

# DEPRESSIONS ET DEPRESSION PSYCHO-SOMATIQUE

*Mostefa RAHMANIA*

-I.P.S.E- UNIVERSITE D'ALGER

L'intérêt pour la dépression est sans cesse croissant. De nombreuses publications accompagnées souvent d'observations cliniques attestent de cet intérêt suscité notamment par la morbidité particulière de cette pathologie et par l'évolution en pointe de la demande de prise en charge de déprimés.

En effet, "il suffit de regarder les gens dans les rues pour se convaincre que notre monde actuel est un monde de déprimés" (1)

La lecture de certains travaux fait remarquer que la clinique de ces déprimés ne renvoie pas à un seul cadre nosologique et aboutit à mettre en cause l'idée d'une seule entité dépressive. Autrement dit, il existerait une variété de dépressions qui se distinguent par leur étiologie, leur symptomatologie et leur cadre de référence.

A quels fondements cliniques, théoriques se rattache chacune d'elle? Comment les différencier?.

L'objet de ce papier est de tenter de répondre à ces questions d'abord par un rappel des différentes structures dépressives que l'on distinguera autant faire se peut par leurs critères spécifiques. Dans le même temps, on évoquera les aspects théoriques, et méta-psychologiques fondamentaux avancés par diverses écoles.

Une place relativement plus importante sera cependant accordée à la dépression psycho-somatique en raison de nombreuses recherches dont elle fait l'objet actuellement.

## **La dépression comme entité: un problème de définition**

La difficulté à définir la dépression comme entité nosologique observée tant dans les écrits qu'à travers les points de vue formulés au cours des congrès et séminaires sur le thème, conforte les tenants d'une variété d'entités dépressives.

Pour preuve, dans la définition de la dépression proposée NACHT et RACAMIER pour rallier les positions contraires, à savoir "un état pa-

thologique de souffrance psychique et de culpabilité conscientes accompagnées d'un abaissement marqué de sentiments de valeur personnelle et d'une diminution non déficitaire de l'activité mentale, psycho-motrice et même organique" (2), un terme au moins celui de culpabilité n'est pas unanimement accepté. L'épithète "consciente" accentue le désaccord.

Certes, toute tentative de définition s'avère simplificatrice et réductrice, faut-il pour autant admettre l'existence d'une variété d'entités dépressives? et lesquelles?

### **Pour une typologie des dépressions:**

Il nous semble qu'un retour aux écrits de Freud s'impose: Nous ne verrons que mieux l'évolution des courants sur la question.

Dans "Inhibition, symptômes et angoisse", Freud rattache l'angoisse, source de déplaisir à l'absence d'investissement de l'objet maternel, ressentie comme une perte, même si cette absence n'est que temporaire. S'établit depuis la corrélation entre l'angoisse de séparation, la douleur et la dépression.

Des travaux engagés dans des créneaux très précis et appuyés sur des études expérimentales confirment l'hypothèse de Freud: l'inhibition est liée à un facteur général de dépression, si bien qu'on hésite à parler de dépression en l'absence d'inhibition.

Il en est de même de l'anxiété et de la dépression qui "entre tiennent des rapports dialectiques parfois subtils" (3).

-WILDLOCHER pense que "l'inhibition générale de l'activité est un mécanisme fondamental et peut être la voie finale commune de la maladie dépressive" (4). Le lien est si étroit qu'il parlera d'inhibition dépressive.

BOWLBY relie les états dépressifs à l'angoisse de la naissance qui découle de la rupture symbiotique, de la perte du paradis perdu que représentait la vie intra-utérine.

Des recherches poursuivies notamment par SPITZ autour de cette notion de rupture et de perte ont enrichi notablement le tableau de la clinique dépressive et ont fait observer que la dépression sous sa forme précoce et la plus élémentaire, appelée depuis dépression anaclitique du nourrisson, constitue un élément capital dans la compréhension générale du "phénomène dépression", même si "cette corrélation entre l'état dépressif et la rupture avec la mère n'est établie de façon probante que

chez le jeune enfant" (5).

Colette CHILAND appuie cette thèse et estime que la dépression anaclitique risque d'aboutir à des dépressions chroniques chez l'enfant.

