

Les troubles dépressifs : concepts et applications hypnotiques

1- Introduction

A la lumière de 18 années de rencontres et de travail thérapeutique avec des patients souffrants de troubles dépressifs, j'ai vu évoluer ma lecture de cette pathologie et mes approches thérapeutiques.

L'hypnose s'est avérée d'emblée très pertinente, amenant les patients soit à une stabilisation avec une plus grande sécurité intérieure, soit à des changements, une nouvelle manière de fonctionner dans leur vie. Paul Watzlawick aurait parlé de changements de type 1 et de type 2 (32).

Dès le début de ma pratique, j'ai intégré l'hypnose dans un cadre écosystémique permettant de prendre en compte les différents éléments en jeu : le patient, son entourage et les autres traitements en cours. En activant au mieux les ressources de chacun tout en considérant les résistances à chaque niveau.

Très rapidement, la place des antidépresseurs est devenue centrale dans ma réflexion. L'expérience de l'association psychothérapie hypnotique - antidépresseurs ne semble pas plus efficace que la psychothérapie seule. Il apparaît même que dans le cas d'association, le patient attribue les améliorations aux psychotropes plutôt qu'à ses propres ressources. Ceci m'a conduit à utiliser de moins en moins les antidépresseurs en particulier lorsque j'ai proposé à certains patients dépressifs d'attendre quelques jours avant une prescription. Lorsque de premières évolutions apparaissent dans ce laps de temps, très souvent en fait, le patient peut s'en attribuer le mérite et retrouver un début de confiance dans ses propres ressources. Il établit aussi une confiance dans l'interaction avec le thérapeute.

Peu à peu, les psychotropes sont devenus un traitement de deuxième intention pour la plupart des troubles dépressifs. L'hypnose, associée à différentes stratégies de thérapie brève, prend la place centrale dans le dispositif de soin.

Cependant, face à certaines dépressions présentées d'emblée par le patient, ou en cours de thérapie, il reste indispensable de recourir aux antidépresseurs en première intention, l'hypnose n'étant ici qu'un appoint. Le plus souvent, ce choix est conditionné par l'inquiétude que je ressens chez le patient... et en moi. Par la crainte que survienne chez ces patients très instables une catastrophe immédiate et en premier lieu, un geste suicidaire. C'est en 91 que j'ai « découvert » la théorie du chaos qui m'a permis, quelques années plus tard, d'associer ces dépressions instables avec un processus chaotique. Or la théorie du chaos, si elle décrit cette instabilité, décrit aussi les changements et adaptations imprévisibles qu'elle génère. Le chaos amène, au-delà de l'instabilité, vers un mode de fonctionnement de nouveau équilibré mais différent de ce qu'il était avant cette phase de chaos.

Cette conception qui se retrouve dans tous les systèmes dynamiques complexes, dont le vivant est le plus bel exemple, m'a permis d'adopter une lecture beaucoup plus positive des phases dépressives. En effet, sous cet éclairage, une partie au moins des dépressions devient une phase, certes douloureuse, mais aussi nécessaire dans le cycle de vie pour s'adapter à des situations devenues intenable.

Ceci vaut particulièrement pour les dépressions aiguës, récentes et d'évolution rapide. Et pourtant nombre des dépressions sont chroniques, stables, interminables. Une grande partie des dépressions nécessite des traitements de longue durée, parfois à vie. C'est bien une des questions fondamentales : comment la dépression devient-elle chronique ? Pourquoi ne guérit-elle pas dans la phase aiguë ? Comment ce phénomène chronique, peu connu ou peu décrit il y a trente ans, est-il devenu un tel problème de santé publique (35)? Ou encore, comme le dit Philippe Pignarre, « Comment la dépression est-elle devenue une épidémie ? » (19). Nous disposons pourtant aujourd'hui d'une pharmacopée théoriquement puissante et inconnue de nos maîtres. Et malgré cet arsenal impressionnant, dans nos cultures, la prévalence des dépressions et des suicides ne cesse d'augmenter. Doit-on y voir la responsabilité de la société, doit-on discuter les stratégies thérapeutiques ?

Après avoir intégré le chaos dans mes outils d'observation, il est devenu plausible de penser le chronique comme un échec des traitements en aigu. Ou, inversement, après quelques années de traitement de troubles dépressifs chaotiques, de constater le très faible taux de rechute, le très faible taux de stabilisation des troubles.

Ce qui conduit à proposer dans tous les cas de troubles dépressifs chroniques stables, une réduction rapide puis un arrêt des antidépresseurs, sous couvert d'un traitement hypnotique. Précisons ici immédiatement que, dans les rares cas où une prescription devient indispensable, je travaille en collaboration étroite avec des confrères compétents dans ce domaine. Précisons aussi que dans les phases très intenses, très « chaotiques », les consultations sont très rapprochées : parfois je revois le patient le lendemain, souvent c'est deux ou trois jours plus tard, et jamais plus d'une semaine.

C'est ainsi que, d'année en année, j'ai observé que, dans une très grande majorité des cas, les troubles dépressifs qu'ils soient aigus ou chroniques, peuvent présenter rapidement des évolutions très satisfaisantes pour les patients. Et ce, malgré l'absence d'antidépresseurs, ou peut-être grâce à leur absence ?

Il est évident que cette attitude est différente des stratégies médicales habituelles qui, tout au contraire, tendent à voir dans les antidépresseurs, le premier et souvent le seul remède pour « supprimer » la dépression (11). Cette attitude qui s'est développée progressivement depuis 30 ans, est de plus en plus discutable. Lors du 4^e forum de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves à St Malo, un débat passionnant et difficile a eu pour thème : « hypnose et antidépresseurs ». Le Professeur Millet, psychiatre à Rennes, évalue à 20% les dépressions qui doivent systématiquement recevoir en première intention un traitement chimique. Autrement dit, dans 80% des cas, une position différente serait tout aussi pertinente ! Nous en sommes bien loin aujourd'hui.

Mais l'information la plus importante est dans ce courrier que tous les psychiatres et médecins généralistes ont reçu de la part de l'Afsapps (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Voir www.afssaps.sante.fr) ce mois de mars 2006. La prescription d'antidépresseurs est à éviter chez tous les enfants et adolescents. Des études multiples ont en effet montré une efficacité meilleure des psychothérapies et une augmentation du risque suicidaire en cas de traitement antidépresseur.

Nous voyons avec ces quelques éléments que la description du traitement hypnotique de la dépression est à placer dans un cadre plus vaste qui contient la chimiothérapie. Dans les stratégies thérapeutiques que nous proposons, cet aspect sera largement abordé.

Mais avant de parler de traitement de la dépression, encore faut-il savoir de quoi nous parlons : que décrivons-nous sous ce concept de dépression ? Comme le disait Einstein « c'est la théorie qui décide ce que nous pouvons observer ». Quant à Erickson, il disait « observez, observez, et observez encore ». Mais, quelle était sa théorie ? On le disait « a-théorique ». Rien n'est moins sûr. Au contraire, il est certain qu'une des bases théoriques d'Erickson reposait sur les ressources de chaque individu. Base théorique qui le conduisait à développer toutes les techniques permettant d'utiliser et de développer ces ressources, avec au premier plan l'hypnose.

2 - Une nouvelle conception de la dépression

1 - Conception classique

Nous avons tous étudié et appris à observer les signes fondamentaux de la dépression. Les différents modèles courants (sémiologie traditionnelle, CIM 10, DSM 4, échelle de Hamilton) convergent vers un ensemble de symptômes que chacun a observé dans sa vie professionnelle voire sa vie privée. Cette convergence atteste leur valeur diagnostique forte. Ils sont repris dans les recommandations de l'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé).

Le trépied de la dépression se compose des signes cardinaux dont la présence ou l'absence permet de poser le diagnostic. Pour avoir une valeur, ces signes doivent être observés depuis au moins deux semaines.

- Humeur dépressive : tristesse, pleurs
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables
- Asthénie, fatigue, réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité

Les autres signes recherchés sont plus ou moins présents. Ils ne sont pas suffisants par eux-mêmes pour poser le diagnostic

- Idées de culpabilité injustifiées

- Pensées de mort
- Perte ou réduction de confiance en soi
- Difficulté de concentration, de décision
- Ralentissement psychomoteur ou agitation
- Troubles du sommeil ou de l'alimentation

Selon le nombre et l'intensité des signes, la dépression sera qualifiée de légère, modérée ou sévère.

