

Notes retenues de la lecture de

« Des bienfaits de la dépression »

Eloge de la psychothérapie

De Pierre Fédida(2001)

Par Jacques Sanna le 12 juin 2008

J'ai trouvé ce livre compliqué à suivre, de par les mots « techniques » employés, 1 vocabulaire spécifique aux « techniciens de la psychiatrie », aux « scientifiques » de la psyché et de ses dysfonctionnements. Il est axé sur les théories de base, mais non moins archaïques de Freud, celles de Jung sont inexistantes... (JS)

L'état déprimé, pour P. Fédida, pourrait tenir en une seule sensation, quasi physique, d'**anéantissement**. (*Ce serait 1 retour vers le vide, le rien d'origine alors que dans la vie psychique du Moi, c'est 1 ensemble, c'est le tout, le plein – JS*)

La dépression prend l'aspect violent de l'anéantissement du vivant humain. En retour, ce que l'on nomme vie psychique, ne serait-ce pas précisément cette apparence humaine essentielle à laquelle se reconnaît l'humanité de tous les jours et qui assure au vivant inanimé une subjectivité(individualité – JS) ? L'état déprimé révélerait en creux cette vie psychique, dès lors qu'elle vient à faire défaut.(8)

Roland Kuhn se garde bien de revenir à 1 bergsonisme de l'élan vital ou à 1 [jungisme](#) de l'énergie. (?? *c'est le seul passage où il est fait mention de Jung ?? – JS*)

« **Traitement psychique** » signifie que le psychothérapeute cherche à agir sur le psychique par ses propres moyens psychiques.

L'état déprimé comporte tout d'abord cette particularité de nous être étrangement familier.

Il ne fait pas de doute que la **psychopharmacologie** de la dépression a développé avec succès les traitements **pharmacothérapeutiques** et que nombre de patients déprimés voient leur souffrance s'alléger ou disparaître grâce à des molécules chimiques tout à fait performantes. Mais la psychiatrie ne saurait ignorer que « **l'accompagnement** » psychothérapeutique est et reste indispensable au traitement pharmacothérapeutique.(11.12)

Cette sorte de **déshumanisation** à laquelle conduit **l'état déprimé** est terrifiante. Et le paysage glaciaire pourrait servir à décrire une terre privée d'êtres vivants. On ne devrait jamais oublier que ce sont les « **destins géologiques de la terre** » qui règlent la véritable mesure du *devenir psychique de l'humanité* et, partant, de sa civilisation. Parmi ces destins, celui de **la glaciation** est certainement le + puissant : l'extrême dénuement auquel il a contraint la primitivité de l'homme – sa luxuriance sexuelle d' « animal-homme primitif »(Freud) – s'est traduit par la production de *formes* conservatrices de la vie. Sur ce modèle des formes animales et végétales, le «psychique» peut se concevoir de même comme une forme fixe de conservation de la vie et cependant suffisamment plastique pour disposer d'une capacité de **régression**.(34) (*Je comprends par là que, pour une raison vitale, l'être humain peut « revenir » à 1 fonctionnement « animal » ou « végétal » et en prendre toutes les caractéristiques – JS*)

Ferenczi ne manque jamais de mentionner la fonction assurée par la **dépression** comme l'équivalent d'1 **sommeil d'hibernation** et qui doit être respectée et traitée avec tact, afin que l'excitation vivante ne fasse pas violence à la vie ainsi sauvegardée. (35)

La dépression peut être tenue, à bien des égards, pour une crise survenant dans une vie. N'est-ce pas ce qui advient à la suite d'événements tels que ruptures, séparations ou deuil (*ou accident, maladie, non-sens existentiel... JS*) ? Mais on ne saurait sous-estimer la protection qu'assure la dépression – aussi douloureuse que soit celle-ci. C'est pourquoi on peut *dans une certaine mesure* accorder à **l'état déprimé** une fonction de régulation des changements – comme s'il fallait pouvoir oser cette hypothèse selon laquelle on ne saurait demander des guérisons trop rapides qui soumettent l'individu à de fausses adaptations. (37)

L'une des 1^{ères} particularités de la dépression n'est-elle pas de priver le sujet du langage élémentaire pour exprimer ses affects ? La psychothérapie ne saurait ignorer une telle **donnée clinique** : dans sa *présence* silencieuse auprès du patient, il revient à l'analyste de trouver les conditions sensorielles d'une réception singulière des affects élémentaires et de se former – au travers des impressions et de leurs images – les mots de leur dénomination (*c'est une des facultés que peut avoir 1 thérapeute lorsqu'il est en empathie totale avec le sujet... JS*). (46)