La question s'est alors posée au niveau étiologique de savoir si une perturbation du comportement qualitatif maternel et/ou un déficit quantitatif dans la relation mère/enfant entre dans la genèse du noyau de la dépression chez l'adulte.

Le point de vue psychanalytique, en mettant en exergue l'aspect psycho-dynamique dans la structuration et le développement de la personnalité admet le lien entre les carences affectives de l'enfant et la dépression de l'adulte.

MELANIE KLEIN (6) distingue dans sa théorie, l'angoisse de séparation qu'elle qualifie d'objective parce que l'enfant réagit aux frustrations que provoque l'absence de la mère, de l'angoisse névrotique liée à l'instinct de mort qui découle de la crainte que ses pulsions sadiques ne le privent à jamais de sa mère. Ces pulsions, entraînent des fantasmes de persécution dûs à l'angoisse d'être, en guise de punition, anéanti par la mère. Mais une fois que celle-ci sera perçue comme objet entier, après union des deux objets partiels bon/mauvais, auparavant clivés, l'angoisse de persécution sera élaborée en angoisse dépressive que M. KLEIN qualifiera de position dépressive, état qui correspond à un stade de développement psycho-affectif que l'enfant atteint vers six mois.

A partir de cette angoisse dépressive née donc de la peur de perdre l'objet après l'avoir détruit, l'enfant développera des défenses dont la qualité dépendra des relations (bonnes ou mauvaises) avec sa mère et de sa capacité "de restaurer et de réparer l'objet et d'aboutir à une bonne ou une mauvaise résolution de la position dépressive" (7). Sa non-résolution conduit à la formation du noyau dépressif.

- Dans le même ordre d'idée, AJURIAGUERRA évoque la dépression réactionnelle qui porte d'ailleurs mal son nom car derrière son allure réactionnelle, trompeuse face à une rupture familiale (divorce, scolarisation, mise en pension), elle ne fait que raviver d'anciens aspects, liés à une perte d'objet antérieure.

Mais c'est surtout autour des processus économiques et dynamiques impliqués dans l'auto-dépréciation, la culpabilité, la baisse du tonus libidinal que certains chefs de file de la psychanalyse distinguent d'autres formes dépressives.

- La dépression d'infériorité que PASCHE décrit comme "la forme la plus purement dépressive, se traduit par la dévalorisation de soi-même et l'auto-dépréciation douloureuse excluant toute culpabilité consciente" (8). Le dépressif a le sentiment d'être inférieur dans la réussite comme dans l'échec, dans le plaisir comme dans sa privation.

- Ce sentiment d'infériorité qui découle d'un masochisme moral omniprésent ne se retrouve pas dans la dépression névrotique que GRUNBERGER définit comme l'aboutissement d'un désinvestissement du moi résultant d'un "processus qui témoigne des ratés de l'équilibre narcissique en général d'un système imparfait et dont les symptômes sont une certaine aboulie, une fatigue objectivement injustifiable voire paradoxale, un manque d'entrain, un malaise indéfinissable" (9)

Cependant l'organisation économique du dépressif névrotique, grâce à ses aménagements défensifs spécifiques le protège contre la dépression grave ou mélancolique.... et parce qu'elle "ne comporte nullement de sanction fatale" (10).

-La tendance thanatotrope avec son caractère inéluctable du suicide signe la dépression mélancolique. A la différence de la dépression classique, celle-ci ne résulte pas d'un conflit pulsionnel mais elle est la conséquence d'une certaine position originelle en rapport avec l'angoisse de la naissance. Freud la rattache également à un trouble du narcissisme dès lors qu'il définit la mélancolie (et la seule d'ailleurs utilisée sous ce terme) comme une névrose narcissique.

Quant à sa symptomatologie, elle est constituée par deux éléments importants: le désinvestissement narcissique et la révolte contre sa propre personne et sa déchéance accompagnés d'abattement et d'un fort sentiment de culpabilité qui apparaît comme un besoin de punition et qui découle d'un conflit entre Moi et Surmoi.

"C'est avec le Surmoi que le Moi est en conflit, précise PASCHE, Le Surmoi accuse mais à un autre niveau (il s'agit d'un noyau plus primitif peut être non encore introjecté) il fait honte également" (11).