Ces critères sont pour moi essentiels pour tout diagnostic de dépression. A chaque fois que je parle de ce diagnostic, c'est d'abord en référence à ces symptômes.

J'ai cherché également d'autres critères pour affiner le diagnostic : caractère aigu ou chronique, stabilité ou non des symptômes, angoisse ou non, épuisement. Puis j'ai évalué la gravité, en particulier le soutien ou non de l'entourage c'est-à-dire le recours éventuel à des ressources externes au patient.

Voyons maintenant les différents concepts qui m'ont permis de dégager un autre regard sur la dépression, un autre angle d'observation. C'est un parcours évidemment complètement subjectif et personnel.

2 – Nouveaux concepts

A) Erickson : les ressources (6, 7, 10, 24)

J'ai suivi ma première formation en hypnose en 1986 à Paris avec les Dr Godin et Malarewicz. J'étais alors interne au Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie à Rennes et cette rencontre avec l'hypnose et les idées d'Erickson a été un vrai choc culturel. À une vision foncièrement pessimiste de la maladie mentale dont la seule « issue » reposait sur les psychotropes, est venue s'opposer de manière radicale, une vision positive et confiante dans les ressources humaines reposant, elle, sur une pratique individualisée et créative de l'hypnose. Pour Erickson, chacun de nous dispose d'une « immense bibliothèque de solutions » à laquelle nous pouvons accéder et que nous pouvons activer lors de la transe thérapeutique.

Ces ressources sont en grande partie « inconscientes », l'inconscient étant ici simplement entendu comme « tout ce qui n'est pas immédiatement accessible à notre esprit conscient ». Pour chaque problème, nous pouvons trouver des solutions, les construire. Nous pouvons changer notre orientation à la réalité, nos habitudes, dépasser les blocages qui inhibent notre développement. Si cette théorie de la vie, de la maladie et de la guérison me convenait bien, c'est en pratiquant l'hypnose avec mes patients que j'ai pu en vérifier la justesse.

Chez Erickson, cette pratique hypnotique se combine avec d'autres genres d'interventions, en particulier avec les proches des patients. Il s'agit d'activer les ressources externes qu'aujourd'hui nous appelons les « ressources du système ». Autrement dit, il pratique empiriquement des thérapies systémiques qui seront formalisées et théorisées plus tard par un groupe de chercheurs autour de Gregory Bateson à Palo-Alto (Californie). Les écrits de Bateson sont fondamentaux, et c'est Paul Watzlawick qui diffuse leurs découvertes dans plusieurs ouvrages très accessibles. (.....)

B) Le changement selon Watzlawick (30, 31, 32, 33)

Avec Watzlawick, nous découvrons un concept particulièrement intéressant : le changement peut être de type 1 ou de type 2. Il est de type 1 lorsqu'il y a un aménagement du problème à l'intérieur du même cadre. Par exemple, la réduction en intensité ou en fréquence des crises de migraine, la stabilisation d'une dépression avec une réduction des symptômes. Les thérapies de soutien, les psychotropes, ont le plus souvent comme objectif ce changement de type 1. Ce sont des traitements qui doivent être poursuivis sur de longues périodes, voire à vie.

Le changement de type 2 modifie les conditions qui génèrent le problème, faisant apparaître un autre mode de fonctionnement chez l'individu, une solution. Le terme solution signifie « rupture de continuité ». Chez une patiente, les migraines présentes chaque week-end ont définitivement cessé lorsqu'elle a décidé de rompre avec

son amant. C'est une dépression traînante depuis 4 ans chez un jeune homme de 22 ans qui s'arrête après une rencontre avec son père. C'est une autre dépression qui disparaît chez une femme de 60 ans après avoir fait une visite, pour la première fois, sur la tombe de son père, mort alors qu'elle avait 18 ans. Dans chacun de ces cas, le patient a modifié concrètement quelque chose dans son fonctionnement interne, émotionnel, et externe, relationnel. C'était aussi une pratique habituelle d'Erickson de prescrire des comportements nouveaux au patient pour l'aider à réaménager son monde relationnel. Les pratiques dites de « thérapie brève » s'appuient souvent sur cette méthode.

C) Le cycle de vie selon Jay Haley (10)

Jay Haley n'a certainement pas inventé cette description de la vie, description connue et partagée depuis que la vie existe. Mais dans le livre « un thérapeute hors du commun » où il décrit les pratiques d'Erickson, il fait le choix de construire les chapitres par tranche d'âge des patients ou plutôt, selon la phase du cycle de vie. La vie de chacun est naturellement organisée en phases inévitables depuis la naissance jusqu'à la mort, des phases dans lesquelles notre fonctionnement, notre rôle, nos objectifs sont spécifiques. Ce sont les apprentissages corporels (propreté, marche...), les apprentissages scolaires, les apprentissages amoureux, professionnels, parentaux...

Phases de stabilité et phases de changement

Plus que la description de ces phases, Jay Haley met en évidence ce qui est le plus difficile : les changements de phase. Passer d'une phase à une autre suppose des adaptations, des connaissances, des risques, de l'incertitude. C'est lors de ces changements de phase que nous sommes les plus fragiles, les plus sujets à présenter des symptômes. C'est lors de ces changements de phase qu'apparaissent angoisse, dépression, troubles psychosomatiques... Bien sûr, des symptômes n'apparaissent pas à chaque fois, mais seulement lorsque nos ressources ne sont pas « adaptées », lorsque nous ne sommes pas équipés pour mettre en place un fonctionnement équilibré dans la phase suivante. Les premiers contacts amoureux, entrer dans la vie professionnelle, faire un enfant, se séparer des enfants ou des parents...

Cette lecture est une des bases fondamentales dans le travail que je mène avec mes patients dépressifs : les aider à franchir cette étape, à avancer dans leur cycle de vie. Sous cet angle, je peux voir des patients qui viennent de s'engager dans cette phase de changements (trouble aigu) et d'autres qui s'y sont arrêtés depuis des années (trouble chronique).

Sur ce parcours relativement balisé et prévisible, vont survenir des événements imprévisibles et plus ou moins intenses : des accidents. Maladie, traumatisme physique, accident de la route, agression, décès « anormal » - mort d'un enfant, suicide d'un proche. Ces accidents perturbent le cycle de vie, parfois l'interrompent et pourront ainsi être le point de départ d'un trouble dépressif. Cet aspect est bien connu et facilement repéré, en revanche, deux autres modes de perturbation plus surprenants peuvent survenir.

Les accidents heureux

Grossesse imprévue ou trop précoce dans la vie d'un couple, mariage, succès scolaire ou professionnel, etc. Ce seront des « accidents heureux » si les conditions pour absorber et s'adapter à ces changements sont mauvaises. Ce matin, je rencontre une femme de 38 ans qui présente un syndrome dépressif sévère avec crises de panique depuis 6 mois. Pourtant dit-elle, « tout va bien en ce moment, je me suis mariée en août, je suis très heureuse avec mon mari ». Oui, mais c'est son deuxième mariage. Elle s'est mariée il y a 15 ans avec un homme dont elle était amoureuse, après 3 ans de vie commune. Un soir, son nouveau compagnon a parlé de mariage et elle a rapidement donné son accord. Il a immédiatement téléphoné à ses parents pour leur faire part de la bonne nouvelle puis a demandé à sa compagne de téléphoner aux siens, ce qu'elle a fait. En moins d'un quart d'heure, son destin était scellé. Quelques jours plus tard commençaient des manifestations d'angoisse, puis un syndrome dépressif nécessitant arrêt de travail, antidépresseurs, une courte hospitalisation. Les troubles ont disparu avec l'arrivée d'un premier enfant, deux ans plus tard. Si elle a fait le lien à l'époque, elle n'en a jamais parlé et a

mis « officiellement » ces troubles sur le compte de son travail. Cette explication convenait bien à tout le monde, corps médical compris.

