

CERTAINES MALADIES MENTALES*

Au Québec, à tout moment, une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale (*Plan d'action en santé mentale 2005-2010-La force des liens, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*). On aura donc à composer avec cette situation un jour ou l'autre.

Mais comment aborder avec un membre un sujet aussi délicat? Les formations plus spécifiques nous aident à reconnaître les manifestations d'un problème de santé mentale chez nos membres, à être capables d'en parler avec eux, mais surtout, à gérer la situation avec la personne atteinte et avec son équipe. Sans jouer au thérapeute, on saura référer nos membres aux ressources adéquates et instaurer des mesures de protection dans le milieu de travail.

La maladie mentale est un problème de société qui prend de l'ampleur : la population est de plus en plus touchée et les travailleurs n'y font pas exception. Les tabous, souvent reliés à la méconnaissance de la maladie mentale, empêchent les gens de consulter. Pourtant, un dépistage rapide fait en sorte que la personne souffre moins longtemps.

Selon Santé Canada (2002), de 6 % à 9 % de la population est atteinte de trouble de la personnalité, lequel se manifeste généralement vers la fin de l'adolescence. Le taux de suicide et d'accidents chez ces personnes est beaucoup plus élevé que dans la population en général. La violence et les abus toxiques sont également plus élevés chez cette population.

LA DÉPRESSION

Définition

Nous avons tous eu, chacun dans nos vies, plusieurs occasions d'être plus ou moins triste, de traverser des périodes de « déprime » suivant l'expression populaire. Il est sain que nos émotions de la vie courante puissent s'exprimer ainsi. Cependant, quand la « déprime » prend le dessus sur nos humeurs habituelles et nous empêche de mener une existence normale, quand les symptômes sont persistants et intenses et que malgré le temps, rien ne semble s'arranger, alors ce n'est plus de la « déprime » mais bel et bien une dépression. La dépression est donc bien plus que la tristesse occasionnelle ou que le simple fait « d'avoir les bleus ».

Bien souvent, aucun événement précis ne permet d'expliquer l'apparition et la persistance des symptômes.

La dépression majeure

C'est à sa tristesse quotidienne et durable qu'on reconnaît d'abord la personne déprimée. Le malade se sent seul et désespéré; il n'a plus d'intérêt pour son entourage, se sent isolé, fatigué et pleure facilement.

À ces signes extérieurs de dépression, il faut ajouter la culpabilité et la dépréciation de soi-même. La personne déprimée peut devenir très critique envers elle-même et s'accuser de tous les torts, elle se sent très coupable et en conséquence, se dévalorise sévèrement et perd l'estime d'elle-même. Il y a une importante perte d'intérêt pour tout ce qui l'intéressait

jusque-là. Son intérêt sexuel est souvent diminué ou absent. La personne déprimée n'a plus de plaisir. Elle présente par moments des idées de mort et de suicide.

La personne très déprimée pourra subir une perte d'appétit importante ainsi qu'une perte de poids substantielle. Le malade souffrira sévèrement d'insomnie et d'un ralentissement général de toutes ses activités. Toute activité de la vie exige de la personne très déprimée un effort surhumain : se lever, manger et même parler semblent au-delà de ses forces.

La dépression secondaire

La dépression secondaire, qui est également caractérisée par une humeur dépressive disproportionnée, intervient en général après une expérience particulièrement pénible.

La dépression psychotique

Ce type de dépression présente en général plusieurs caractéristiques de la dépression majeure. On la différencie de cette dernière par l'intensité de certains symptômes et par la présence de caractéristiques psychotiques.

La dépression psychotique se reconnaît donc par des fausses croyances ou le fait d'entendre des voix. Le malade peut être accablé de pensées qui le font se sentir exagérément indigne de vivre, coupable d'une telle indignité ou alors, il pourra se sentir persécuté. Ces sentiments d'indignité, de culpabilité et de persécution, bien que non fondés en réalité, sont si intenses que le suicide peut sembler la seule solution.

Qui en est atteint

La dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents. D'après une enquête menée par les autorités de santé publique du Québec, environ 8 % des personnes âgées de 12 ans et plus ont rapporté avoir vécu un épisode de dépression au cours des 12 derniers mois.

(Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population, gouvernement du Québec, p. 330.)