La mobilité psychique requise de l'analyste est cette mise en éveil toujours renouvelée des images et des mots. La résonance tonale des affects et leur métaphorisation contribuent à restituer au patient le langage de ce qu'il éprouve dans son état... (54)

... Si la **substance chimique** dispose du pouvoir de changer 1 état déprimé en 1 état de bien-être, c'est précisément **par la psychothérapie** que passent la reconnaissance des affects éprouvés et l'espérance d'une subjectivité (*caractère de ce qui appartient à 1 sujet. Au sens ordinaire, la subjectivité couvre l'ensemble des particularités psychologiques n'appartenant qu'à 1 sujet. + philosophiquement subjectivité est synonyme de vie consciente, telle que le sujet peut la saisir en lui, et où il cerne sa singularité. Chez Descartes, la subjectivité désigne la caractéristique du « je », sujet de la connaissance, qui s'affirme au cœur de son activité consciente et qu'exprime le « je pense donc je suis ».* sur site internet – JS) dans sa propre identité. (55)

La découverte de la **capacité dépressive** – et donc **créatrice** – de la fantasmagorie transférentielle est la découverte des **mouvements**. Alors que **l'état déprimé** signifie ce figement dans la masse, **la capacité dépressive** ne s'entend que comme **mobilité...**

L'évacuation de la dimension fantasmagorie de la cure analytique ou de la psychothérapie se produit inévitablement à la faveur d'une survalorisation de la communication intersubjective – laquelle est pourtant rompue par l'hallucination négative de la régression et du transfert.

On peut prétendre que la survalorisation de l'intersubjectivité, ainsi comprise, renforce la conscience mélancolique du déprimé – cela, d'autant que le déprimé souffre du sentiment d'appauvrissement intérieur et d'échec dans sa tentative de communiquer.

La restitution par la situation analytique de l'échange fantasmagorie accorde, à l'inverse, une chance et une espérance à la subjectivité. (70)

Dans la plupart des états déprimés (pour ne pas dire dans tous), le travail analytique avec le patient donne à découvrir qu'**1 puissant refoulement** porte sur une **mort inaperçue**. Cette mort inaperçue peut concerner 1 proche dont la mort a entraîné 1 deuil et la conscience de cet deuil. La perte reconnue du proche peut ainsi avoir été admise, mais est aussi vite oubliée, ou bien sous-évaluée et dépourvue des conséquences qu'elle comportait au niveau de l'économie psychique...

C'est seulement **le rêve** dans le transfert, par la mise en mouvement et la réanimation de la vie psychique, qui ouvre à une perception interne de ce qui a été une mort négligée.(95)

Lorsque les humains sont déprimés, ils peuvent se faire **aussi glaciale et immobiles que les tombeaux** eux-même.(97)

L'engagement de l'analyse commande chez **l'analyste** une très précise attention, qu'il porte sur la nature de sa réalité et de ses apparences. Car la présence – ressentie parfois comme trop personnelle – peut faire obstacle à l'absence que la parole exige pour parler...

Le transfert dispose, selon Freud, de cette mémoire hallucinatoire régressive qui va rechercher les formes vivantes d'1 passé anachronique au travers de la présence en personne de **l'analyste**, pourvu que cette présence ne fasse pas obstacle. **L'analyste** ne sait pas à l'avance quelle modalité d'être va être prélevée par le patient de sa propre présence. Cette modalité d'être ne saurait ressortir de l'usage d'1 procédé technique. Mais le commencement d'une analyse impose certainement de se régler sur ces discrètes perceptions portant sur ce que nous sommes en cours de devenir chez le patient.(102.103)

Ce que l'on désigne communément comme « **état déprimé** » est bien, jusqu'à 1 certain point, cet oubli protecteur des morts auxquels, dans une figure unique le déprimé s'« identifie ».

Il s'agirait moins de faire le mort que de l'incorporer mimétiquement : le rêve, lorsqu'il revient, anime l'inanimé et accorde aux morts ce que j'ai appelé ici 1 seuil de vie.

Les morts n'ont pas eu le temps de tout apprendre du temps où ils étaient en vie...

Dans la psychothérapie des états déprimés, on ne pourrait dire que les morts sont exhumés. Ce qui compte, c'est la construction et la nomination de ce lieu (sépulture).

[Les patients déprimés ne peuvent guérir que s'ils sont aidés à rentrer en contact avec leurs morts](#) – morts dans une mort inaperçue.

C'est même là que se pose la question de la guérison de la dépression. Que veut dire guérir de **la** dépression, si ce n'est pas simplement voir disparaître les symptômes si handicapants ?

