

DÉPRESSION: symptôme ou maladie ?

Lundi 25 juin 2012 – Paris Chaligny

Robert NEUBURGER : Psychiatre, Thérapeute de couple et de famille, président de l'association suisse de thérapie familiale, professeur honoraire de la faculté de psychologie (ULB), auteur de nombreux ouvrages traduits en plusieurs langues.

Aujourd'hui, nous avons demandé à Mr Neuburger de partager avec nous son point de vue sur ce que l'on nomme couramment : la dépression. Mr Neuburger nous a beaucoup intéressé dans sa définition plus qu'originale et très loin de la sémiologie psychiatrique actuelle. Dans son dernier ouvrage « *Exister, le plus intime et fragile des sentiments* », il développe l'idée que la dépression serait le fait de ne plus se sentir exister. « Si la vie nous est donnée, l'existence demande à être conquise », ce qui serait le cheminement de toute vie humaine.

Nous avons par ailleurs souhaité que Mr Neuburger, à partir de sa position clinique, riche de sa longue expérience, puisse nous dire quelle « posture » adopter quand on est professionnel de l'accompagnement, concerné par la relation à un autre qui parfois est touché dans sa capacité même à espérer de l'avenir, qui n'a plus le désir d'avancer, qui n'exprime qu'indifférence envers lui-même et les autres.

La dépression : symptôme ou maladie ?

Il existe un « étrange phénomène » par lequel toute société, à toutes les époques et dans tous les pays, préfère de façon générale que ses citoyens aillent bien et invente des cadres pour classer ceux qui iraient mal : ils se doivent de suivre certains « protocoles prédéfinis » et d'être « normalement anormaux ». Nous devons la découverte de ce phénomène au fondateur de l'ethnopsychiatrie, George DEVEREUX.

La dépression a eu des noms très variés selon les époques et les lieux (acétie, mélancolie, en Polynésie : avoir le « fiu », etc.). Mais la dépression est un mot valise qui peut contenir des choses extrêmement variées (tristesse, angoisse, rage, etc.). Il a permis aux laboratoires une multitude de créations marketing telles que la « dépression masquée » ou les « anti dépresseurs » qui ne sont pourtant pas ce qu'ils disent être. Ce sont des modificateurs de l'humeur, au même titre que l'alcool ou la marijuana, et non des « anti dépression ».

Avantages du diagnostic :

La dépression est une maladie sociale, c'est à dire qu'elle est socialement acceptable : elle permet entre autre d'obtenir des arrêts de travail et d'offrir aux médecins qui la diagnostiquent une certaine identité. Elle est aussi très rentable pour les laboratoires pharmaceutiques.

Inconvénients du diagnostic :

Il y a un risque d'aliénation. Il est facile d'entrer dans ce diagnostic, mais cela l'est moins d'en sortir. La prise de médicaments peut aider à surmonter certains moments de vie douloureux et pénibles, mais elle peut amener à se vivre comme malade et à s'enfermer dans une étiquette dont l'issue est de prendre des correcteurs d'humeur toute sa vie.

La dépression n'est absolument pas génétique. Il peut pourtant arriver que des psychiatres ou des médecins s'engage dans cette hypothèse. Dans « *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* », FOUCAULT démontre que l'hypothèse génétique des maladies mentales offre aux psychiatres la possibilité de ne pas guérir leur patients. Ils peuvent alors être les « gestionnaires » de la maladie. La théorie du destin génétique est une escroquerie. L'ennemi du professionnel de la santé mentale est le destin. La transmission psychique existe, mais le support génétique est une aberration.

Le second inconvénient est que ce diagnostic rend les intervenants aveugles. Lorsqu'un professionnel est « dressé » à chercher un diagnostic, nous dit Mr Neuburger, il peut être insensible aux raisons pour lesquelles le patient va présenter tel ou tel trouble.