Les causes

La dépression est une maladie complexe, ayant de nombreuses causes génétiques, psychologiques et sociales. Toutefois, les résultats et analyses de récentes études suggèrent que la dépression est fondamentalement un trouble cérébral, souvent déclenché par des événements extérieurs.

- Certains facteurs génétiques jouent un rôle dans la création du déséquilibre chimique dans le cerveau d'une personne lorsqu'elle vit une dépression.
- La perte d'un être cher, tout autant que la détérioration d'un statut professionnel (par exemple la perte d'un emploi) ou des relations conjugales, entraînant une diminution de l'estime de soi, peuvent être des facteurs déclenchant une dépression.
- Une maladie physique peut très bien conduire à la dépression une personne jusque-là très active. La dépression complique alors la maladie physique qui, en s'aggravant, empire la dépression.

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Définition

Les variations de l'humeur constituent le lot de tout individu. Sous l'influence de facteurs situationnels (pertes affectives, variations de la température, variations saisonnières, gains ou pertes d'argent, promotion ou démotion, etc.), notre humeur peut varier au cours d'une même journée, des saisons, des années.

Chez l'individu ordinaire, ces variations de l'humeur sont en proportion avec l'événement en cause et se régularisent en peu de temps, alors que chez l'individu atteint de maladie affective bipolaire, les variations de l'humeur sont hors de proportions avec les événements. Elles atteignent une intensité telle que l'individu ne se rend plus compte que son humeur exubérante et que sa colère dépassent les bornes ou encore sa dépression est telle qu'il en est paralysé et hanté par des idées suicidaires.

Ce déséquilibre amène des problèmes au travail, avec la famille, les amis, des problèmes financiers et des problèmes judiciaires. Il peut conduire au suicide, à des faillites, à l'hospitalisation ou à l'emprisonnement.

Dans le processus du diagnostic de cette maladie, il est important de ne pas tenir compte seulement de l'état clinique au moment de la consultation, mais de procéder à un historique des états antérieurs (histoire longitudinale) et à une histoire génétique : recherche de phénomènes semblables chez les collatéraux (frères et sœurs) et les ascendants (parents, frères et sœurs des parents).

Les symptômes

Classiquement, la maladie compte une phase dite dépressive (bas) et une phase dite maniaque (haut) d'où l'expression maniaco-dépressive ou affective bipolaire. Il faut se rappeler cependant qu'il y a une phase « normale » où le fonctionnement de l'individu est relativement adéquat. Chez certains individus, porteurs de cette maladie, on retrouve des phases dites mixtes où il y a un mélange des deux phases.

Phrase dépressive

La phase dépressive est caractérisée par :

- tristesse de l'humeur
- ralentissement de la pensée
- ralentissement moteur

Tristesse de l'humeur

L'individu a le « cœur gros », il perd tout goût de jouir de la vie et est porté à pleurer, se culpabiliser pour des choses du passé, se dévalorise, il peut se penser atteint d'une maladie incurable et souhaiter la mort. Il voit tout en noir.

Ralentissement de la pensée

Le sujet déprimé présente de la difficulté à formuler sa pensée. Ses capacités de concentration et d'attention sont diminuées, ses réponses sont souvent monosyllabiques, comme s'il était incapable de formuler une phrase complète.

Ralentissement moteur

Toute activité devient pénible pour le déprimé, il n'y voit plus d'intérêt. Il passerait ses journées couché, parce que continuellement fatigué. Se laver, se brosser les dents, s'habiller, se nourrir deviennent des corvées qu'il essaie d'éviter. Il a des troubles de l'appétit, de perte ou de gain de poids, une perte d'énergie et de plaisir et devient de plus en plus solitaire. Il reste souvent couché, mais souffre d'insomnie, préoccupé qu'il est par ses idées pessimistes. L'idée de suicide peut lui apparaître comme la seule solution à ses souffrances indescriptibles.

Phase maniaque

La phase maniaque est l'envers de la phase dépressive. Elle est caractérisée par :

- une exaltation de l'humeur
- une accélération du processus de la pensée
- une hyperactivité motrice

Exaltation de l'humeur

L'humeur du maniaque est exubérante, exaltée. Il ne s'agit pas là de la vitalité et de l'optimisme que l'on retrouve chez les gens entreprenants.