La guérison de l'état déprimé tient dans la réacquisition d'une capacité dépressive, c-à-d, des potentialités de la vie psychique (la subjectivité des temps, l'intériorité, la régulation des excitations...).

Mais cette réponse, aussi satisfaisante qu'elle soit, est insuffisante.

Guérir de la dépression, n'est-ce pas plutôt accroître le travail du rêve et aussi son pouvoir d'interprétation, afin que « s'approfondisse », comme dit **Yves Bonnefoy**, la connaissance intime de l'endeulement ? **Les cultures tribales** accordent aux vivants les moyens de vivre avec les morts et de donner à ceux-ci, jusque dans les locutions (expressions) de la langue, la place qui leur revient. L'abstraction de notre propre culture n'entraîne-t-elle pas à l'oubli ? (106.107)

Comme l'énonce **une patiente profondément déprimée**, « je suis venue car le docteur X m'a dit de venir. Je n'y crois pas. Comment vous parler serait d'une quelconque utilité ? Il faut que je retrouve toute seule la volonté de m'en sortir. Cette rupture avec mon ami m'a laissée en ruine. C'est lui qui pourrait m'aider, s'il revenait. Vous, vous ne pouvez rien contre ma dépression ».(121)

Me voilà conduit à énoncer **une bien étrange évidence** – une sorte d'*évidence paradoxale* : celle qui consiste à affirmer que **la psychothérapie** se donne pour objectif de prendre soin de la souffrance psychique, que son but n'est autre que de parvenir à guérir les humains de ce psychique qui les fait souffrir... **Délivrer l'âme** de sa possession maléfique ou diabolique : délivrer les humains de leur âme tourmentée et infernale.(122)

Les espoirs placés dans la **neuropharmacologie** ne sont pas vains : il n'est certainement pas indifférent de savoir quels sont **les récepteurs** mis en cause par des substances aussi différentes que la **nicotine, la cocaïne, l'héroïne, la morphine...**(123)

... Il n'est pas rare de constater, chez nombre de **patients déprimés**, ces **comportements-limites** qui les font vivre dans 1 déni du psychique par 1 excès d'action(supposée jouer la fonction de décharge des excitations). Le traitement psychothérapeutique leur accorde très progressivement 1 tissu de pensée et de représentations, sous la protection de la séance, mais qui semble se dissoudre, en peu de temps, jusqu'à la séance suivante. Car, ce qui compte dans l'œuvre de névrotisation par la cure et donc dans la découverte d'une *vie (du) psychique*, c'est la sécurité intérieure assurée par la présence de l'analyste et, pour qlq temps restreints, le lien de confiance à celui-ci.(128)

La notion de *traitement psychique* présente l'intérêt de désigner – à partir de **l'hypnose** – l'action thérapeutique requise, de la part du médecin, pour soustraire le malade à sa propre influence, pour l'aider à se dégager de ce qui appartient à sa « maladie » et en renforce la violente détresse – à savoir **sa prétention à pouvoir se guérir lui-même**. La psychothérapie exige donc **d'être 2** et le processus de guérison ne peut être obtenu si le thérapeute ne dispose pas de cette intuition de la vie psychique de son malade(et de son opposition à la guérison), ainsi que de *l'intuition correspondante des moyens psychiques dont il est capable pour agir sur lui – cette capacité d'agir par le psychique sur le psychique*.

La guérison peut survenir dans bien des cas par « les affects, le recours à la volonté, le détournement de l'attention, l'attente croyante ». Ces forces assez circonstanciées de la vie quotidienne, mises en œuvre avec succès, échouent en revanche, lorsque le patient oppose au thérapeute une formation psychique de nature « **autocratique** » (tyrannique), c-à-d, **une emprise du psychique sur le psychique**. Cette emprise renforce la personnalité malade au moyen d'une « **volonté** » toute-puissante de se guérir soi-même, seul et sans l'aide de quiconque.(130)

...On ne saurait voir la guérison produite par l'effacement du symptôme, car **le symptôme contient 1 savoir de soi** – *une théorie de soi* – que l'analyse met en œuvre et dont elle reconnaît le pouvoir d'individuation dans sa résistance même à disparaître.