Les incidents graves

Les incidents, perturbations mineures sont habituellement absorbées après quelques adaptations superficielles. Une panne de voiture, une maladie bénigne, un conflit dans le couple, la famille, au travail... Pourtant, dès ce moment peut s'installer un trouble dépressif, plus ou moins intense. Et bien sûr, disproportionné avec l'événement. Il y a quatre mois, une femme se réveille en pleurs, des pleurs incessants pendant des jours et des jours. La fontaine de ses larmes semble intarissable. Puis un syndrome dépressif intense s'installe avec tous les symptômes classiques. Il ne s'est rien passé dans sa vie et une hypothèse endogène est évoquée. Mais, à bien y regarder, ces larmes sont apparues le lendemain de sa première nuit avec un appareil pour limiter les apnées du sommeil. Le cycle de vie et ses changements de phase nous donnent une première explication : si cet incident survient dans une phase de fragilité, il est susceptible de déclencher une déstabilisation majeure.

D – Le modèle systémique (4, 5, 27, 28, 29, 34)

Brièvement, un système est un ensemble d'éléments en interaction, orienté vers une finalité commune. Une famille, une entreprise, la fonction rénale, la conscience, un individu... Ce sont les systèmes ouverts dont nous parlons, ceux qui font des échanges avec leur environnement, avec le méta système qui les englobe. Échanges de matière, d'objets, et échanges d'informations. Le système dopaminergique avec le système cérébral, le système cérébral avec l'individu, l'individu avec sa famille, la famille avec le village...

Tout système a deux fonctions majeures pour assurer son existence. D'une part, l'homéostasie qui vise au maintien de l'équilibre, à la pérennité du système tel qu'il est. Tenir debout, réguler le taux de créatinine, conserver les rôles et les places de chacun dans la famille, protéger les acquis sociaux... D'autre part, la croissance qui augmente, pour un système, les chances de se pérenniser dans le temps. Devenir plus fort physiquement et mentalement, acquérir de nouveaux savoirs, augmenter le nombre de clients ou d'adhérents, faire des enfants... Si la croissance assure la vie du système sur le long terme, l'homéostasie l'assure sur le court terme. Et lorsque les deux possibilités sont en compétition, l'homéostasie prend le dessus. Un jeune couple parle de faire un enfant ? Oui, mais si les emplois sont encore fragiles, si la relation est encore instable, alors le projet est repoussé à plus tard, dès que la stabilité sera assurée.

Nous retrouvons ici encore ces deux types de changements fondamentaux : l'adaptation de sécurité ou changement de type 1 ; l'adaptation par la nouveauté et le développement ou changement de type 2.

E – La vie est complexe et dynamique pour tout le monde (14, 18)

Plus récemment, cette approche de base des systèmes s'est enrichie de deux dimensions : la complexité et la dynamique.

La complexité

Bien que ce terme soit aujourd'hui utilisé de manière très courante, il reste flou et souvent mal employé. Il est vrai qu'il n'est pas très simple à définir même pour les spécialistes de la question : il s'agit d'un mot « complexe ».

Est complexe un système composé d'éléments dont le tout est supérieur à la somme des parties. Les éléments n'ont pas besoin d'être nombreux : un couple par exemple. L'analyse de chaque partie ne suffit pas à rendre compte du fonctionnement du système.

Est complexe un système « sensible aux conditions initiales ». Un petit changement concernant un aspect du problème peut entraîner des modifications très importantes. Tout dépend de l'équilibre interne du système lorsque ce changement survient. Face à un individu en phase anxieuse, chacun sait qu'il faut être très prudent : un mot de travers peut avoir des conséquences majeures ; une attitude sécurisante pourra apaiser rapidement. Autrement dit, un système complexe peut réagir de manière non-linéaire et imprévisible : une intervention

courte peut amener à des changements majeurs et durables. Ceci sera particulièrement vrai pour les troubles dépressifs aigus, beaucoup moins pour les troubles chroniques.

La dynamique

Est dynamique, un système qui se modifie en permanence au cours du temps. Comme nous le rappelle cette belle phrase attribuée à Bouddha : « Il n'existe rien de constant si ce n'est le changement ». Ceci est vrai dans les systèmes vivants qui sont par nature complexes et dynamiques.

Et pourtant combien de patients chroniques nous disent et nous montrent que « rien ne change » ? Et, en cours de traitement, comment décider de la stratégie à adopter, si ce n'est « ici et maintenant », pour tenir compte de la dynamique du système ? Est-il en phase d'homéostasie ou en phase de développement ?

F – Le chaos est ordinaire (3, 9, 20)

Tout système complexe peut présenter des phases chaotiques. Ce sont des phases où le système adopte un fonctionnement particulièrement sensible aux conditions initiales, imprévisible, non-linéaire. Tout le fonctionnement antérieur du système est modifié, incontrôlable. Pour chacun de nous, ce sont des moments où notre esprit ne sait plus à quoi se raccrocher, quelle décision prendre, comment anticiper la phase suivante. Des moments très angoissants avec des sensations, des idées, des comportements très changeants d'un instant à l'autre.

Cette notion de chaos fait écho à celle de changement de phase du cycle de vie, naturel ou accidentel. Moments où nous sommes fragiles et particulièrement « dépendants des conditions initiales ». Moments où le système se réaménage pour s'adapter aux nouvelles conditions de fonctionnement. La finalité du chaos est de produire un changement de type 2, un changement tel que le système retrouve un équilibre stable et durable. Autrement dit, la phase chaotique est une modalité naturelle des systèmes complexes qui permet la survie et l'adaptation grâce au développement d'un fonctionnement différent.

Contrairement à une acceptation courante la définition du chaos est indépendante de l'intensité. Certaines phases chaotiques sont impressionnantes, d'autres modérées, certaines sont presque inapparentes. La durée est aussi très variable : une phase chaotique peut durer quelques minutes, heures, jours...

G - La catastrophe : René Thom (23, 28)

Ici encore, un terme dont l'usage populaire est abusif. Nous devons à René Thom, mathématicien français, une théorie du chaos dont nous nous inspirons ici. Une catastrophe signe un dépassement des ressources du système. Une voiture glisse sur le verglas, au-delà de ses ressources d'adhérence. Un étudiant est refusé dans la salle de concours, au-delà de ses ressources de temps. Une femme apprend l'infidélité de son mari, au-delà de ses ressources morales. Nous sommes confrontés quotidiennement à des catastrophes, petites et grandes, qui nous font vivre des moments d'incertitude, des moments où nous n'avons pas immédiatement la capacité à prévoir l'avenir... des phases de chaos. La catastrophe survient dès que nos limites sont franchies et, à partir de ce moment, nous sommes mis en demeure de trouver une solution, de nous adapter face à ces conditions nouvelles : modifier la conduite de la voiture, modifier le projet scolaire, modifier les règles du couple. Une modification plus ou moins rapide, plus ou moins angoissante jusqu'à ce que le nouvel équilibre soit en place. Catastrophe ne veut pas dire conséquences dramatiques. La voiture s'immobilise sur le bas côté, l'étudiant augmente ses chances de succès pour la future session, le couple se réaménage après des années de froideur... Mais les conséquences peuvent également être dramatiques dans chacune de ces situations. Dès que survient la catastrophe, survient l'incertitude de ce que sera l'instant suivant.

H- Le chaos et le changement selon Erickson (28, 36)

En découvrant Erickson, nous sommes souvent étonnés par ses « drôles » d'interventions thérapeutiques. Il semble ajouter des perturbations aux perturbations, joue avec des confusions, des provocations, des surprises, parfois des chocs...Et patients et observateurs décrivent des changements rapides et inattendus, des troubles anciens qui guérissent.

Nous dirions aujourd'hui qu'Erickson créait des conditions thérapeutiques telles que ces patients se retrouvaient au-delà de leur vision habituelle du monde, une catastrophe dans un cadre contrôlé activant un processus chaotique de changement de fonctionnement du patient.

3 – Diagnostic

1 – Diagnostic positif

Nous avons déjà décrit les critères classiques permettant de diagnostiquer une pathologie dépressive. Si, pour tout ce qui suit, ces critères restent valables, avec le temps et les concepts décrits plus haut, il est devenu possible de distinguer clairement deux situations très différentes conduisant le thérapeute à des stratégies thérapeutiques tout aussi différentes.