Selon LÉVI-STRAUSS, la psychiatrie actuelle tente de chercher la différence entre la personne en face d'elle et ce qu'elle suppose être une personne normale, c'est à dire creuser la différence. Pour lui, il fallait au contraire trouver le lien, ce **qui chez l'autre correspond à quelque chose chez moi**, qui puisse me permettre de le comprendre, « *le malade, mon frère* » (*Le totémisme aujourd'hui*, Claude LÉVI-STRAUSS). Car dès lors que l'on cherche la *différence*, on ne cherche plus ni le sens ni la fonction.

Sens et fonction du symptôme

Dans une lande Irlandaise, des promeneurs observent dans le lointain un personnage s'agiter de manière très étrange : à coté d'un mur, l'homme fait de grands gestes et émet des sons bizarres et très forts. Se demandant si cet énergumène est un fou, les promeneurs s'approchent finalement de lui et du mur. Ils peuvent alors voir qu'au-dessus du mur des petites oies gigotent et que l'homme, qui n'est autre que Konrad LORENZ, imite le comportement animal d'une « maman-oie » pour les petits oisons.

La question que soulève cette petite histoire est la capacité à voir au-delà du symptôme. Aujourd'hui ce qui fait mur, c'est le symptôme. Si l'on pense la dépression comme une simple maladie, on cesse de se poser des questions. Mais si l'on considère la dépression comme un symptôme, on peut alors se rendre compte qu'aucun comportement humain n'est irrationnel. Tous les comportements humains s'expliquent de façon rationnelle dès lors que l'on obtient les informations nécessaires.

Un symptôme ne dit rien sur lui-même. Le mode dépressif est une façon d'exprimer une difficulté mais qui ne dit rien sur cette dernière. « Le chemin n'a pas qu'une voie » : il y a plus de raisons et de manières de souffrir que de moyens pour les exprimer. La nature de la souffrance n'est pas inscrite dans le symptôme.

Il est utile de mettre en pratique une « **curiosité bienveillante** », variation sur le thème de la fameuse « neutralité bienveillante » freudienne. Cette attitude est nécessaire face au patient afin de rester ouvert et à l'écoute, car le symptôme est un langage.

Une deuxième anecdote illustre la fonction du symptôme.

Un homme prend rendez-vous pour lui et son épouse.

En effet, cette dernière est déprimée depuis environ deux ans et, malgré des hospitalisations récurrentes, tous les médecins et psychiatres rencontrés et un grand nombre de thérapies entamées, cela ne s'est jamais arrangé.

On apprend que le couple est militant et très engagé dans un groupe trotskiste qui tient une place importante dans leur vie. Au fil des séances, Monsieur révèle que la dépression de sa femme a commencé lorsqu'il lui avait annoncé qu'il la quittait pour une autre femme, membre de leur groupe activiste. Ne supportant pas la nouvelle et se sentant très triste elle était allée consulter un médecin qui avait diagnostiqué une dépression et lui avait prescrit des médicaments.

Le couple est alors dans une situation délicate, car un amour sincère les unit encore malgré l'absence de sexualité et de sensualité dans leur vie de couple. À chaque tentative de séparation, Madame rechutant plus profondément dans la maladie ; Monsieur ne se résout pas à quitter sa femme dans cet état.

Les deux se retrouvent prisonniers, l'un de son affection, l'autre de son symptôme.

À travers l'histoire de cette femme, les questions posées sont :

- Pourquoi va-t-elle mal ?
- Mais surtout, pourquoi allons-nous mal lorsque l'on perd des liens importants ?
- Quel est le mécanisme qui nous amène ou non à adopter un comportement dépressif ?
- Et au fond, pourquoi ne sommes-nous pas tous déprimés ? Car au bout du compte nous aurions tous une bonne raison de l'être : notre durée de vie est limitée !

L'humanisation

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de faire la **distinction entre la vie et l'existence** :

- Vivre, renvoie au biologique. L'être humain est un tas de cellules qui a besoin de s'alimenter, de se soigner, etc.
- Exister n'a rien de biologique. L'enfant qui vient de naître ne pourra exister que s'il est humanisé. Dans le cas contraire, son développement psychique n'arrivera pas à maturité. (Cf. travaux de B. CYRULNIK).