Autrement dit, toute guérison par suggestion de substance équivaut au *pharmakon* de Platon dont l'effet thérapeutique est illusoire tant qu'il n'est pas engendré de l'intérieur. Engendré de l'intérieur – littéralement « endogène » - cela signifie que rien de durable n'est acquis par l'âme humaine, si celle-ci ne met pas en œuvre, de l'intérieur, ce qu'on peut appeler son travail de transformation, c-à-d, le passage d'une forme dans une autre forme.(136)

La **dépression – la tristesse dépressive – est au moins une façon d'être très protégé par une immobilité intérieure. Cette tristesse est aussi 1 vrai contact de soi à soi.**(138)

Ce sont **les mots de la musicalité** qui, de Platon à Shakespeare, rappellent que chacun de nous est 1 instrument de musique dont nous devons prendre soin pour savoir à tout instant **le réaccorder** et lui redonner **la capacité de ses résonances**. La psychothérapie pourrait donc être cela : ***accéder à la mobilité qui ouvre l'accès à la réanimation vivante des tonalités assourdies et écrasées par l'état déprimé.***(147.148)

Dans la perspective d'une tradition populaire de la psychothérapie, il est vrai que le **symptôme** représente d'abord une forme corporelle de la manifestation du mal(ou aussi de la manifestation d'une incohérence inacceptable avec les valeurs de l'être de départ – JS). Et parler au **symptôme** ou, comme on le verra, en apprendre le dialecte, est l'essentiel de l'art du psychothérapeute...(163)

Traitement psychique s'entend comme « traitement prenant origine dans **l'âme**, traitement – de troubles psychiques ou corporels – à l'aide de moyens qui agissent d'abord et immédiatement sur l'âme de l'homme »(Freud – Traitement psychique(traitement d'âme)). Ce moyen d'agir par l'âme sur l'âme de l'autre, « est avant tout le mot et **les mots** sont bien l'outil essentiel du traitement psychique »(idem ci-dessus).
(et pas seulement les mots exprimés par le psychothérapeute, venant de son âme avec empathie, mais aussi les mots que le patient s'entend dire lui même, du fond de son âme évidemment – JS)

On ne saurait perdre de vue cette idée que, dans une analyse, le symptôme doit être maintenu, alors que, généralement, une psychothérapie cherche à en soulager le patient le + rapidement possible.(170.171)

Je retiens, de la pratique psychothérapique de **D.W.Winnicott** avec les **patients déprimés**, cette façon d'intérioriser, par des images vives et de + en + intenses, le mal(ou le désaccord de l'être de départ – JS) dont souffre le patient dans sa dépression. Certains ont pu le comparer au shaman qui prononce les paroles faisant remonter la maladie pour l'évacuer. Cette intériorisation s'accompagne chez le thérapeute d'une puissante imagination interprétative et de reconstruction. La situation analytique reste intègre, tandis que s'engendre depuis le thérapeute 1 cadre qui s'accroît pour faciliter les expériences psychiques du malade.

Pourquoi le recours à **l'état déprimé** signifie 1 défaut de la **dépressivité**(du mouvement, de la mobilité – JS) et le refuge dans une immobilité qui englobe le psychique et le corporel ?(173)

... Dans le contexte que je viens de présenter(174), il serait certes bien malaisé de défendre une psychothérapie spécialisée des états déprimés. Il n'est en effet pas question de promouvoir une forme de traitement qui viserait à l'effacement direct des symptômes de la dépression. Toutefois, plusieurs approches s'imposent à ce sujet.

Le processus psychothérapeutique répond certainement au projet de restituer au patient sa *capacité dépressive*. Souvent, dès les 1^{ers} entretiens, 1 patient immobilisé et figé, commençant à parler en se sentant, dans cette situation, écouté, trouve une possibilité associative inattendue qui ramène à la surface tel souvenir douloureux, tel le rêve et surtout des émotions qu'il était incapable d'exprimer. Le va-et-vient du rythme associatif correspond aussi à la production des temps de la vie psychique qui est alors réanimée de l'intérieur par des mises en liaison.(175.176)

Les effets médicamenteux d'1 antidépresseur sont variable d'une dépression à une autre et, chez 1 même sujet, d'1 produit à l'autre.(179)

La vraie science est l'*anamnèse*, au sens où la *question* qui s'adresse au malade porte avec elle la parole en parlant. La question se forme par **intérieurisation empathique du thérapeute**. Avec le médecin Eryximaque, on sait que l'attribution d'1 bienfait par l'art thérapeutique consiste, comme avec la musique, dans cette pratique de la *mesure* et de la *proportion* **entre le plein et le vide**.(186)

D'après Roland Kuhn : « la psychopathologie a reconnu 1 caractère spécifique psychotique chez les dépressifs(ainsi d'ailleurs que chez les maniaques avec toutefois certaines restrictions) et chez les schizophrènes car, **dans les simples dépressions**, le blocage n'apporte qu'une *modification quantitative* de la pensée et de l'action, 1 appauvrissement des contenus, une simplification des rapports saisissables dans la pensée ».