A) Tableau synthétique

Dépression aiguë	Dépression chronique
Récente	Ancienne (classiquement > 6 mois)
Instable	Stable
Variabilité des symptômes	Fixité des symptômes
Imprévisibilité dans le temps futur	Prévisibilité dans le temps futur
Angoisse	Épuisement
Réactivité non-linéaire	Réactivité linéaire
Pensée agitée	Pensée figée
Disponibilité immédiate du patient	Disponibilité sous conditions
Chèque en blanc	Prudence
Système familial déstabilisé	Système familial adapté
Pression forte ressentie par le thérapeute	Le thérapeute se donne du temps
Déséquilibre dynamique	Équilibre stable

B) La dépression aiguë ou dépression chaotique

Il y a un mois, M. Jacques, 52 ans, souhaite une bonne journée à son épouse et se rend à son travail comme d'habitude. Il est dans cette entreprise depuis 20 ans, contremaître respecté et écouté. C'est lui qui ouvre l'entreprise chaque matin. Malheureusement, la clé casse dans la serrure... M. Jacques s'effondre en larmes, en proie à une angoisse majeure. Paniqué, il se rend chez son médecin traitant qui le soigne – rarement d'ailleurs- depuis qu'il est jeune. Il ne l'a jamais vu dans cet état, il le connaît comme un homme stable, solide, pondéré. Tous ses repères habituels s'envolent. Il pense immédiatement à une hospitalisation en urgence que le patient - pourtant en pleurs - voit comme la pire des choses. Ils conviennent alors d'un traitement mixte standard associant antidépresseurs et anxiolytiques ainsi qu'un arrêt de travail. Il revoit M. Jacques dès le lendemain puis plusieurs fois en 10 jours. La situation est moins catastrophique, mais un discours très dépressif s'installe : sentiment d'inutilité, d'échec... il ne fait rien chez lui, rumine de sombres pensées. M. Jacques est très demandeur des rendez-vous avec son médecin, il veut l'aider, mais il a beaucoup de mal à fixer son attention. Parfois, il semble aller mieux et l'instant d'après retombe « au plus bas ». Son épouse l'accompagne, très inquiète. Elle n'a jamais vu son mari dans cet état. Maintenant, si rien d'autre n'est possible, ils sont d'accord pour une hospitalisation en milieu psychiatrique.

C'est à ce moment que le médecin généraliste lui propose de me rencontrer pour avoir mon avis. M. Jacques accepte immédiatement... et aimerait bien que le rendez-vous soit fixé aujourd'hui. Sa fille prend sa journée pour venir avec eux.

C) La dépression chronique

Sur conseil de son médecin traitant, M. Victor, 36 ans me téléphone. Il va très mal, n'a plus de goût à rien depuis 5 ans. Je suis, dit-il sa dernière chance. Lorsque je lui propose un rendez-vous en cours de semaine, il me dit que ce ne sera pas facile de se déplacer, il ne conduit plus. Ce serait mieux dans 3 semaines, quand les travaux de la maison seront finis. Au téléphone, il souhaite savoir ce que je vais faire, combien de séances, comment il sera remboursé, s'il peut prendre une ambulance...

Depuis cinq ans, il fait « de la dépression » et est en arrêt de travail. Au début, cela a été très dur, il a pensé au suicide. Sa vie est devenu un enfer, il ne s'intéresse à rien, regarde la télévision à longueur de journée. Rien ne l'aide de manière durable, ni les consultations tous les mois chez le psychiatre qui lui prescrit les médicaments – ils en ont essayé plusieurs. Ni sa femme, ni la famille, ni les collègues de travail qui viennent encore le voir, ne parviennent à le sortir de son état. La vie s'est adaptée à la maison : son épouse a repris à travailler, les enfants font attention au bruit, les invitations sont devenues exceptionnelles, elles le fatiguent trop.

D) Discussion

Chacun ici reconnaîtra, plus ou moins, quelques-uns de ses patients. Pour l'un comme pour l'autre, le diagnostic de dépression est évident. Est-il pertinent que le thérapeute adopte le même genre de réponse pour M. Jacques et pour M. Victor ? Nous avons choisi ces deux histoires car elles illustrent clairement le fossé qui sépare les deux phénomènes dépressifs.

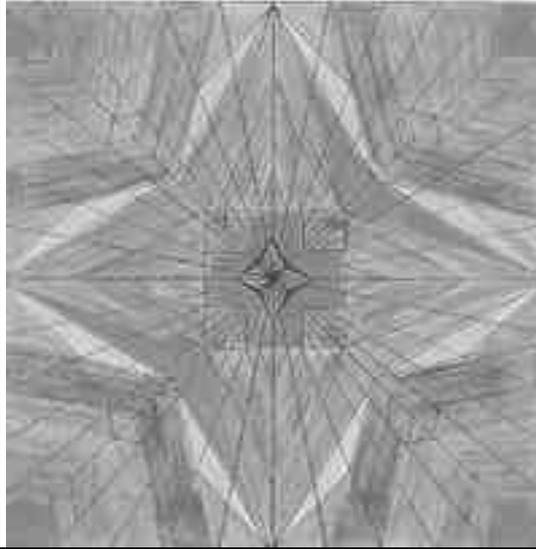
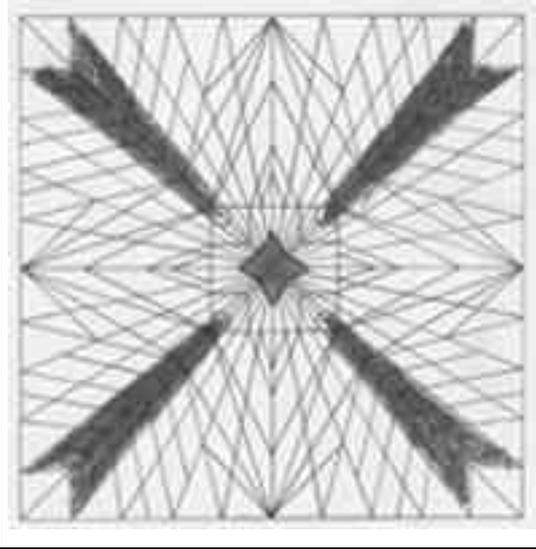
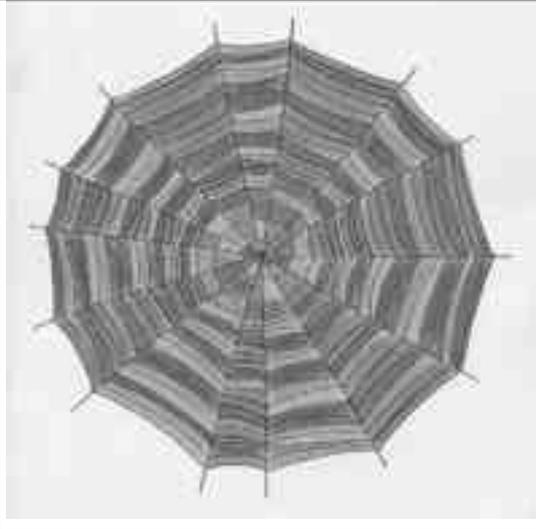
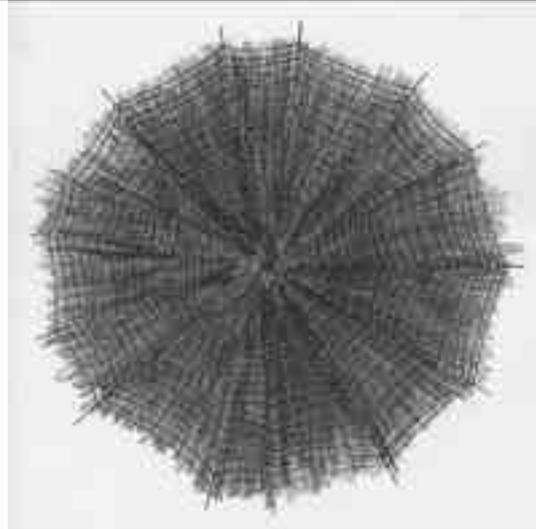
Pour M. Jacques, nous observons une situation de déséquilibre dynamique. Le déséquilibre crée une demande forte de retrouver un équilibre, l'aspect dynamique met en évidence le côté mobile, changeant et actif du phénomène sous-jacent. Si la situation est très angoissante pour M. Jacques, sa famille et le thérapeute, la connaissance de la dynamique interne du chaos va permettre de recadrer ce phénomène comme un passage, douloureux, mais utile dans l'histoire du patient.

