

Catherine Chabert
Estelle Louët
François-David Camps

Dépressions extrêmes

Approche psychanalytique
et projective

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-072997-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Introduction</i>	5
CHAPITRE 1 – THÉORIES ET CLINIQUES (CATHERINE CHABERT)	11
1. Clinique	13
2. S. Freud : repères métapsychologiques	18
3. La culpabilité	34
4. Autour de Freud : Karl Abraham, Mélanie Klein	36
5. Après Freud	40
6. Moments mélancoliques, mouvements maniaques	44
CHAPITRE 2 – DÉPRESSIONS AUX LIMITES : DEUILS OU MÉLANCOLIES (ESTELLE LOUËT)	51
1. De la pertinence de la notion de deuil pathologique	53
2. La conversion hystérique : une voie extrême de traitement de la dépression ?	71
3. Les concepts de mélancolie et de manie sont-ils solubles dans les troubles bipolaires ?	87
CHAPITRE 3 – DÉPRESSIONS IMPOSSIBLES (FRANÇOIS-DAVID CAMPS)	109
1. Lutte antidépressive et dépression blanche	112
2. Le deuil figé : un destin de la névrose obsessionnelle	119
3. La douleur contre la souffrance : les aménagements pervers	131
4. Psychose et dépression impossible	137
ANNEXES – INDICES DE DÉPRESSION AU RORSCHACH ET AU TAT	151
1. L'étude de la dépression aux épreuves projectives	153
2. Protocoles de Sylvia, 65 ans	159
3. Protocoles d'Hania, 21 ans	164
4. Feuille de dépouillement du TAT (2002)	170
<i>Bibliographie</i>	173



Introduction

La dépression relève-t-elle de la maladie psychique ou bien peut-elle être considérée comme un état naturel de la condition humaine ? Les très nombreux travaux qui la concernent et qui s'attachent soit à en déterminer l'étiologie, soit à en chercher le sens, ont tous pour objectif de trouver les moyens thérapeutiques susceptibles d'en apaiser les effets, de la soigner sinon de la guérir. Rares sont les troubles psychiques qui ont constitué avec autant d'intensité et de constance un pôle d'attraction aussi vif, comme si, en effet, les dépressions, par leurs résistances, continuaient de provoquer scandaleusement tous ceux qui tentent de la traiter.

Avant de nous engager dans cette étude consacrée aux « dépressions extrêmes », il nous faut souligner un certain nombre de constats qui confèrent toute leur actualité à ces pathologies et d'abord, la pluralité des formes dépressives et la nécessité de les distinguer. Cela va à l'encontre de la généralisation qui tend à englober sous l'étiquette « dépression » tous les symptômes connus ou non, et s'attache presque exclusivement aux phénomènes sans prendre en compte les modalités de fonctionnement psychique qui les sous-tendent. Si le risque de confusion menace l'approche profane qui consiste à nommer « dépression » tout trouble psychique, il est tout aussi présent dans l'assignation diagnostique qui ramène systématiquement aux « troubles bipolaires » les caractéristiques essentielles des maladies dépressives.

Les modalités de compréhension, d'interprétation et donc de traitement des troubles dépressifs s'inscrivent dans une démarche qui relève d'une logique où le lien de cause à effet prévaut : on est déprimé *parce que...* et les déterminismes s'enchaînent dans l'entrelacement d'ancrages génétiques et d'événements de la vie ! Cependant, la reconnaissance des « causes » et les entreprises thérapeutiques qui les mettent au jour ou tentent de les annuler ne permettent pas toujours de lever la symptomatologie dépressive, peu s'en faut. Les dépressions sont rebelles et les résistances aux traitements ne sont pas rares : parmi les motifs les plus importants d'élaboration de ce livre, le questionnement et la recherche de ce qui, en termes de conduites psychiques, s'oppose à la sédation durable de la maladie dépressive constitue un objectif majeur. On le sait, certaines traversées dépressives s'inscrivent dans

l'événement: une perte, un deuil, une rupture voire une déception sont susceptibles de précipiter un individu, quel qu'il soit, dans une bascule dépressive témoignant de la symptomatologie la plus courante et la plus douloureuse. Ce type de dépression relève de «réactions» à la perte qui font partie de modalités de fonctionnement psychique «normales», au point que l'inverse – c'est-à-dire l'indifférence apparente, l'absence de réaction à une atteinte importante – peut être considéré comme suspect, et parfois même inquiétant.