Il a une extrême confiance dans ses pouvoirs et son charme, il est convaincu et convaincant, il ne permet aucune critique devenant facilement irrité et colérique. Sur le plan affectif, il a des aventures pour le plaisir de plaire, de connaître le changement, sans penser aux conséquences possibles. Il a une absence totale d'inhibition et de tact, ce qui peut amener des conséquences fâcheuses sur le plan familial, au travail, etc.

Accélération du processus de la pensée

La pensée du maniaque est rapide, accélérée. Les pensées se bousculent au point que le flot verbal ne peut suivre le rythme et il passe d'un sujet à l'autre, fait du « coq-à-l'âne », parle, parle sans arrêt, même si son auditoire n'écoute pas.

L'écriture prenant encore plus de temps que la parole, ses écrits peuvent être tout à fait incohérents, même pour lui.

Hyperactivité motrice

Le maniaque est toujours en mouvement. Il entreprend plusieurs projets en même temps dans lesquels il s'est engagé sans prendre le temps d'en examiner les détails afin d'en vérifier la validité : son jugement est perturbé ; son activité sexuelle s'accroît et va dans toutes les directions. Il ne connaît pas de limites à ses forces, ne prend pas le temps de manger, il ne se sent jamais fatigué et a trop de choses à faire pour penser à dormir. Il peut également dépenser de façon excessive et jouer compulsivement.

Si son entourage essaie de le calmer ou de lui conseiller du repos, il devient irritable et considère que ce sont les autres qui sont malades. Il dérange son entourage, souvent la nuit en raison de ses insomnies et de son activité excessive.

Le patient en phase maniaque peut devenir méfiant, considérer que son entourage en veut à ses biens et à sa personne. Ses projets grandioses peuvent être accompagnés de méfiance, de propos paranoïdes, c'est-à-dire qu'il se sent persécuté, menacé.

Cette facette paranoïde peut être, à un moment donné, le symptôme principal, ce qui peut

induire en erreur l'examineur qui pensera à une psychose paranoïde, à une schizophrénie paranoïde et conduira à un traitement qui n'est pas le bon.

Phase mixte

Alors qu'habituellement les phases dépressives, les phases maniaques et les phases dites normales, ou euthymiques, se suivent ce qu'on appellera « un cycle », il arrive que des symptômes dépressifs sont enchevêtrés à des symptômes maniaques : on parle alors de forme mixte. Le malade présentera par exemple :

- un affect triste
- une accélération du processus de la pensée et un ralentissement moteur

Les cycles rapides

On note généralement qu'un cycle est constitué par une phase maniaque, une phase dépressive et une phase euthymique, c'est-à-dire, d'humeur stable et normale.

Quand il survient plus de quatre cycles dans une année chez un individu, on considère qu'il a des cycles rapides.

Il peut arriver que le même malade présente plusieurs périodes maniaques et dépressives au cours de la même journée. Les périodes de dépression s'échelonnent en moyenne sur dix mois alors que les phases de manie, caractérisée par une grande excitation, durent de trois à six mois.

Qui en est atteint ?

Les premières manifestations de la maladie apparaissent avant la 35e année, généralement dans la vingtaine.

Les causes

Il est de plus en plus évident que cette maladie n'est pas acquise au cours d'expériences vécues. Elle est transmise génétiquement, ce qui explique l'incidence plus élevée dans une même famille, de la présence du trouble bipolaire. Alors que le trouble touche 1 % des adultes, l'incidence augmente à 15 pour cent dans une même famille.

On connaît aussi l'influence du stress sur le cerveau et l'accumulation de stress relié à des problèmes existentiels qui peuvent déclencher un épisode dépressif aussi bien qu'un épisode maniaque.

Depuis quelques années, on redécouvre l'influence des facteurs saisonniers et du rayonnement solaire dans l'éclosion des troubles de l'humeur.

- la manie étant plus fréquente au cœur de l'été et à l'automne
- la dépression prédominant pendant l'hiver

Certains auteurs considèrent que les troubles de comportements (tels l'hyperactivité, l'anorexie, la boulimie, l'alcoolisme et les toxicomanies, certaines phobies) sont des manifestations précoces d'une maladie affective bipolaire.