Pour M. Victor, nous parlons d'équilibre stable. En effet, plus ou moins rapidement, un équilibre très douloureux s'est installé avec des habitudes, des rituels, des règles de fonctionnement. Ceci est vrai, tant pour lui que pour son entourage qui a mis en place un fonctionnement évitant les tensions, les angoisses, les éventuelles rechutes. Le côté stable lui donne de la solidité, de la résistance, peut-être de la protection. M. Victor nécessite beaucoup d'énergie pour se maintenir dans le cycle de vie et ses changements de phase.

La dépression de M. Victor n'a pas toujours été chronique. Elle a évidemment connu une phase aiguë à l'origine. Cette phase aiguë, chaotique, n'a pas permis de générer les changements nécessaires (type 2) pour aller vers une guérison. Un équilibre pathologique s'est installé, soutenu par divers changements de type 1 : arrêt de travail, médicaments, isolement, repli familial.

E) Illustration

Depuis des années, une des tâches thérapeutiques que je prescris aux patients est de colorier des mandalas. En préparant ce travail depuis quelques mois, je me suis aperçu que les résultats étaient très variables et très dépendants du caractère chaotique ou chronique de la dépression.

	
8 couleurs	2 couleurs
	
12 couleurs	2 couleurs : noir et bleu foncé

Nous avons à gauche deux mandalas réalisés par des patients en dépression chaotique : il y a beaucoup de couleurs (nuances de gris), beaucoup d'application dans le dessin, beaucoup de temps passé dans l'exécution.

À droite, les mêmes réalisés par des patients en dépression chronique. Une, deux ou trois couleurs, un respect très approximatif des contours, quelques minutes d'efforts.

Je n'utilise pas ces mandalas pour établir un diagnostic, mais ils révèlent ces différences considérables. Ils me permettent aussi de constater l'appauvrissement physique et imaginaire de ces patients chroniques.

2- Diagnostic différentiel

A) La mélancolie

C'est une forme de dépression relativement rare mais particulièrement dangereuse par les risques suicidaires. Elle présente certaines ressemblances avec les troubles dépressifs aigus décrits ici : dépression récente, absence fréquente de facteurs déclenchants repérables, grande intensité.

Mais les troubles ont tendance à être immédiatement stables, peu variables d'un instant à l'autre, et surtout, la demande de soins est faible ou absente. C'est une dépression aigue non chaotique.

Il est essentiel pour tout thérapeute de savoir la détecter car le protocole thérapeutique est très spécifique ; il s'appuie sur des antidépresseurs majeurs et une surveillance rapprochée qui a souvent lieu en milieu hospitalier.

B) Les troubles bipolaires

Ici nous rencontrons un patient présentant un trouble dépressif aigu d'allure chaotique. Le diagnostic repose sur la répétition des épisodes, plus ou moins réguliers, plus ou moins en alternance avec des épisodes de type maniaque. La phase la plus délicate est celle où le patient passe d'une phase maniaque à une phase dépressive qui peut alors être proche ou équivalente d'une mélancolie. La prudence évoquée ci-dessus s'impose de la même manière.

Même si la phase dépressive est plus modérée, il semble aujourd'hui que la meilleure stratégie thérapeutique repose sur les sels de lithium.

Nous pouvons seulement imaginer que, comme pour les troubles dépressifs chroniques décrits ici, une stratégie thérapeutique appropriée dès le premier épisode pourrait réduire le risque de récurrence et l'évolution vers la chronicité.

4- Les psychotropes

Aujourd'hui, nous ne pouvons plus parler de la dépression et plus encore, de la thérapie de la dépression, sans intégrer cette donnée majeure dans la réflexion. Nous abordons ce point ici car si les antidépresseurs ont une influence sur l'évolution, ils ont aussi une influence sur le diagnostic.

Les patients souffrant depuis un certain temps de troubles dépressifs ont le plus souvent déjà consulté et rencontrent le nouveau thérapeute alors qu'ils sont déjà traités par antidépresseurs. C'est le cas pour 95 % des patients. Il est alors bien difficile de poser un diagnostic fiable et plus encore de faire la part des choses entre trouble aigu et trouble chronique. En effet lorsqu'ils réduisent ou arrêtent leur traitement beaucoup de ces patients décrivent le retour des symptômes initiaux : les symptômes de la dépression chaotique. Un peu comme si, au niveau du processus dépressif, ces patients présentent une « dépression chaotique chronique ». L'hypothèse est que le phénomène chaotique initial n'est jamais arrivé à son terme de solution et de changement : les psychotropes maintiennent le patient dans « un entre deux » c'est-à-dire, entre le chaos et la guérison dans une position homéostatique douloureuse.

Un arrêt des traitements permet alors de confirmer le diagnostic et d'adopter la stratégie adéquate.

Les psychotropes dont je parle ici sont essentiellement les antidépresseurs. Nous verrons que les anxiolytiques peuvent être utilisés pour soulager la dimension anxieuse, qui peut être majeure en début de chaos. Lorsque les sels de lithium ou des neuroleptiques sont prescrits, il s'agit souvent des formes particulières déjà évoquées – mélancolie ou troubles bipolaires- que je n'inclue pas dans le protocole décrit.

Doit-on ou non prescrire des antidépresseurs ? Les industriels de la pharmacie et tous ceux qui sont directement ou indirectement rémunérés par eux disent oui, bien sûr ; éventuellement avec une dose de psychothérapie pour accompagner. Ils disent oui, pour ne pas prendre le risque du suicide. Cette menace est puissante et paralyse la plupart des soignants. Pourtant à y regarder de près, les antidépresseurs prescrits très largement aujourd'hui n'ont pas fait baisser les statistiques du suicide. Plus troublant encore, ce que nous avons déjà évoqué concernant les enfants et les adolescents : les antidépresseurs augmentent le risque suicidaire. Aussi, nous ne savons rien des patients qui passent à l'acte quelques heures ou quelques jours après instauration d'un traitement puisqu'en France, toutes les études sont faites par ou pour l'industrie qui ne publie que celles qui lui sont favorables. Pour le moins, l'attitude devrait aller vers la prudence envers cette « panacée »...Encore faut-il savoir faire autre chose.

Dans mes débuts professionnels, j'ai naturellement adopté la position standard : anti-dépresseurs et psychothérapie qui dans mon cas repose sur l'hypnose. Deux constats se sont imposés. Le premier est que les patients sans antidépresseurs s'attribuent l'évolution plutôt que de l'attribuer au traitement chimique. Ainsi, ils redécouvrent leurs ressources et peuvent de nouveau se faire confiance. Le deuxième constat est que, à pathologie comparable, les patients qui prennent des antidépresseurs réagissent beaucoup moins bien et moins rapidement à l'hypnose. Ceci m'a amené à réduire progressivement mes choix de prescriptions.

Le problème majeur s'est posé avec les situations aiguës, les crises, les phases d'agitation, les patients très angoissés, ceux qui ont besoin d'un soulagement très rapide, ceux qui pensent au suicide. Je me suis peu à peu rendu compte qu'avec l'hypnose, je disposais d'un outil thérapeutique particulièrement intéressant : rapide, efficace immédiatement sur la dimension anxieuse, permettant en quelques instants au patient de retrouver en lui des îlots de calme, de sécurité, des ressources auxquelles il n'accédait plus. En combinant cette observation empirique avec les concepts décrits ici, il est devenu possible de proposer aux patients présentant une phase chaotique, une stratégie qui s'est avérée bien plus efficace que les antidépresseurs. Ceci demande à la fois une grande expérience de l'hypnose et une grande habitude des patients présentant une dépression. Les deux s'acquiert progressivement en s'adressant d'abord aux situations d'intensité faible à modérée.