La difficulté réside plutôt dans le fait que ce schéma «normal» devienne normatif et soit pris comme modèle univoque alors qu'en vérité, il n'est pertinent que pour certaines formes dépressives et se révèle inadéquat pour d'autres, plus complexes et parfois plus graves. Sans évoquer encore les passages dépressifs associés à des transformations liées à des événements *internes*, il faut rappeler tous ceux qui ne peuvent être rattachés à une cause repérable et qui semblent surgir parfois très brutalement, sans signe précurseur et sans facteur déterminant. Le saut est tout aussi rapide, qui consiste alors à considérer que ce sont l'hérédité – la génétique – et les facteurs biologiques qui président à ces décompensations.

Comme le souligne D. Widlöcher (1983), les formes cliniques des dépressions sont extrêmement variables et en même temps susceptibles de montrer des éléments communs qui permettent d'en identifier l'essence, au-delà des manifestations observables, au sein du fonctionnement psychique et donc de l'organisation psychopathologique éventuellement sous-jacente. Cela implique une recherche clinique individuelle, certes, mais signifie aussi qu'une approche transnosographique de la dépression demeure pertinente dans une démarche psychopathologique qui se reconnaît comme telle. Dans cette perspective, le recours à la métapsychologie psychanalytique s'avère extrêmement précieux pour saisir les modalités singulières de la clinique dépressive, si l'on s'accorde à penser que celle-ci *relève toujours du traitement de la perte*. Le passage est ainsi assuré entre des phénomènes observables – les signes de la clinique dépressive – et l'étude d'une problématique fondamentale, inéluctable, qui relève de la

confrontation à la perte et de la manière dont chacun est capable de la traiter psychiquement.

Nous avons décidé, dans cet ouvrage, de nous confronter à ce que nous appelons les « dépressions extrêmes ». Au regard de ce que nous venons d'évoquer, elles concernent des formes dépressives « aux limites » dont nous pouvons dégager les deux pôles :

- soit l'absence quasi totale d'indices dépressifs aussi bien au niveau manifeste – celui du comportement et au sein même du discours du patient – qu'au niveau latent – celui du fonctionnement psychique, compris au sens profond du terme ;
- soit la présence massive de caractéristiques dépressives extrêmement graves, repérables également aussi bien aux niveaux manifeste que latent.

Ces deux polarités ne recouvrent pas seulement l'opposition d'états de l'humeur, qu'il s'agisse de la manie-mélancolie ou des troubles bipolaires. Certes, ces états constituent la toile de fond, au sens littéral, le tissu en quelque sorte, du fonctionnement psychique ; mais nous avons choisi de nous attacher davantage aux articulations de l'économie pulsionnelle qui occupent le devant de la scène avec les perspectives dynamique et topique qu'elles risquent de masquer sinon d'effacer dans des situations cliniques si impressionnantes qu'elles sidèrent le clinicien et l'empêchent de penser.

Cependant, il ne faudrait pas se méprendre : l'humeur et les états d'affects dont elle témoigne constituent pour nous un objet d'étude essentiel. Notre préoccupation concerne son approfondissement par la prise en compte, dans l'analyse que nous en proposons, des différentes composantes psychiques impliquées, même lorsqu'elles apparaissent par défaut ou par excès, dans la mesure où l'un et l'autre brouillent les voies d'investigation par la massivité symptomatique qu'ils imposent.

Dans une démarche fondamentalement clinique et en référence au modèle psychanalytique du fonctionnement psychique, nous proposons d'analyser, à partir des apports de la clinique projective,

des situations psychopathologiques originales, parfois rares voire exceptionnelles qui nous permettront d'avancer dans la recherche sur les pathologies dépressives et leur traitement. Dans la dialectique du normal et du pathologique, on admet aujourd'hui que la pathologie offre un grossissement fécond pour saisir des conduites psychiques ordinaires : nous pensons que les maladies psychiques très graves peuvent également contribuer de manière substantielle à l'étude de troubles psychiques apparemment moins inquiétants mais qui résistent étonnamment aux entreprises thérapeutiques, quelles qu'elles soient, ce qui peut lourdement emboliser la vie du sujet qui en souffre.

Le premier chapitre de cet ouvrage sera consacré aux travaux théoriques et cliniques en psychopathologie psychanalytique : la référence à la métapsychologie nous paraît essentielle dans cette démarche, non pas pour un usage dogmatique qui viendrait « expliquer » les phénomènes cliniques en les enfermant dans des catégories conceptuelles aussi rigides que certaines classifications nosologiques, mais plutôt pour un rappel des données essentielles susceptibles d'être mises à l'épreuve et donc nuancées, modifiées voire transformées par les formes cliniques étudiées.

Dans un second chapitre, nous nous attacherons à l'étude des traductions aux méthodes projectives des pathologies dépressives particulièrement sévères que sont les deuils pathologiques et les troubles bipolaires. Comment les troubles psychiatriques sont-ils susceptibles d'être appréhendés par une approche psychopathologique et psychanalytique des épreuves projectives ? Il finira par une étude de l'hystérie pour questionner les aléas du travail de dépression pouvant conduire à des solutions conversives.