Cette humanisation passe par deux voies :

1. L'enfant doit avoir une mère (biologique ou non), une personne prenant soin de lui, créant un lien privilégié à travers un attachement primaire, une relation fusionnelle (Cf. travaux de R. SPITZ et la dépression anaclitique). Ensuite d'autres relations viendront nourrir l'enfant. Une relation permet d'exister dans le regard de l'autre et permet à l'autre d'exister dans notre regard. C'est une réciprocité qui fait prendre consistance et fait exister.

2. L'enfant doit être identifié. Il va acquérir une appartenance identitaire :

- Il va être nommé : appartenance au groupe actuel avec le 1er prénom, appartenance souvent avec le deuxième prénom, et appartenance nationale avec la déclaration à la mairie ;
- Il va être reconnu au sein d'un groupe (c'est une fille, c'est un garçon).

Cet apport relationnel est un outil apprenant à l'enfant à créer et gérer des relations ainsi que des appartenances. Le sens de la relation s'acquiert très tôt, et selon PIAGET, le sens de l'appartenance se développe vers 4-5 ans avec les groupes de pairs.

Ces relations qui nous nourrissent

Il existe deux types de relations qui nous constituent : les **relations sujet/sujet**, et les **relations d'appartenances**.

Cette dernière dimension a longtemps été méconnue dans son importance structurante car jusqu'au siècle dernier, les relations d'appartenances étaient prédominantes et profondément ancrées (Cf. « *Mars* » de Fritz ZORN (nom de plume de Fritz ANGST = « Angoisse »!).

La pression de l'appartenance était alors vécue comme quelque chose dont il fallait se débarrasser. En un siècle de temps, la situation s'est complètement inversée : on observe de plus en plus de **pathologies liées au manque d'appartenances**.

L'appartenance peut être définie comme le fait de faire partie d'un groupe qui confère un **sentiment d'identité**.

Les appartenances sont constitutives. Elles peuvent être diverses : famille, couple, profession, religion, groupes militant, sportif ou musical, etc.

Mais sont-elles aliénantes ?

Leur contraire n'est pas l'autonomie, mais la solitude. L'être humain ne peut pas se faire auto-exister, il se nourrit à la fois de relations et d'appartenances. Selon Edgar MORIN, l'autonomie consiste (entre autre) à avoir le choix dans nos dépendances. Or, chaque appartenance est une dépendance. Nous pouvons être autonome si nous avons plusieurs appartenances permettant le choix et la possibilité de les gérer, d'en changer...

Dans notre société actuelle, tous les autres types d'appartenances sont mis à mal (identité professionnelle, indifférence sociale, grandes villes, etc.). Le couple devient alors un réservoir d'appartenances très précieux. Il offre à la fois les relations, et l'appartenance. Il engage à construire quelque chose avec l'autre : la « maison-couple ».

Dans le cas du couple militant, l'épouse allait mal car elle perdait à la fois la relation et l'appartenance en tant que support identitaire d'autant plus fort qu'ils étaient tous les deux fortement militants.

Pour bien saisir la différence entre relation et appartenance, pensons à la réflexion d'une patiente trompée par son mari : « J'aime cet homme mais je ne peux rester dans un couple où il n'y a pas de confiance ». Cette femme exprime le fait qu'au niveau de la relation, son mari existe toujours, mais qu'elle ne peut rester dans un groupe/couple dont le pilier identitaire, la confiance, a été bafoué.

Questions :

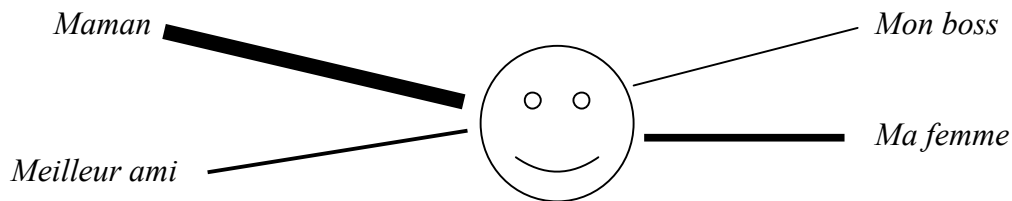
► Vous soulignez ce que l'on rencontre quotidiennement dans notre travail : la perte d'appartenances avec la perte du travail, de sa femme ou son mari, des copains, etc. On rencontre effectivement des gens qui sont en déprivation d'appartenance et qui s'effondrent... Est-il possible de survivre ?