Ce noyau primitif ne serait-il pas cet idéal du moi qu'évoque GRUNBERGER et à qui elle accorde le statut d'instance à part entière? Dans la dépression mélancolique, c'est le "conflit permanent entre le moi et l'idéal de moi du sujet qui a abouti à l'affaiblissement systémique du premier" et ajoute t-elle "parce que l'idéal du moi du sujet a été déçu, non pas parce qu'il a été coupable mais parce qu'il n'a pas pu surmonter sa culpabilité" (12).

Le point de vue de BERGERET n'est pas différent du précédent puisqu'il souligne la toute puissance de l'idéal du Moi face à la constitution inachevée de Surmoi paternel (13).

- **La dépression essentielle**, dernière forme dépressive que nous rappellerons, échappe aux cadres cliniques et aux hypothèses métapsychologiques connus jusqu'alors. Comme son nom l'indique, c'est une dépression sans objet, de cause inconnue et indépendante des structures morbides déjà décrites.

Appelée d'abord par MARTY, dépression psychosomatique, la D.E. se dessine comme le "tableau d'une crise dans bruit... Les patients ne demandent rien parce qu'ils ne souffrent guère". (14).

Le drame n'est donc pas visible, encore moins prévisible. Seul le contact psychanalytique, assure MARTY révèle une disparition du tonus libidinal à la fois objectal et narcissique, autrement dit un désinvestissement de l'objet et désinvestissement du moi propre et paradoxalement, il n'y a pas de la part du sujet, de recours, ni intérieur, ni extérieur.

La pensée opératoire qui s'installe et dès lors engage le dépressif essentiel dans la factuel, se caractérise par la coupure avec la vie consciente, la désorganisation générale de la vie mentale, l'effacement des fonctions capitales (identification, projection, déplacement, condensation, association) et enfin désinvestissement par voie de conséquence des relations affectives. Cependant le sentiment de valeur personnelle affectives, le self-esteem est conservé.

En outre, cette désorganisation mentale se dissimule derrière le masque social de la bienséance et l'apparence en société trompe l'entourage désoriente le thérapeute.

Les deux termes-clefs: disparition de la libido, morcellement fonctionnel, signent, selon MARTY, la pulsion de mort.

Les dépressifs essentiels, à la différence des autres dépressifs "portent en eux des phénomènes de mort" (15). mais sans signes annonciateurs et sans "raccrochage libidinal", observés dans les états dépressifs classiques où le processus enclenche des mécanismes régressifs dans une tentative de reprise objectale ou narcissique.

Le suicide survient, selon l'expression de GRUNBERGER "comme un coup de tonnerre dans un ciel serein".

L'approche interprétative est également différente, faisant intervenir les deux topiques (16).

Au niveau de la première, le préconscient disjoncté n'assume plus son rôle de régulation et de coordination entre l'inconscient et le conscient. Tout se passe alors comme si l'inconscient se trouvant cadencé, la vie pulsionnelle est mise entre parenthèses: Le courant bloqué, il n'y a plus de transmission pulsionnelle au préconscient qui d'ordinaire agit comme bouclier ou filtre et protège la vie consciente des turbulences et des débordements de l'inconscient.

Cette régulation homéostatique une fois rompue, provoque "l'effacement des défenses mentales et biologiques" et la faillite de la fonction onirique et fantasmatique. De la qualité du préconscient affirme MARTY, dépend celle de "l'organisation des défenses psychiques, de résistance ou au contraire, la vulnérabilité vis à vis des situations traumatiques". (17).

Cependant, le préconscient continue d'être le récepteur des images venant de l'extérieur, le passage reste donc ouvert à sens unique, du dehors vers le dedans "ou s'engouffrent sans filtrage les impacts traumatiques" (18).

Le sujet ne fonctionne dès lors qu'à travers une modalité de pensée de type opératoire, expression clinique du morcellement fonctionnel.

Au niveau de la deuxième topique, le surmoi d'ordinaire représentant les règles et les interdits, semble en retrait, régressant vers l'un de ses éléments archaïques et à l'origine un de ses éléments fondateurs, le Moi-Idéal, c'est ce Moi-Idéal, dénommé par certains Surmoi collectif qui transparait à travers le masque de la bienséance qu'affiche en société le dépressif essentiel.