Le troisième chapitre interrogera les processus qui rendent impossible le déploiement d'une dépression, provoquant des « dépressions blanches ». Nous mettrons en lumière, à travers la médiation des épreuves projectives, les aléas de la lutte antidépressive à l'œuvre dans des fonctionnements psychiques aussi divers que des organisations obsessionnelles, limites ou psychotiques et dans des cliniques de l'extrême comme le syndrome de Diogène ou les pratiques masochistes de la suspension corporelle.

Chapitre 1

Théories et cliniques¹

1. Par Catherine Chabert.



Sommaire

1. Clinique	13
2. S. Freud : repères métapsychologiques.....	18
3. La culpabilité.....	34
4. Autour de Freud : Karl Abraham, Mélanie Klein	36
5. Après Freud.....	40
6. Moments mélancoliques, mouvements maniaques	44

De quelles manières la démarche clinique en psychopathologie et l'usage du modèle psychanalytique du fonctionnement psychique sont-ils susceptibles de contribuer à l'étude des formes les plus aiguës et les plus lourdes de la dépression ? C'est cette première question qui sous-tend notre projet, à laquelle s'associe immédiatement la seconde : par quelles voies la méthodologie projective est-elle susceptible d'éclairer et d'approfondir l'étude des dépressions extrêmes ?

Nous proposerons dans ce chapitre deux axes de travail :

- le premier se donnera pour objectif la reprise des principaux concepts freudiens pertinents au regard des problématiques dépressives en rappelant les développements indispensables à la métapsychologie de la perte dans l'œuvre de Freud et de quelques-uns de ses successeurs ;
- le second interrogera d'autres notions analytiques plus précisément convoquées par le caractère massif des atteintes dépressives et parmi elles : l'angoisse et la douleur, toujours présentes dans les dépressions ; le masochisme, qui contraint à la souffrance et empêche l'accès à d'autres formes de plaisir ; la compulsion de répétition qui impose le maintien du même et s'oppose au changement ; la question de la projection et de la sensibilité, habituellement assignées aux mouvements paranoïaques ; les alternances maniaques et leur contribution au traitement de l'angoisse dépressive.

1. Clinique

La confrontation à la clinique contemporaine des dépressions nous conduit à mettre régulièrement à l'épreuve les constructions ou les modèles qui ont tenté d'en rendre compte. Pour D. Widlöcher (1983), la méthode clinique s'impose d'abord et, pour reconnaître la dépression, il est indispensable d'en repérer les signes. Le premier temps de l'observation consiste à rassembler les données conformes au tableau de la dépression : angoisses,

sentiments d'échec et de désespoir, sensations de fatigue et difficultés intellectuelles sont autant d'expressions dans les plaintes du patient. Le clinicien les écoute et note le comportement abattu, la mimique figée, le débit lent et entrecoupé de silences.

Le syndrome dépressif présente deux traits essentiels : la tristesse et le ralentissement psychomoteur. La tristesse imprègne totalement le monde subjectif du malade : remords, nostalgie du passé, désintérêt à l'égard du présent, appréhension et craintes vis-à-vis du futur. La représentation de soi est profondément dévalorisée à travers l'expression d'un sentiment d'incapacité ou même d'autoreproches. L'entourage est désinvesti, le déprimé déclare qu'il n'a goût à rien, qu'il n'aime plus les siens : cependant, écrit D. Widlöcher, « *l'attachement aux choses et aux gens subsiste*¹ », même s'il n'en tire aucune joie. Le second caractère fondamental de la dépression est le ralentissement moteur et idéique : le ralentissement moteur est nettement observable au niveau du comportement alors que le ralentissement idéique apparaît dans la lenteur des jeux associatifs et de la pensée. Les thèmes sont répétitifs, le sujet rumine une absence d'intérêt mais, là encore, pour D. Widlöcher, il s'agit d'un faux désintérêt : « en réalité, le sujet confesse qu'il continue de s'intéresser à ses activités habituelles, aux êtres et aux valeurs qui le mobilisent en temps normal. Ce qui lui manque, c'est bien l'incitation à agir. On pourrait dire que c'est l'appétit qui lui manque, non le goût des choses² ».

D'autres symptômes sont retrouvés avec une certaine fréquence mais sans la constance de ces deux traits fondamentaux et sans leur cohérence logique : troubles du sommeil, anomalies du comportement alimentaire, troubles neurovégétatifs et perturbations fonctionnelles à travers les manifestations physiques de l'angoisse (constriction cervicale ou thoracique, vertiges), troubles du rythme cardiaque, baisse de la tension artérielle, troubles digestifs, douleurs, etc. Cependant, tous ces éléments valent moins pour le diagnostic que les deux traits fondamentaux – tristesse et ralentissement psychomoteur – sans lesquels il ne peut être établi.