Certains chercheurs avancent que la phase de manie chez la personne souffrant de trouble bipolaire pourrait être une réaction antidépressive développée par la personne.

Traitements

Le traitement de base de la maladie affective bipolaire est le lithium, sel qui a la propriété de stabiliser l'humeur. On a utilisé, jusqu'à il y a quelques années, les antidépresseurs tricycliques (TCA) et les inhibiteurs de la monoaminé oxydase (IMAO) pour combattre l'état dépressif.

On s'est rendu compte que les antidépresseurs administrés seuls provoquent rapidement l'apparition d'un état maniaque chez l'individu porteur de la maladie bipolaire. Les antidépresseurs ajoutés à un traitement au lithium contribuent à créer des cycles rapides ou des états mixtes.

On considère actuellement des phases dépressives en cours de traitement au lithium comme des hypothyroïdies (vraies ou frustrées) et on préconise des faibles doses d'extraits thyroïdiens (L. thyroxine).

De même, dans les cas de cycles rapides et d'états mixtes créés par l'administration d'antidépresseurs, des extraits thyroïdiens sont recommandés à doses progressivement élevées.

On a préconisé aussi l'utilisation des neuroleptiques (aussi appelés tranquillisants majeurs) dans les états maniaques. Mentionnons que les porteurs de cette maladie sont très sensibles aux neuroleptiques et présentent des effets secondaires particulièrement marqués.

Actuellement, on fait plutôt appel aux anticonvulsivants :

- Clonazepam
- Carbamazépine
- Acide valproïque

Des essais intéressants se poursuivent avec le tryptophane, un acide aminé, qui permettrait de diminuer la dose totale de lithium et de réduire ainsi les risques associés aux doses élevées de lithium.

Combinée au traitement biologique, la psychothérapie permet à la personne atteinte d'entreprendre une démarche sur le plan psychologique.

Pendant la crise, le psychothérapeute utilise une approche comportementale qui permettra de limiter les agissements inappropriés chez la personne atteinte :

- En lui offrant du soutien et des renseignements ;
- en organisant des rencontres avec sa famille ;
- en l'impliquant dans le processus d'acceptation de sa maladie.

Après la période de crise, la personne atteinte du trouble bipolaire peut entreprendre les démarches suivantes :

- Entreprendre une thérapie plus en profondeur ;
- commencer une démarche thérapeutique qui implique les proches ;
- participer, avec ou sans ses proches, à des groupes de soutien et d'entraide.

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Définition

Le **trouble de la personnalité borderline**¹ (TPB ; **trouble de la personnalité limite**, TPL) est un trouble de la personnalité et du comportement désignant de nombreuses anomalies des fonctions psychologiques (généralement détectées au-delà de dix-huit ans, bien qu'observées parfois aussi chez les adolescents), caractérisé par la profondeur et la variabilité des émotions. La caractéristique la plus importante de ce trouble est un envahissant schéma d'instabilité dans les relations interpersonnelles, dans l'image et l'identité de soi, dans les émotions et dans l'impulsivité. Dans cette approche, le trouble de personnalité limite est considéré comme un syndrome.

Le terme de « borderline » (en français : « cas-limite » ou « état-limite ») est d'abord vu dans son acception psychanalytique où le terme désigne un type d'organisation de personnalité spécifique située entre « l'organisation névrotique » et « l'organisation psychotique ». Il repose sur l'angoisse de perte d'objet et se traduit par une insécurité interne constante et des attitudes de mise à l'épreuve de l'entourage incessantes. Une de ses modalités défensives est le passage à l'acte comme décharge de l'angoisse.

Traitements

En psychanalyse, il est généralement admis que cette catégorie - vaste et floue - désigne des organisations à la frontière des névroses et des psychoses. Les traitements psychanalytiques adaptés sont, parfois la *cure type* mais plus souvent un dispositif aménagé avec un nombre de séances hebdomadaires variant entre une et quatre par semaine, généralement en face à face. C'est ce qui a été appelé la *psychothérapie psychanalytique*,

Facteurs

Facteurs biologiques

Aucun facteur biologique unique n'est directement lié à ce trouble. Par contre et selon certains chercheurs, les traits d'impulsivité ou la labilité affective (humeur changeante. La moindre petite émotion engendre une réaction difficilement contrôlable ex : pleurer ou rire exagérément), composantes majeures du trouble de personnalité limite, seraient associés aux déficits de certains neurotransmetteurs. De plus et bien que ça n'ait pas été démontré, l'hérédité pourrait être en cause dans la présence de ces traits de personnalité.