Dans les formes psychotiques, on arrive à une *modification qualitative* : les idées de ruine et de culpabilité représentent de telles modifications qualitatives. Il s'agit ici de *problèmes de significations ou de sens* qui jamais ne se laisseront réduire à de simples *modifications quantitatives*.

« L'observation et l'interprétation qui font appel à la psychopathologie, à la psychopharmacologie, et à l'analyse existentielle *se compléteront l'une l'autre* de façon de + en + claire et si une de ces analyses fait + de progrès, les *problèmes posés s'affineront davantage dans la différenciation...* ».(192)

... **La souffrance dépressive**, entretenue voire aggravée par la plainte, éprouve le *psychique* comme cause de privation et, corrélativement, comme expérience quotidienne de **mortification**. On le voit tout particulièrement chez les patients dont l'hyperactivité mentale, verbale et motrice constitue le moyen de se protéger contre l'angoisse terrifiante d'1 anéantissement par enfoncement dans la dépression. Comme si la mortification pouvait alors devenir une façon de rester en vie ou encore de faire cesser ce trop de vie qui rend d'autant + redoutable **le vide d'affects et d'émotions vrais**.(193)

Depuis qlq années, on voit s'infléchir l'idée de la psychanalyse « **pleine et intègre** » - compte tenu de la diversité et de la multiplicité de ses courants et de ses écoles -, en faveur du principe des « **adaptations** » psychothérapeutiques.

Dans ce débat, nous ne saurions sous-estimer **l'influence grandissante** prise par le développement des neurosciences et des sciences cognitives, ainsi que les changements de comportements survenus dans le contexte socio-économique.

La situation peut se résumer ainsi : certes il est annoncé le déclin ou la disparition prochaine de la psychanalyse ; on renforce plutôt – au nom de la recherche d'1 **statut de « psychothérapeute »** - cette idée que la psychanalyse a une large extension et une diversité qui entraîne corrélativement **l'abandon du paradigme freudien**. **Cet abandon du freudisme touche évidemment aux propositions primordiales de la métapsychologie : fonction du symptôme, du rêve, du transfert ; théorie des pulsions ; conception du fonctionnement psychique ; place de la sexualité infantile, etc.**

L'enjeu est donc de taille : peut-on encore parler de psychanalyse, lorsque les paramètres de sa découverte sont relativisés ou abandonnés ?

La réponse est claire pour certains : l'œuvre freudienne n'a plus compétence aujourd'hui à décider des critères de la psychanalyse car ses bases scientifiques sont dépassées. Dès lors, rien n'interdit de prétendre que les thérapies cognitives sont intégrables à la psychanalyse délivrée des modèles freudiens.

Et la psychothérapie devient l'objectif exclusif de la pratique analytique.

Si la question de la psychothérapie se trouve ainsi engagée par celles qui se posent dans la psychanalyse aujourd'hui, cette question a cependant une spécificité singulière au regard de l'insistance portée sur les critères d'évaluation de son efficacité thérapeutique. C'est même par ce biais qu'est envisagé l'évaluation comparative des psychothérapies de tout ordre. Selon une acception (préférence) déjà réglée sur l'administration de la santé, sont en passe d'être privilégiées des pratiques psychothérapeutiques disposant de modèles – comportementaux, cognitifs, systémiques ou autres – dont les visées thérapeutiques sont clairement celles du **traitement du symptôme** et qui bénéficient ainsi de la preuve chiffrée de leur efficacité objective...
... La psychanalyse n'est pas loin d'apparaître comme une pratique humaniste + ou moins obscure et pourquoi pas, de passer demain pour une discipline de secte ? (194/195)

La conjoncture, si l'on peut l'appeler ainsi, fait donc apparaître que la **question actuelle de la dépression** emprunte tout à la fois la forme d'une nouvelle approche thérapeutique, au moyen de **psychotropes** parfaitement performants, d'une **dissuasion de la psychanalyse freudienne**, au profit d'une conception généraliste de la psychanalyse intersubjectiviste et **d'une recherche d'efficacité des psychothérapies à visées symptomatiques relationnelles, bien peu psychanalytique dans leur inspiration**. (il me semble que P. Fédida ne soit pas enclin à reconnaître la nécessité d'une ouverture et d'une association vers tous les systèmes qui œuvrent à aider les êtres en souffrance psychique, comme par ex. les psychothérapies (reconnues comme telles...) – JS)

La particularité de la dépression se révèle ici de façon quasi polémique : les patients déprimés espèrent 1 soulagement rapide de l'état dont ils souffrent comme d'une maladie du corps. Non seulement ils ne peuvent attendre de la psychanalyse une réponse à leurs maux, mais ils donnent en outre, le sentiment que ces maux énigmatiques – de nature vitale – ne concernent pas la connaissance que la psychanalyse peut leur apporter.