Cela dit, je considère les antidépresseurs comme un outil thérapeutique majeur, indispensable dans certaines formes de dépression. Ils peuvent sécuriser le patient et le thérapeute, qui met alors en œuvre une psychothérapie hypnotique même si elle sera plus longue et plus complexe. Les antidépresseurs sont nécessaires lorsque les limites du thérapeute sont dépassées. Mais, rappelons nous que 80 % des troubles dépressifs pourraient être traités d'une manière plus naturelle et plus rapide si les praticiens acquéraient quelques compétences simples dont l'hypnose est l'archétype.

5- Stratégies thérapeutiques

Deux protocoles très différents vont être décrits ici concernant les dépressions chaotiques, instables et dynamiques d'une part ; les dépressions chroniques, stables d'autre part. La présentation choisie par phase est volontairement réductrice et aplatit quelque peu la souplesse et l'adaptation permanente nécessaire. Elle a l'intérêt de poser quelques repères dans un processus de grande complexité.

1- Les troubles dépressifs chaotiques

A) La demande de rendez-vous

Comme pour toute thérapie, les premiers contacts sont essentiels : ils posent les éléments du cadre, l'orientation générale, le type de relation avec le thérapeute. Recevoir les demandes téléphoniques est donc primordial.

C'est le moment de la première évaluation diagnostique qui conditionne le délai pour proposer un premier rendez-vous. Dans une situation chaotique, face à la perte des repères et l'angoisse intense, il est nécessaire de rencontrer le patient rapidement, dans les 24 à 48 heures, parfois quelques jours selon l'intensité. Dans certaines situations « brûlantes », je reçois le patient le jour même. Ainsi, je réponds immédiatement au besoin de sécurité du patient, mais permets aussi de le rencontrer dans le moment le plus fécond de la perturbation, là où, paradoxalement c'est le plus facile de l'aider.

« Comment fais-tu pour avoir de telles disponibilités ? » me demandent certains confrères. « Mon premier rendez-vous disponible est dans 2, 3 ou 6 mois ». Un patient en trouble chaotique ne sera reçu que dans plusieurs semaines, autrement dit, la fin des temps... La seule possibilité pour le patient est alors un traitement par psychotropes qui pourra stabiliser la situation et potentiellement, ouvrir déjà la voie à la chronicité. C'est ainsi que de nombreux thérapeutes, voient très peu de troubles chaotiques, d'autant que lorsqu'une stratégie médicamenteuse est mise en route, il est habituel de la poursuivre.

La première réponse est dans la pratique de l'hypnose et des thérapies brèves qui apportent des changements relativement rapides et donc de la disponibilité pour le thérapeute. La deuxième est un choix : plus le premier rendez-vous est distant, plus la thérapie sera longue et difficile, je l'ai expérimenté. Et je préfère les thérapies plus confortables et plus courtes. Les patients aussi. Aussi, un premier rendez-vous, même pour un trouble ancien sera fixé dans un délai inférieur à 3 semaines. Évidemment, je suis comme chacun, contraint de limiter le nombre de patients dont je peux m'occuper. La première évaluation téléphonique me permet d'accueillir en priorité les patients présentant des troubles sévères, aigus ou chroniques.

Après cette réflexion sur le délai, je peux m'intéresser aux psychotropes. Dans ce cadre aigu et récent, soit les patients n'ont pas de traitement anti-dépresseur, soit il est récent. La plupart connaissent déjà

mon orientation professionnelle et acceptent volontiers d'arrêter l'antidépresseur et d'attendre un ou deux jours, une évaluation plus complète. Et notre premier rendez-vous.

B) La première séance

Il s'agit d'abord d'établir le diagnostic selon les deux modèles déjà présentés : la dépression chronique et la dépression chaotique.

Nous allons ensuite établir une sorte de carte virtuelle du système de vie du patient : les gens autour de lui, son mode de vie, son travail, et se repérer dans son cycle de vie. Dans le même temps, il s'agit de déterminer quels ont été les facteurs déclenchants : un événement majeur ou mineur, douloureux ou heureux. Si un événement majeur et douloureux peut déclencher une dépression chez n'importe qui, si la dépression survient après un événement heureux, ou mineur, le thérapeute pourra faire l'hypothèse d'un système qui se tenait déjà au bord du déséquilibre. Il doit tenir compte autant des symptômes « ici et maintenant » que de cette situation pré-critique.

Après cette évaluation, vient le temps plus directement thérapeutique. L'axe fondamental est de sécuriser, calmer, protéger, créer des repères. Dans ce contexte, le thérapeute va expliquer les phases de cette dépression chaotique. En utilisant l'hypnose conversationnelle en particulier. Transmettre du calme par la voix, le timbre, le rythme verbal et respiratoire. Il est essentiel que le patient, très sensible et réactif, rencontre cette attitude sécurisante chez le thérapeute. Diverses métaphores décrivent la phase difficile que le patient est en train de traverser :

« Un chemin sinueux avec des obstacles plus ou moins longs, plus ou moins pénibles dont on ne connaît pas encore l'issue », « une montagne à escalader avec plus ou moins de prises, des moments parfois difficiles, un sommet à atteindre... que cache cette montagne ? Nous ne le savons pas encore... »

Après avoir convenu du prochain rendez-vous qui sera d'autant plus proche que les processus internes du patient sont accélérés, nous pouvons commencer à modifier son orientation à la réalité. Nous lui prescrivons d'observer attentivement les troubles, les heures, les intensités, les changements de phase, ... les moments ... plus calmes.

À tous ces patients, je demande de colorier des mandalas que je leur donne. Ils doivent en colorier deux, en prenant tout le temps nécessaire pour achever complètement ce travail, dans deux moments particulièrement difficiles. Je leur demande d'observer (encore) attentivement ce qui se passe en eux pendant cet exercice thérapeutique. Pour la plupart, ils vont ressentir quelque chose de calme et d'agréable, quelque chose de nouveau. Ils ne savent pas encore qu'ils sont en train d'apprendre la transe. Pour finir, nous convenons, s'ils le demandent, qu'ils peuvent utiliser des anxiolytiques pour passer certaines phases trop douloureuses.

C- Deuxième séance

Si l'évaluation est favorable, le mieux est de ne rien faire et de laisser le processus de guérison suivre son cours.

Si les troubles sont comparables ou s'aggravent, nous utilisons l'hypnose formelle dans ses formes les plus sédatives et sécurisantes. Les techniques sont variées : focalisation sur le temps présent, sur le rythme du temps ; créer des repères avec le lieu, celui-ci puis d'autres ; catalepsie- équilibre-stabilité du bras ; retrouver des liens avec le corps, la respiration, le mouvement de la vie intérieure ; établir un lieu sûr parfois délicat mais tellement efficace ; focalisation sur des éléments agréables : couleurs, sons, odeurs... Et en quelques minutes, le patient passe de la panique au bien-être le temps de la transe. Ce sera peut-être transitoire, mais c'est possible. Et ce moment a été prévu, contrôlé, choisi... tout l'inverse du chaos.

D- Troisième séance

C'est ici que nous observons le plus souvent l'amélioration : réduction de l'angoisse, réduction de l'intensité et de la fréquence des phases de tristesse, quelques intérêts pour la vie quotidienne. Le patient commence à aller au-delà du chaos, il retrouve des éléments stables et rassurants. Il commence aussi à mettre en place les premiers changements dans ses relations, son organisation ou ses projets. Il est essentiel d'évaluer avec lui ce qui change, quelles solutions il est en train de mettre en place consciemment et inconsciemment. « J'ai eu envie d'aller courir, ce que je n'avais jamais fait dans ma vie ». « J'ai pris rendez-vous avec mon chef de service... » « Je commence à accepter l'idée que mon fils prenne un appartement ».

M. Jacques ne supportait plus la réorganisation qui avait eu lieu dans son entreprise. On lui avait demandé de collaborer avec un collègue qui ne travaillait pas, selon lui, correctement. Mais son sens de la hiérarchie et de sa mission faisait qu'il acceptait cette situation depuis deux ans. Un entretien avec sa direction a permis le déblocage de cette difficulté que tout le monde ignorait dans l'entreprise. M. Jacques a appris au travers de cette dépression à exprimer ses sentiments.

Si cela n'a pas été fait auparavant, c'est aussi le moment de rencontrer un mari, un parent, un enfant. De rassurer l'entourage, de décrire le processus en cours, d'inviter l'entourage à observer très attentivement le moindre changement.