Facteurs sociaux

L'environnement familial et social de ces personnes a pu être ou peut être invalidant ou dysfonctionnel. Une fréquence élevée d'événements traumatiques subis au cours de leur vie peut être retrouvée tels que de la négligence ou des abus physiques ou sexuels bien que cette dimension doive être abordée avec prudence face au phénomène des souvenirs induits par le clinicien.

Comportement social et couple

Les relations humaines de la personne sont souvent très instables. Ceci est en rapport avec son image de lui-même troublée. Ainsi même des liens émotionnels intenses n'empêchent pas que la position vis-à-vis des membres de la famille, d'amis ou de partenaires

soudainement tourne d'idéalisation (admiration et amour fort) en dépréciation. Lorsque le patient croit être traité de façon injuste (que cela soit vrai ou non), il réagit souvent violemment et impulsivement et ne trouve, des jours et des semaines durant, pas d'issue à son univers d'idées de vengeance, de reproches vis-à-vis de lui-même et des autres ou même de haine de soi-même. Beaucoup de gestes des autres sont interprétés faussement ou qualifiés comme hostiles par une sur-interprétation. Ils sont intensément analysés et examinés par rapport à leur contenu de « signaux ». La personne a des difficultés à interpréter justement le comportement des autres. Sa perception de l'autre est très changeante (« constance d'objet insuffisante »).

Il existe un rapport entre la peur d'être abandonné et la difficulté de se sentir émotionnellement lié à une personne-clé quand celle-ci est absente (« constance d'objet insuffisante »). Cela aboutit à un sentiment d'être abandonné et de n'avoir aucune valeur. Dans ces contextes, il peut y avoir des menaces de suicide ou des tentatives de suicide.

Traitements

Psychothérapie cognitivo-comportementale

Plusieurs interventions peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du trouble de la personnalité limite. Différentes approches thérapeutiques, de courte ou de longue durée, peuvent être utilisées incluant psychoéducation, psychothérapie individuelle, thérapie de groupe, intervention familiale et pharmacothérapie.

Les objectifs thérapeutiques sont alors d'acquérir une meilleure connaissance de soi, d'analyser, comprendre et modifier ses réactions impulsives, de développer des stratégies pour mieux gérer ses émotions et sa détresse, de développer des relations interpersonnelles plus harmonieuses et d'améliorer sa qualité de vie. Cependant, il n'existe pas de médicaments spécifiques pour traiter ce trouble. Dans certains cas, une médication peut être prescrite afin d'atténuer des symptômes difficiles à maîtriser, tels que l'anxiété, la dépression, l'impulsivité, les variations de l'humeur et la perte de contact avec la réalité.

Psychothérapie dialectique comportementale

Thérapie comportementale dialectique.

Cette approche spécifique au traitement du trouble de l'état limite a été développée par Marsha Linehan à l'Université de Washington à Seattle dès les années 1980. La recherche établit que cette thérapie est plus efficace que les approches usuelles en ce qui concerne le comportement suicidaire et les hospitalisations. De plus, les patients abandonnent moins fréquemment la thérapie. La philosophie de l'approche de Linehan est basée sur la dialectique de Marx et Hegel. Cette thérapie s'inscrit dans une approche globale de la personne d'un point de vue bio-psycho-social. Et de ce fait, elle est considérée comme un traitement cognitivo-comportemental. Cette perspective permet de travailler sur la pensée dichotomique typique de ce trouble de la personnalité, appelée clivage par les psychanalystes. Le thérapeute aide le patient à intégrer les deux polarités.

La psychothérapie dialectique comportementale contient quatre phases, qui suivent le pré-traitement. Le pré-traitement sert à obtenir des informations pour arriver à une décision mutuelle du thérapeute et du patient à travailler ensemble. Dans les années qui suivent, le patient arrive à intégrer le passé, le présent et le futur, les visions contradictoires de soi et d'autrui, en somme d'accepter la réalité telle qu'elle est.

* sources : Fondation des maladies mentales www.fmm-mif.ca/fr
Wikipedia