Ils espèrent que qlq chose ou qlqu'1 vienne les extraire de cette prise en main qui abolit toute sensation de vie psychique ou encore fait du « psychique » 1 tourment sans fin, dans l'isolement.

Dans ces conditions, que pourrait faire la parole ? Le propre de la dépression est de porter si loin la dépréciation du langage et d'atteindre en son centre la confiance en l'autre... (et l'écoute alors ? – JS)

Ils est sans doute juste de tenir **les états déprimés** pour des **états d'affects archaïques** dont le vécu corporel est primordial. Dans chaque cas de patients déprimés, on trouverait certainement l'expérience d'1 lien à l'objet particulièrement éprouvant(perte, abandon, mais aussi fusion annihilante, identification primitive au psychisme de la mère, etc.). Mais il n'est pas moins juste de différencier la dépression de la mélancolie, et il faut en tirer toutes les conséquences. Parmi celles-ci, il faut reconnaître que l'état déprimé d'immobilisation et de figement apparaît souvent comme une défense vitale ultime contre l'effondrement mélancolique et l'hémorragie de la culpabilité et de la honte.(cas de Mme R. il me semble... JS).

La dépression est bel et bien l'affection par excellence de l'humain.

C'est lorsque tout lien semble se défaire et qu'aucun horizon de parole et de visage ne subsiste plus qu'on peut, en effet, **parler de dépression**.

L'expérience du **déshumain** est dans ce retrait qui laisse le visage immobile et muet, ne sachant même plus éprouver ce que signifie 1 regard ou 1 geste de l'autre.

(Le Moi(l'humain) est désemparé par ce contact avec le Rien, l'immobilité intérieure, l'absence de représentations vivantes... JS)

L'expérience que le psychanalyste a des états déprimés vient étayer cette idée que la plus grande difficulté est de construire 1 espace pour la communication psychique et pour redonner vie – peu à peu et lentement – à 1 vivant inanimé.

De là, serait-on en mesure de prétendre que la psychothérapie psychanalytique guérie la dépression ? (peut-être pas guérit mais au moins aide l'humain à réinstaurer la vie dans sa psyché et de fait dans son corps. JS).(199.200)

Il se pourrait que **la dépression** – si communément invoquée de nos jours comme une véritable « maladie du siècle » - ne soit, en définitive, qu'une à-peine-notion sans consistance nosographique, très vaguement descriptive, déjà en cours de disparition. Encore faut-il s'entendre sur le terme de maladie.

Nombre de **psychiatres** aujourd'hui (2001), captivés par la **génétique** accréditent déjà cette idée que la dépression est précisément une maladie dont l'origine génétique ne fait pas de doute et sera, demain, soignée par une thérapie génétique : on a, avec la dépression, 1 modèle particulièrement éloquent de récurrence épistémologique, ou l'hérédité maniaco-dépressive reprend toute sa vigueur.

Par ailleurs, la médicalisation des traitements, sur la base d'une sémiologie simplifiée, tend à **banaliser la dépression**, comme s'il s'agissait de la guérir à la manière d'une angine et le + rapidement possible.

Prenant valeur de fiction heuristique, mon hypothèse offre momentanément le modeste avantage de concevoir la **notion de dépression** comme faisant suite à celle de « **douleur morale** », de « **neurasthénie** », ou encore de « **psychasthénie** », qu'elle ne recouvre d'ailleurs pas.

Elle témoignerait de la prise en compte d'une **plainte qui peut survenir** avec des gradients différents aussi bien chez le sujet normal que chez celui qui souffre de syndromes psychopathologiques caractérisés(schizophrénie, mélancolie, etc.) ou de maladies somatiques apparemment sans causalité névrotiques.

L'état déprimé dispose, médicalement parlant, d'une sémiologie assez simple (ralentissement, inhibition, désintérêt, sensation de fatigue, tristesse, absence de goût et de désir, perte de la capacité de plaisir) dont la lecture clinique objective se règle parfaitement sur la subjectivité appauvrie de la plainte intérieure. (202.203)

Le résultat ? on peut le deviner aisément dans les données présentes – *serait de confirmer que la dépression est une affection psychique (ou psychosomatique) du registre de l'humeur, et qu'elle relève désormais plutôt d'une médecine générale sommairement prescriptive. Cette médecine générale croit pouvoir se passer de la connaissance psychopathologique et se dispenser de la durée nécessaire de l'attention.*
... Si la dépression se guérit aisément par des molécules appropriées, alors c'est qu'elle n'était qu'une affection simple et que le recours à la psychothérapie ne se justifie pas ! (204)