Dr N. : *En effet, dès qu'il y a des difficultés dans ces deux niveaux, relationnel et d'appartenance, immédiatement ça retentit sur le sentiment d'exister. On ne se sent plus vraiment exister car c'était des supports d'existence. Il ne faut pas oublier que l'être humain ne peut pas se faire auto-exister.*

► On reçoit des personnes qui nous disent que leur vie est difficile, qu'ils ne savent plus pourquoi ils se lèvent le matin, qui ont dépassé la cinquantaine et qui n'ont plus ni parents, ni enfants, ni travail... Que faire avec ces personnes ?

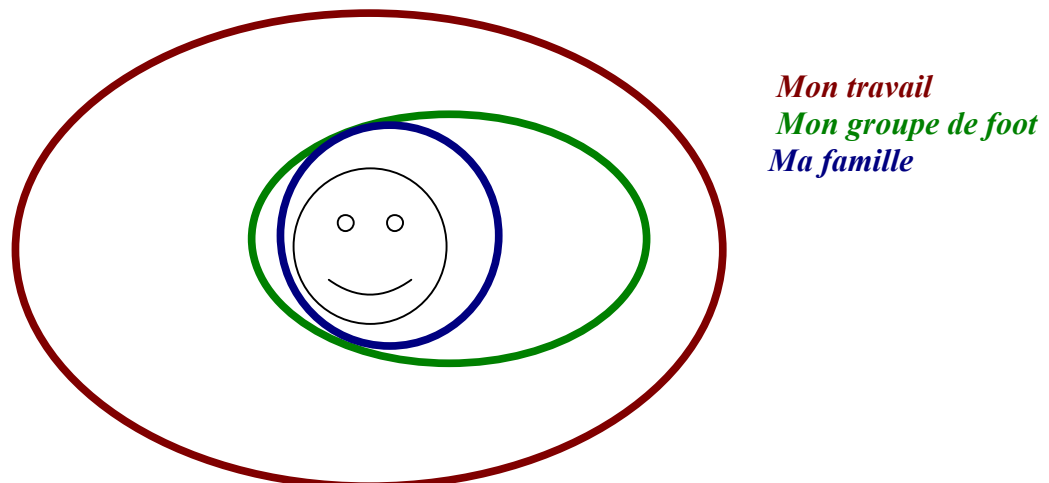
Dr N. : *Quel que soit le discours, il est important de savoir à quoi nous avons à faire : est-ce que ces personnes ont des ressources qu'elles n'utilisent pas ou si elles n'en ont pas du tout. Je vous propose deux outils qui permettent de le découvrir et que j'ai appelé « l'appartenanciogramme » et le « relatiogramme ».*

Le relatiogramme consiste à demander au patient quelles sont ses relations les plus importantes et à en faire une liste. Ensuite, on lui demande quelle est celle qui, si elle venait à disparaître, lui manquerait le plus. Et sur un schéma, on les relie au patient avec des traits selon leur importance.



Avec cette représentation, on peut parfois mettre à jour des relatiogrammes extrêmement pauvres ou repérer au contraire des ressources cohérentes.

C'est après l'avoir fait que l'on peut commencer à parler d'appartenance, car la distinction n'est pas toujours facile à faire comprendre. L'appartenanciogramme fonctionne sur le même principe de représentation avec les groupes d'appartenances plus ou moins importants dans la vie du patient. Mais au lieu de faire des traits, on va tracer des ronds de différentes couleurs.



Ces outils peuvent être utilisés pour un suivi, pour une prise de conscience... Par exemple, observer un trop grand investissement dans le travail peut « léser » les autres appartenances. Dans ce cas, le sujet peut se retrouver en grandes difficultés s'il vient à perdre son job. On peut alors l'aider en trouvant des ressources « mises de côté », oubliées, comme la famille, ou le club de foot.

► On pense souvent que « dépression = risques suicidaires ». Que faire face à ça ?
Comment nous préserver aussi ?