1. *Ibid.*, p. 35, c'est moi qui souligne.

2. *Ibid.*, p. 36.

D. Widlöcher rappelle que si la logique de la maladie permet de mettre en place une « forme canonique » de la dépression, elle ne doit pas pour autant faire oublier les caractéristiques individuelles et donc ses variantes possibles. On décrit par exemple des formes d'intensité extrême, dont la mélancolie stuporeuse ou la mélancolie anxieuse, ou encore délirante. Dans ces trois cas, un trait fondamental est massivement aggravé : l'inhibition paralysante dans la première, l'angoisse et l'agitation masquant le ralentissement dans la seconde, l'autoaccusation déréelle dans la troisième. À l'opposé, les formes mineures ont fait l'objet d'études plus récentes : en particulier, on s'intéresse beaucoup aux dépressions masquées dans lesquelles les signes majeurs de la dépression sont au second plan et où le tableau clinique est colonisé par un symptôme peu évocateur ou par un symptôme d'allure essentiellement physique. Par exemple, on considère depuis plusieurs années que les conduites compulsives témoignent d'une lutte intense contre des éprouvés dépressifs non reconnus comme tels. Ou encore qu'un noyau mélancolique est souvent sous-jacent dans les perversions.

On peut aussi regrouper les variantes cliniques selon leur mode évolutif. La forme « canonique » est caractérisée par la dimension transitoire et périodique de la dépression. Les accès montrent une fréquence variable et l'écart entre eux change également. Cette forme périodique peut être accompagnée d'épisodes maniaques alternant avec les accès dépressifs : dans ce cas, le ralentissement dépressif s'inverse en excitation maniaque mais la tristesse demeure. Toutes ces formes appartiennent à la maladie maniaco-dépressive (aujourd'hui nommée « troubles bipolaires ») et relèvent essentiellement de la clinique psychiatrique.

Le troisième critère pour la classification des variantes cliniques est l'âge : dépressions de l'enfance, mal connues, souvent masquées par des symptômes trompeurs ; dépressions de l'adolescence, elles aussi très souvent cachées par une symptomatologie aiguë ; dépressions des personnes âgées dominées par l'anxiété. Les modalités d'apparition et de disparition des troubles peuvent aussi être analysées à différents moments de la vie chez le même individu, selon l'intensité de ses potentialités dépressives, ce qu'on appelle aujourd'hui la dépressivité.

Cependant, ces critères de classification permettent essentiellement d'appréhender les cliniques de la dépression dans le cadre d'un diagnostic en première lecture. Si l'on s'engage plus avant, non plus seulement dans la description phénoménologique, utile certes mais insuffisante, il est essentiel de saisir la place de la dépression au sein du fonctionnement psychique. Dans cette perspective, on peut établir des correspondances entre la tristesse en tant qu'*affect* (et pas seulement comme état d'humeur) et ce qui est (ou non) susceptible de lui donner sens. C'est-à-dire, construire des liaisons entre affects et représentations, liaisons dont la singularité témoigne de la nature individuelle du fonctionnement psychique. On pourra faire l'hypothèse, en revenant à Freud, que la tristesse est inéluctablement associée à la *perte*, même si l'objet de cette perte demeure énigmatique.

Par ailleurs, une autre correspondance peut être proposée entre le ralentissement psychomoteur et le désinvestissement, cette fois en termes psychanalytiques : le retrait de la libido qui porte sur le moi et/ou sur le monde, et la force des mouvements pulsionnels agressifs qui attaquent les processus de liaison. C'est alors dans la dialectique des mouvements pulsionnels que la problématique dépressive est susceptible de trouver son sens à l'intérieur de la vie psychique, dans l'articulation de la pulsionnalité et des aménagements dynamiques et topiques. Par ailleurs, les modalités d'élaboration de la perte seront modulées par les événements, par les infléchissements individuels plus ou moins intenses, ou par l'âge, certes, mais elles seront également tributaires de l'organisation psychique du sujet. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les études transnosographiques de la dépression. Il ne s'agit pas de proposer une nouvelle classification qui, cette fois, prendrait en compte le fonctionnement psychique appréhendé dans son organisation structurale ou psychopathologique : il est impossible en effet de définir des types de dépression en fonction du mode névrotique, psychotique ou « pervers » correspondant, sans sombrer dans un écueil classificatoire tout aussi discutable que certaines catégorisations psychiatriques particulièrement réductrices parce qu'elles s'en tiennent essentiellement à une approche descriptive cantonnée au phénomène. Mais il est possible d'étudier, par le détour de la métapsychologie, des figures