Pour nous résumer, la dépression essentielle par l'absence de symptomatologie franche, l'absence de stimulus déclencheur diffère totalement des autres formes dépressives. Son approche clinique tout aussi particulière (quand on réussit à la déceler) est fondée pour une grande part sur la vigilance du thérapeute, sa quête d'une réponse libidinale en vue de susciter le "réveil" des défenses et un raccrochage possible.

"Se rapprocher au plus près du patient pour lui faciliter l'investissement d'une identification possible" est la principale recommandation de MARTY aux thérapeutes.

Au total les tentatives d'élaboration théorique ou métapsychologiques, les approches cliniques qui diffèrent les unes des autres selon la dépression considérée, militent en faveur d'une variété de structures dépressives et tranchent avec les conceptions réductrices notamment celle plus radicale des psychiatres Anglais GRINKER et SANDLER (\*) qui, non seulement refusent de considérer toute dépression comme entité, mais encore l'assimilent à "une réponse affective fondamentale" un symptôme susceptible d'accompagner toutes les entités nosologiques vraies".

Il demeure que l'utilité de la spécification des états dépressifs s'observera dans le mode de prise en charge adapté à chaque type de déprimés, s'appuyant éventuellement sur l'usage d'échelles comme l'échelle de ralentissement dépressif de WILDLÖCHER, l'échelle de dépression de HAMILTON, l'échelle de GUELFY et PULL....., pour tenter en isolant le mécanisme fondamental (en rapport avec l'inhibition, l'angoisse ou le désinvestissement libidinal etc...), en évaluant le niveau et l'importance de l'état dépressif, d'y répondre par une thérapeutique adéquate.

- (1) NACHT (S), RACAMIER (P.C): La dépression, rev. franç. Psychanal. 32,3 P. 569, 1968
- (2) NACHT (S), RACAMIER (L.C): La dépression, op. cit. P. 570.
- (3) GINESTET (D): Anxiété et Dépression, Diagnostic et traitement de la dépression symposium "Quo-Vadis?" SANOFI, 11-12 Mai 1987- Montpellier.
- (4) WIDLOCHER (D): Inhibition et dépression, diagnostic et traitement de la dépression o.p cit.p. 74 Etude clinique des état depressifs in Contribution à l'etude des dépressions
- (5) PENOT (P): Psychiatrie de l'enfant V. XVI, fasc. 2. 1973.
- (6) KLEIN (M): Essais de psychanalyse, Payot, Paris- 1972.
- (7) LUSTIN (J.J): Clinique infantile, PP 212-300 in Psychopathologie infantile in psychologie pathologique de J. BERGERET. MASSON 1982.
- (8) PASCHE (F): De la dépression, rev. Franç. psychanal. 27, 2-3, 191-258, 1963
- (9) GRUNBERGER (B): Le suicide du mélancolique, rev. franç. Psychanal. 32, 3, PP. 574-594-1968.
- (10) GRUNBERGER (B): op. cit, p. 583
- (11) PASCHE (F): Intervention aus séminaire sur la Dépression, rev. franç. psychanal. p 185- 29. 1965.
- (12) GRUNBERGER (B): Etude sur la depression, Rev. Franc. Psychand, 29, 163-182-1965
- (13) BERGERET (J): Dépressivité et dépression dans le cadre de l'oganisation désive- Rev franç. Psychanal. 5.6.1976
- (14) MARTY (P): Mouvements individuels de vie et de mort, (essai d'économie- Psycho-somatique. Payot 1976. 297. (247p).
- (15) MARTY (P): La dépression essentielle, VIII séminaire de perfectionnement Rev. Franç. Psychanal. 32, 3, P 597, 1968.
- (16) KREISLER (L.): L'enfant du désordre psychosomatique, Rencontres cliniques Toulouse, PRIVAT, 1981. 400P.
- (17) MARTY (P): La dépression essentielle, op.cit. p 598
- (18) PENOT (B): op.cit. p.320
- (\* C'est ainsi que ces auteurs limitent la dépression anaclitique de SPITZ à "une réaction psycho-physiologique de déprivation.