Si les troubles persistent, nous faisons une nouvelle séance d'hypnose formelle en utilisant d'autres aspects parmi ceux déjà décrits. A contrario, en cas d'amélioration, nous laissons le processus évoluer naturellement.

E- Quatrième séance

À ce stade, l'évolution doit être favorable. Dans le cas contraire, nous pourrions proposer une nouvelle séance d'hypnose, mais il faut déjà envisager un échec de cette stratégie. Ceci se produit dans 5% des cas. Un traitement par antidépresseur peut alors être institué par un confrère plus compétent que moi.

Lorsque l'évolution est favorable, elle se poursuit simplement. Le patient ressent, souvent nettement, la fin du chaos. Il est maintenant « équipé » de nouvelles ressources appropriées à cette phase de sa vie, il s'adapte autrement dans ses relations au monde qui l'entoure. Il y a un avant et un après. C'est pourquoi les rechutes ou récidives sont si exceptionnelles.

2- Les troubles dépressifs chroniques

A) La demande de rendez-vous

Le caractère chronique apparaît dès ce moment et le caractère prudent du patient aussi. Il a ses habitudes et n'est pas pressé d'en changer. Avant de fixer le rendez-vous, j'évalue l'importance des psychotropes et je demande au patient de les réduire ou de les arrêter. La disponibilité au changement est vite évaluée : je veux une nouvelle thérapie mais sans rien modifier de l'autre. « Les traitements sont-ils efficaces ? Non, sinon je ne viendrai pas chez vous. Voulez-vous que les choses évoluent rapidement ou lentement ? J'en peux plus, il faut que ça change vite ! Alors, le plus simple est de commencer à réduire les antidépresseurs une semaine avant notre rendez-vous. » Cet échange, qui peut durer 2 à 3 minutes, est très courant et permet à la plupart des patients de s'engager très activement dans la démarche de changement. Le rendez-vous est fixé entre une et trois semaines plus tard pour profiter de la mobilisation relative, mais réelle, de cette personne.

B) La première séance

La phase diagnostique est peu différente de celle décrite pour les troubles aigus. Le diagnostic associe les critères de la dépression et les critères de chronicité, de stabilité vus plus haut. Pour 60% des patients, la modification des psychotropes est neutre, ce qui est une surprise. Pour 30%, des troubles

chaotiques apparaissent et c'est le protocole précédent qui s'applique. Enfin pour 10 % les troubles dépressifs restent stables dans leur allure, mais plus marqués et nous serons progressifs dans le sevrage. Le sevrage ? La moitié des patients arrête les antidépresseurs dans les jours qui précèdent le rendez-vous. Ils comprennent bien que cette interruption se fait au profit d'un autre traitement de type psychothérapie et hypnose. Les syndromes de sevrage sont rares (sensations corporelles d'ébriété ou d'électricité...). Ils sont peu sensibles à l'hypnose, mais ne durent que quelques jours. L'apparition de troubles chaotiques n'est pas un syndrome de sevrage mais le retour au premier plan d'une symptomatologie masquée par le traitement chimique. Les autres patients arrêteront les antidépresseurs après cette première séance, ou, pour les plus sensibles après 2, 3 voire 4 séances.

Cette première séance se termine avec une phase d'activation des ressources du patient qui le plus souvent vient en position passive. « J'attends que vous me sortiez de là, je compte beaucoup sur vous. » L'axe fondamental du soin avec les troubles dépressifs chroniques est de permettre la création d'un processus actif et dynamique dans le monde du patient en activant ses ressources internes et externes. Ce processus, qui peut devenir plus ou moins chaotique, favorise l'émergence de solutions adaptées au patient. La stratégie repose sur cette voie : mobiliser, dynamiser, provoquer, déstabiliser, générer de nouvelles émotions. Elle demande plus de créativité de la part du thérapeute, plus d'audace.

« Qu'attendez vous de moi ? Un blanc... Je ne sais pas, c'est mon médecin qui m'a dit que... j'attendais justement que vous me disiez ce que vous allez faire pour moi. » Cette position basse qu'occupe le patient doit être prise par le thérapeute. « Je ne pourrai sûrement pas faire mieux que mes collègues. Vous m'avez bien fait comprendre à quel point votre cas est difficile...et je suis d'accord avec vous. Je ne vois pas très bien comment quelque chose peut commencer à bouger ». Si les mots sont importants, le comportement non-verbal et la manière de parler le seront tout autant. La pratique de l'hypnose est, ici encore, précieuse. Le thérapeute doit absolument orienter le patient vers la formulation d'une demande claire et réaliste. Il l'aide à recadrer un objectif accessible dans un nombre de séances limitées. Dans cette thérapie, il me paraît indispensable de donner d'emblée un cadre de durée ou de nombre de séances. Habituellement, je travaille avec le patient pour établir un objectif accessible sur 5 séances. Voire trois séances s'il est nécessaire de provoquer davantage. Cet objectif est le premier petit changement d'Erickson, le plus difficile. Depuis que je demande aux patients de modifier les psychotropes avant la première séance, cette négociation est beaucoup plus facile.

Après avoir fixé le prochain rendez-vous, une prescription de symptôme (ne changez rien) ou de comportement paradoxal « je vous demande de regarder télévision tous les matins, la même chaîne... oui, la chaîne de l'Assemblée nationale. De 9h à midi ». Le respect de cette prescription est essentiel et sera vérifié par le thérapeute.

C) Deuxième séance

Cas de figure idéal : le patient présente déjà des signes nets d'amélioration. C'est le cas avec 30 à 40 % des patients ! Alors, ne rien faire, laisser le processus évoluer. Peut-être l'hypnose formelle pourra l'aider un peu plus tard, si nécessaire. Et si le patient est déçu de ne pas faire une séance d'hypnose, rappelez-lui que son objectif est d'aller mieux, et non de recevoir un traitement qui aujourd'hui n'est pas indispensable. Toute guérison se fait par mobilisation des ressources internes du patient. Et lorsqu'elles sont actives, l'hypnose n'accélèrera pas le processus. Le blé se récolte, aujourd'hui encore, en août.

La prescription n'a pas été réalisée ? Le patient n'a pas fait sa part du travail thérapeutique ? Alors donnez-lui le temps dont il a besoin pour le faire et attendez tranquillement qu'il se mette en route. Dans ces situations particulièrement stables, vos seules forces ne suffiront pas à bouger le système.

La prescription est réalisée et les troubles sont toujours bien présents. L'hypnose formelle a alors une place privilégiée. Elle permet de mobiliser des ressources physiques et mentales, d'activer la créativité, d'expérimenter le changement dans les sensations... Les techniques sont aussi variées, à adapter au patient et au moment. Orientation ici et maintenant ; lévitation du bras ; réification : transformer un symptôme en un objet qui pourra être modifié, déplacé... ; métaphores thérapeutiques de changement, de mouvement. Nous retrouvons avec l'hypnose nos objectifs essentiels : expérimenter le mouvement, le changement en toute sécurité, pendant quelques minutes. Les suggestions post-hypnotiques aideront à emporter cette expérience dans la vie réelle du patient et de son entourage.

La séance se termine par une nouvelle prescription de tâche qui implique l'entourage. « Ce soir, tout le monde change de place à table. Je voudrais que votre épouse vous emmène au marché mercredi et samedi. Et si elle ne veut pas ? Vous croyez qu'elle n'aura pas envie de vous aider ? » Alors, j'écris la prescription, ou je suggère que l'épouse me téléphone.

Ici, plus que dans les troubles aigus, il est indispensable de mobiliser les ressources internes et externes, d'activer le système familial. Ce dernier est perturbé depuis des années ; il s'est adapté et n'est pas forcément très motivé aujourd'hui pour modifier son fonctionnement. Beaucoup d'échecs, de rechute viennent de cette « résistance » inhérente au système. Tout le monde veut que ça s'arrange, encore faut-il que chacun se mobilise au même moment et dans le même sens.

Il est temps, lors de cette séance de prévoir, pour la prochaine fois, ou la suivante, une rencontre avec le ou les proches les plus impliqués. Ils sont invités à jouer un rôle de co-thérapeute, à observer attentivement ce qui se passe. Cette rencontre leur permet aussi de se parler, de parler du problème tel que chacun le vit, d'exprimer des émotions retenues parfois depuis bien longtemps.

