- une baisse de la créativité : c'est surtout et le cas du lithium chez les personnes au tempérament artistique ou ayant besoin d'une créativité qui fait partie de leur équilibre voire de leur identité. J'ai le vif souvenir de ce que me disait cette grande dame de la psychanalyse, qu'était Évelyne Kestemberg lors de son contrôle : « le lithium c'est comme une chape de ciment que vous mettez

sur le psychisme de quelqu'un ». Ce propos m'avait froissé car nous connaissions tous le peu de considération qu'elle avait pour la psychiatrie. Mais au long des années, je me suis rendu compte qu'il y avait du vrai dans son propos. Devant ce constat, on ne peut pas adopter d'attitude univoque : certains patients récusent totalement ce traitement parce qu'ils ne se reconnaissent plus mais d'autres s'en accommodent très bien parce qu'ils sont soulagés de l'atténuation voire de la disparition des variations très pénibles de leur humeur

- un effet secondaire comme la baisse du désir sexuel ou la baisse du plaisir sexuel sont très importants pour un sujet, il s'agit d'une perturbation de son être qui aura peut-être une très grande conséquence dépressogène
- de nombreux autres effets secondaires, tremblements, troubles urinaires, doivent être recensés avec attention et traités avec le maximum de soins. C'est possible avec une certaine expérience des médicaments.

Ce que je dis ici n'est pas spécifique des antidépresseurs : avec les neuroleptiques et les antipsychotiques, le psychiatre a encore plus de précautions à prendre et d'attention à fournir aux **modifications du régime et du plaisir de la pensée**. Elles peuvent aller en cas de surdosage jusqu'à un tarissement insupportable de la pensée « j'ai un bloc de bois dans la tête » qui aboutit à des ruptures de traitement et à des ré-hospitalisations parfois très longues.

Mais à l'inverse, quand on a trouvé le médicament nécessaire, à la dose nécessaire, souvent modérée [23], les patients ont le sentiment de retrouver une pensée contenue, maniable, qui

continue à leur donner un peu du plaisir que nous éprouvons tous à penser.

Les psychiatres doivent donc écouter les patients et faire autant attention à la réduction de l'angoisse et de la dépression qu'aux effets secondaires qu'ils doivent repérer avec minutie car il s'inscrivent dans l'économie psychique bien qu'ils ne touchent apparemment que le registre du vécu corporel. Le psychiatre doit à son patient de les apprécier à leur juste importance et de ne pas les traiter comme des productions imaginaires sans valeur.

Pour moi, une certaine souplesse vis-à-vis des dogmes de la prescription est possible pour qu'à la fois le patient soit préservé d'une aggravation de son état, et qu'il ne vive pas des perturbations trop intenses de son intériorité, qui le poussent à arrêter le traitement puis à y revenir, en catastrophe. J'ajoute que le psychiatre peut, sans mésestimer ses propres connaissances et son rôle, laisser aux patients une **participation dans l'ordonnement du traitement**, dans son instauration, dans les modifications de doses, dans les modalités de prise et dans le moment de l'arrêt. Notre but est que le patient fasse du traitement psychotrope, tant qu'il est nécessaire, son auxiliaire et son choix, et ne s'éprouve pas comme l'objet passif d'un produit chimique, d'un psychiatre qui ne connaîtrait et ne reconnaîtrait que les effets de la chimie du cerveau. Ajoutons à cela, qu'on peut espérer, avec le temps, que le patient s'affranchisse aussi de la réprobation sociale générale vis-à-vis des médicaments psychotropes.

Le champ d'intervention du psychiatre et du psychanalyste peuvent se rapprocher même s'ils n'obéissent pas aux mêmes nécessités épistémologiques ni aux mêmes obligations sociales.

Références

- [1] Rappelant l'évaluation des résistances dans le traitement analytique.
- [2] pratique « moderne » qui est loin d'être rare.
- [3] Brusset B., L'antidépresseur dans la cure et l'éthique du psychanalyste, Monographie de la Revue française de psychanalyse, 2012.
- [4] Evelyne Kestemberg.
- [5] Je laisserai de côté une autre famille d'antidépresseurs, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les IMAO peu prescrits en France en raison de leurs effets toxiques graves en cas de consommation de certaines variétés de fromage.
- [6] Jusque-là traitée par les tranquillisants benzodiazépiniques efficaces mais occasionnant des dépendances fréquentes et rebelles.
- [7] Voir dans son article, le développement de Bernard Brusset sur le ralentissement dépressif dans l'importance a été montrée par Daniel Widlöcher.
- [8] Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi, Dépression et société*. Éditions Odile Jacob, 2000.
- [9] Souffir V., et Chambrier J., Freud et les fonctionnements psychotiques, in : *Psychoses 1*, Monographies de la RFP (sous la direction de Josiane Chambrier, Roger Perron et Victor Souffir), PUF, 1999.
- [10] Akiskal et Mallya : le spectre bipolaire, 1977.
- [11] Travaux d'H. Akiskal et Angst et Hantouche en France.
- [12] Hantouche E. G., Récidive dépressive : place du tempérament, *Neuropsych News*, sept.-oct. 2003.
- [13] E. G. Hantouche décrit aussi les tempéraments dépressif, irritable, cyclothymique.
- [14] Bourgeois M.-L., le spectre des troubles bipolaires-clinique et limites actuelles in : *Neurones* N°14, janvier/février 2004.
- [15] Braconnier A., Dépression à l'adolescence, Editions techniques, Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37-214-10, 1993.
- [16] Loo H., Olié JP, Poirier MF, Les maladies dépressives, 1995, et La maladie dépressive, Ciba, Paris, 1983. Ouvrage collectif, Préface du Pr Pichot.
- [17] Torres S., Boulenger J.P., traitement des récurrences dépressives, *Neuropsych News*, janv-fev 2004 : « le trouble dépressif majeur, de par son évolution, constitue un des fléaux de

notre ère, tant sur le plan économique et socio-professionnel que familial et humain...
Devant de tels enjeux, un changement d'approche de la part du clinicien s'impose. Il ne s'agit plus de se focaliser sur l'épisode dépressif mais de considérer le patient comme porteur d'une maladie chronique. »

[18] Vorspan F. et Fossati P., Rémission, guérison, rechute et récurrence des épisodes dépressifs majeurs : définition et conséquences pour la durée des traitements in : *Nervure*, tome 16, septembre 2003.

[19] Krebs M.O., Canceil O., Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins, in : *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004 / 1, 91-102.

[20] Conus P., Polari A., Bonsack C., Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne, in *L'Information Psychiatrique* 2010/2, Vol 86, p145-151. - Iyer, S. N. et Malla, A. K. (2014), Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures, *Santé Mentale au Québec*, 39, 201-229.

[21] Duron-Alirol, M., La Neuroplasticité victime de la dépression, *Le Quotidien du médecin*, 13 juillet 2005, numéro 7787.

[22] Parizot S., Les psychoses émergentes : pari, promesse, projet, in *L'information psychiatrique*, 2009/5 Volume 85, p 401 à 404.

[23] Contrairement au vain espoir d'éradication du délire que poursuivent les psychiatres les plus organicistes. Rappelons au passage, les doses exorbitantes de neuroleptiques préconisée par les psychiatres américain dans les années 1980.