... Mais on ne peut pas, pour autant, en inférer (en déduire) que la notion psychothérapique de dépression est devenue purement et simplement obsolète... (207)

La phénoménalité de la dépression renvoie à des modifications de l'« être au monde » par son état déprimé. Ces modifications, non-réductibles aux symptômes qu'elle comporte, qualifient la sphère biopsychique de la dépression. (208)

Il ressort de l'ensemble de ces travaux que l'une des particularités de l'état déprimé, c'est **sa relation interne avec l'émergence du sens** (du psychique) dans les formes élémentaires du contact et de la résonance, dés qu'il y a communication humaine. Selon une orientation voisine, on pourrait dire que **l'état déprimé survient là où la vie psychique (« biopsychique ») n'a pas pu se donner la dépressivité** (le mouvement, la mobilité – JS) nécessaire.

La distinction ici avancée entre **capacité dépressive** (dépressivité) et **état déprimé** (ou « dépression ») aurait l'avantage de faire concevoir la vie psychique comme cette dépressivité nécessaire à la vie pour rester vivante et ainsi se soustraire à l'excès des excitations.

La question alors se déplace et devient celle-ci :

Comment et pourquoi qlqu'1 devient-il déprimé ? Ou encore :

En quoi l'état déprimé peut-il avoir cette fonction de survie au détriment de la dépressivité de la vie psychique ? (212)

On dispose aujourd'hui des **moyens pharmacothérapeutiques** permettant de faire disparaître les symptômes de la dépression. Et cela est fort appréciable, lorsque ces symptômes (notamment angoisse et inhibition) empêchent l'engagement ou la poursuite d'un travail analytique (*suivant une prescription fine du psychiatre, issue d'une observation clinique, pour apprécier non seulement le choix du médicament, mais aussi la dynamique du traitement dans son ensemble*). (217)

Avec la psychopathologie nous disposons de cette **vue** et de cette **compréhension** des conditions que l'individu s'est donné pour pallier (atténuer) des états de carence ou s'adapter dans des situations de détresse, afin d'assurer sa survie. (221)

Le retrait dépressif peut être tenu pour une **défense psychologique** (inconsciente – JS) contre cet acharnement de la vie (*ou*, des circonstances désagréables que rencontre le sujet sur sa route – JS) à vouloir faire vivre, alors que le soulagement serait de mourir instantanément « sans s'en apercevoir » dit Hervé (7 ans).

L'observation psychopathologique que **l'enfant** développe sur le comportement de l'adulte (ici sa mère) et **la compréhension qu'il en acquiert** ressemblent à une **condition de survie**, tant lui est directement sensible et, tant il partage le désespoir meurtrier auquel il assiste et participe quotidiennement. Et **l'enclavement de l'observation**, entraîne l'enfant à se reconnaître dans sa *vie psychique*, pour autant qu'il peut **s'identifier de façon empathique** à certains des mouvements psychiques et corporels de sa mère suscitant sa peur...

L'empathie est peut être ce mouvement animiste (issu de la croyance qui attribue une âme aux animaux, aux phénomènes et aux objets naturels – JS) issu de la peur suscitée par l'autre. **Elle est certainement à la source d'une psychopathologie** et elle est ainsi **la condition d'une subjectivation de l'hostilité et de la haine**. Dans le cas d'Hervé, on pourrait dire que l'« obésité dépressive » offre l'avantage d'une formule en raccourci : il s'agit bien pour lui de rendre possible, sur ce mode dépressif, une protection contre l'effraction (traumatisme – JS) trop forte qui le priverait de sa capacité d'observation intense isolée. Mais il me semble aussi que l'enclavement (le gel – JS) de cette capacité d'observation psychopathologique – corrélative à ce sentiment d'impuissance à devenir le thérapeute de sa mère – constitue le risque d'1 auto-enfermement. La psychothérapie s'impose ici, à ce moment précis. (224.225)

Les conditions d'épuisement psychique et physique dans lesquelles est arrivée **Tatiana**, après 1 long séjour dans 1 service de médecine générale où elle était hospitalisée *à la suite* d'1 **état anorexique grave**, me donnaient tout au moins à voir à quelles limites peut parvenir **la dépression** et mettre en danger le sujet. Ou bien encore : **l'état déprimé** – dans sa composante hystérique – porte très loin (à la limite) **la préservation défensive de la vie, grâce à une identification à la mort**.

... Lorsque j'ai pris contact avec 1 **collègue psychiatre** pour qu'il la reçoive sur-le-champ, **elle accepta sans hésiter**. Je lui expliquait, en effet, que **son état d'épuisement me paraissait lui faire courir le risque d'abîmer ses réserves cachées** : une sensibilité et une intelligence vives, 1 charme qui transparaissait au travers de l'état d'extrême épuisement.