D) Troisième séance

Si une évolution se dessine, il faut être très prudent avec l'hypnose. Si une séance a permis de mettre un processus en route, une nouvelle séance peut l'interrompre. J'en ai fait bien souvent l'amère expérience et les patients aussi, même s'ils sont depuis longtemps habitués aux échecs. Il est très nettement préférable d'attendre deux ou trois semaines avant de faire cette nouvelle expérience hypnotique et de vérifier qu'elle est nécessaire.

A contrario, si les troubles sont toujours stables, il est intéressant d'activer les ressources inconscientes par une autre stratégie hypnotique.

E) Quatrième séance

La fin du contrat approche. Heureusement, le plus grand nombre des patients évolue favorablement. Nous pouvons parfois envisager d'accompagner le patient un peu plus loin : la peur de la rechute est un excellent terrain pour la rechute.

Si la situation reste bloquée, malgré toutes ces interventions individuelles et systémiques, la pression du changement peut venir de l'échéance prochaine. Et parfois, ce n'est qu'à l'ultime minute de la thérapie que le patient décrit le fameux premier petit changement. Un début de mieux qui motivera le thérapeute à mettre en place un autre contrat d'objectif et de nombre de séances.

Si au terme du contrat, rien de positif n'est ressenti ou décrit par le patient, la thérapie s'arrête. Le thérapeute invite le patient à observer ce qui se passe dans les jours qui viennent et si quelque chose se met à bouger, il peut être possible de se revoir.

Nous estimons que le taux d'évolutions favorables est aujourd'hui de 80 %. Ce taux a augmenté progressivement avec les années, en sélectionnant plus rigoureusement les techniques hypnotiques, en laissant faire dès que possible, en respectant les contrats et surtout peut-être en faisant de plus en plus confiance aux ressources de nos patients, dans leur capacité et leur désir de guérir, même après 5, 10 ou 20 ans de troubles. Il m'est devenu très difficile d'entendre de tel ou tel patient : « il ne veut pas guérir ». Je crois au contraire que toute personne qui souffre veut guérir, mais ne sait pas comment. Les thérapeutes ne le savent pas toujours non plus.

Évolution favorable ne veut pas toujours dire guérison totale, restitution complète des capacités. Un long parcours dépressif peut, comme une jambe immobilisée longtemps, laisser des séquelles que le thérapeute doit aussi accepter. Mais évolution favorable veut aussi dire des surprises magnifiques, des gens qui reprennent le fil de leur vie là où il s'était arrêté, qui récupèrent physiquement et mentalement, qui reprennent le goût de la vie. Comme M. Victor.

Après les tergiversations initiales, M. Victor a joué le jeu. Il a réduit rapidement les antidépresseurs, respecté les prescriptions. Après la deuxième séance d'hypnose, il va mieux, il sourit spontanément,

parle plus facilement. Il a repris des couleurs. Le poids qui lui écrasait la tête est plus léger, il s'est posé sur les épaules. Son épouse confirme, elle est heureuse de dire qu'ils ont fait l'amour l'autre soir, après la séance. Voilà deux ans qu'il n'était plus capable. Mais M. Victor est inquiet, il préfère venir encore un peu. Deux séances plus tard, c'est la catastrophe. Il est au plus mal, pleure sans raison, se met en colère. Sa tête est prête à exploser. Là, devant moi, il est effondré. Il ne croit plus en rien, la thérapie est un échec, il va reprendre les médicaments même s'il sait que ça ne l'aide pas beaucoup. M. Victor passe par une phase chaotique. Je lui demande s'il peut attendre une semaine, observer les symptômes. Je lui explique qu'une phase de chaos peut amener rapidement à des changements surprenants... Le tout dans un climat très hypnotique. Une partie de moi fait confiance aux ressources du chaos, l'autre partie de moi est inquiète, un peu déçue aussi.

Et les résultats sont au-delà de toutes les espérances. Il est droit, il a de l'allure comme dirait Gaston Brosseau (Montréal), il est gai, les yeux pétillants. Virage maniaque ? Non, simplement lorsqu'il se réveille trois jours après cette séance, il se sent tout à fait bien, un peu fatigué encore peut-être. Il se surprend à dire à son épouse qu'il est prêt à faire un enfant avec elle. Ce qu'il refuse depuis qu'il est malade. Un an plus tard, je ne l'ai pas revu. Je sais seulement par son médecin traitant qu'il va bien, qu'il a repris son travail et qu'il est l'heureux papa d'un petit garçon.

6- Quelques chiffres

Sur les 3 dernières années, mon exercice mixte psychiatrie clinique – formation m'a permis de recevoir en moyenne 220 nouveaux patients par an. Les chiffres ci-dessous ne sont pas de vraies statistiques au sens cartésien du terme, mais des estimations. J'évalue à 50% les patients pour qui un diagnostic de dépression peut être posé, des plus légères aux plus sévères. Je recrute peut-être plus de patients de ce type que mes confrères par deux biais. Des généralistes qui, me connaissant - directement ou non - s'autorisent de plus en plus souvent à m'adresser des patients en phase de dépression aiguë. Et « le bouche-à-oreille », surtout des patients qui vont mieux qui incitent leurs proches ayant des troubles similaires à me rencontrer.

À ce jour, environ un tiers présentent des dépressions aiguës chaotiques, soit une centaine en trois ans. Les résultats sont excellents : 90 % des patients sortent du chaos en une à cinq séances. Le retour à un sentiment de sécurité demande quelques séances supplémentaires. Et surtout, le taux de rechute est extrêmement faible ; ce sont des patients que je ne revois pas. Pour 3 patients, une hospitalisation a été décidée d'emblée, les troubles étant trop intenses et le milieu de vie défavorable. Dans les derniers cas, l'évolution n'a pas été suffisante et ils ont reçu un traitement plus classique par antidépresseurs et psychothérapie.

Pour les patients en troubles chroniques stables, les résultats sont moins bons. Le taux d'échec est d'environ 30%, une partie par refus du protocole d'emblée, par peur ou parce que « ce n'est pas le moment de changer ». Cette partie s'est nettement réduite depuis que j'implique le patient dès la demande de rendez-vous. Pour les autres, après arrêt des antidépresseurs, il y a une augmentation des troubles non améliorés par la thérapie. Le retour au traitement précédent ramène la stabilité.

Les 70% restant (environ 160 patients) se partagent encore en deux catégories : guérison (environ 110) et amélioration (environ 50). La plus favorable est celle où les troubles disparaissent complètement, et pour certains sans grand mérite de ma part puisqu'il aura suffi d'arrêter les psychotropes consommés religieusement depuis des années ! Ce n'est pas toujours aussi simple, certains patients ne repérant une amélioration même minime qu'à la fin de la 5^{ème} séance, c'est-à-dire juste avant de déclarer officiellement l'échec. Mais, lorsqu'un pied est passé dans la porte, le reste suit habituellement. Ces thérapies vont durer de 2 à 15 séances.

Je parle d'amélioration lorsque le patient lui-même déclare qu'il va mieux, sans psychotropes, sans pouvoir dire qu'il va tout à fait bien. C'est surtout vrai avec des patients dont les troubles sont très anciens, supérieurs à 10 ans. Cette information recoupée avec ce que nous avons vu sur les mandalas peut faire penser à une perte de ressources personnelles. Cela dit ces patients améliorés peuvent interrompre la thérapie et conserver ces améliorations.

Avant de conclure, un dernier mot sur ces chiffres : ce sont ceux d'aujourd'hui, ceux que j'observe après une dizaine d'années d'apprentissage et de pratique allant vers une confiance toujours plus grande dans les potentialités d'évolution. En utilisant demain ces concepts et ces principes thérapeutiques, vos résultats seront peut-être moins bons. Mais ils évolueront progressivement.

Conclusion

Elle sera brève. Faites confiance aux ressources de vos patients, aux ressources de la vie, acceptez les phases chaotiques. Et en utilisant toutes les facettes de l'hypnose, de la transe thérapeutique, vous aurez de bonnes surprises tant avec vos patients en dépression aigue chaotique qu'avec vos patients enfermés depuis longtemps dans une dépression chronique interminable.