Je lui dis aussi que *j'acceptais de m'occuper d'elle, mais que nous devons nous faire aider 1 peu au début* (j'insiste sur cette formulation comportant ce « nous »).

Elle se savait extrêmement fragile et il lui était tout à fait clair que **l'amélioration de son état anticipait sur ses moyens réels de sortir de la dépression**. Elle pressentait notamment que les antidépresseurs la réveillaient trop tôt le matin, voire **trop intensément**. Elle avait besoin de **prendre le temps de se réveiller d'elle-même**. Tandis qu'elle continuait de ressentir une « tristesse au fond » et 1 engourdissement anesthésique continu, elle se donnait à elle-même l'impression de ne **pas être dans ses vrais sentiments**.

Certes accomplissait-elle + aisément certaines tâches quotidiennes, elle pouvait aussi retrouver des contacts sociaux, mais, pour elle, ce n'était pas ainsi qu'elle aimait se ressentir...

... **Sa mère**, disait-elle, était une sorte d'insecte, forme tentaculaire dont elle voulait se défaire, mais dont elle ne pouvait pas se passer, comme si cette forme la pénétrait et la tenaillait. Et la haine que lui inspirait parfois l'emprise de sa mère sur sa propre vie psychique et sexuelle lui faisait courir le risque d'1 retournement contre elle-même de sa propre destructivité. La haine est ainsi faite qu'elle cherche à arracher de soi l'objet qu'elle vise.(228)

Dans **la psychothérapie des états déprimés**, il est de la + grande importance de [prendre le temps de la reconnaissance](#) – [de la dénomination](#) et [de la nomination](#) – des affects et de leur tonalité sous-jacents à l'état déprimé.

[L'émergence progressive des sentiments, des émotions, des sensations](#), voire même seulement [d'impressions](#), apporte en même temps [des perceptions intérieures](#) des temps de la vie psychique. Certes cela passe-t-il par une **dépendance souvent très intense au thérapeute**...(230)

il ne suffirait pas de prétendre ici que le thérapeute doit disposer de la sincérité de ce qu'il éprouve avec son patient. Et le terme **d'empathie** est déjà trop savant pour désigner 1 « partage » des affects.

Souvent, [l'analyste](#) éprouve en présence de son patient 1 mélange d'amour et de haine, dans lequel il a peine à reconnaître ce qu'il ressent **personnellement**. Ce mélange est d'abord celui que le déprimé suscite chez ses proches et qui commande de leur part des comportements convenus.

[C'est seulement lorsque l'attention se donne la tranquillité silencieuse des résonances que le patient déprimé peut s'apaiser et se réapproprier des sentiments humains.](#)

En écoutant **les patients déprimés**, on se place dans cette situation où ce qui est éprouvé indique que le patient n'est pas encore en mesure de ressentir les émotions diverses que la dépression a figées. En 1 sens, la dépression est l'étouffement d'une discordance : l'autre est incapable de la tonalité qui correspondrait à la reconstitution d'1 miroir sonore de soi. Dans la psychothérapie, l'analyste n'est jamais sûr d'y parvenir. Et il n'y a aucune technique qui puisse aider à trouver l'accord(juste et harmonieux – JS). Aussi puissante que soit la demande affective du déprimé, ce que celui-ci recherche ne serait pas autre chose que la résonance tonale grâce à laquelle il commence à se reconnaître(...à se Re-trouver, retrouver son être authentique et originel et se remettre au diapason avec lui – JS). Ce n'est pas grand-chose et **c'est pourtant l'essentiel**.(231.232)

[L'action du psychique sur le psychique](#), pose donc l'expérience d'une mobilité indispensable aux fonctions de **projection** et d'**identification**.(233)

Le symptôme est la forme que prend l'appareil psychique au cours du **processus d'individuation** : de même que le rêve et le transfert(qui peuvent être tenus pour « symptômes »), le symptôme comporte une mémoire onto- et phylogénétique (développement et étude de l'évolution – JS) de forme ancestrale incompréhensibles au sujet lui-même ; le symptôme emprunte des expressions énigmatiques pour le Moi, auquel il est étranger.(235)

*J'ai soutenu ici l'idée qu'**une psychothérapie s'engage au regard du symptôme**, mais touche aux **formations les + archaïques de la vie psychique**. Et, en ce sens, [la compréhension psychopathologique est inhérente à la régression nécessaire au thérapeute pour travailler avec son patient.](#)*

Il est vrai que selon cette acception, [la psychopathologie ne peut s'entendre que dans son concept psychanalytique](#).(242)