Dr N. : Le suicide représente évidemment une lourde responsabilité que l'on craint. Mais on confond souvent les jeux avec la mort et les suicides, surtout chez les ados. On a vite dit « tendance suicidaire » alors que ce n'est pas toujours une recherche délibérée de la mort.

*L'idée de suicide vient **quand on ne se sent plus exister**. Alors, on tue notre corps puisqu'il n'a plus de raison d'être. Les conduites à risques en revanche sont des tentatives pour se faire exister ! (Cf. « La fureur de vivre » réalisé par Nicholas RAY) On ne peut pas se faire auto-exister, mais on peut quand même essayer ! C'est de l'auto-appartenance.*

Chez les ados d'ailleurs, ce ne sont pas toujours des risques vitaux (dangers sexuels, scolaires, etc.). Mais ça a un sens : « si j'arrive à traverser ce danger, c'est que j'existe », en quelque sorte, une demande de reconnaissance.

Tandis que la tentative de suicide c'est « je n'existe plus ». Même si parfois, il est vrai que chez de grands suicidants on retrouve quelque chose de l'idée de « se faire auto-exister », comme une dernière chance.

► Mais pourquoi certains se suicident pour telle raison et pas d'autres ?

Dr. N. : Vous savez que FREUD s'est suicidé. Mais saviez-vous que la raison qui a déclenché sa décision était l'attitude de son chien ? Freud a eu un cancer de la bouche et dans les derniers moments, cela produisait une odeur nauséabonde et il a pris la décision quand son chien a refusé de rentrer dans la chambre où il était alité. Le suicide tient à de petits signes.

Le conseil que je pourrais donner serait de garder le contact.

Une patiente de Viktor FRANKL l'a un jour appelé au bord du suicide. Après l'avoir écoutée, il lui a répondu que si elle n'était pas suicidée le lendemain, il l'attendrait au matin pour une séance. Finalement, elle ne s'est pas suicidée.

Parfois, un petit lien peut prendre une importance disproportionnée. Il faut savoir que le suicide tient à des événements qui prennent une coloration particulière à un moment donné, et c'est difficile à percevoir et à prévoir.

Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais être rassurant. C'est dangereux. Il ne faut pas faire croire au patient qu'il peut s'appuyer sur vous, car ce n'est ni vrai ni possible.

► Dans le cadre du RSA, quand un patient en sort, à partir de quel moment cela peut devenir une perte d'appartenance ? Et comment se positionner par rapport à ça ?

Dr N. : *Être au RSA n'est pas une appartenance, c'est une inclusion ! C'est un groupe qui a été formé de l'extérieur. Quelqu'un a décidé de regrouper des gens sous un trait commun. Et ça n'a jamais valorisé personne. Être imposé n'est pas une appartenance. La famille est un cas particulier où l'on fait comme si on avait décidé d'y appartenir. Mais dans un groupe d'appartenance on est censé avoir voulu y appartenir.*

Par exemple, les alcooliques anonymes sont ceux qui ont le mieux répondu à cette question ! On peut en faire parti, que l'on boive ou non.

► Comment revient-on des fins fonds de la dépression ?

Dr N. : *FREUD disait que le seul ennemi de la dépression était une cure d'amour !
Permettez moi de revenir un peu sur notre précédent cas (suite page 3) :*

Monsieur avait une situation de militant bien intégré et j'apprends par la suite que Madame travaillait aux contentieux dans une banque après avoir été ouvrière !

Lorsqu'elle a pu réaliser qu'elle aussi avait trompé son mari vis-à-vis des valeurs même du couple, et ce bien avant qu'il n'aille voir ailleurs, elle s'est soudainement sentie beaucoup mieux ! Ils étaient à égalité. On supporte beaucoup moins d'être abandonné que d'abandonner. Dans les deux mois qui ont suivi elle s'était trouvé un nouveau compagnon!

Les déprimés ont besoin de « renarcissisation », de se sentir le droit d'exister. Notre travail est de redonner leur dignité aux gens plutôt que d'appuyer sur ce qui va mal. Leur dire que « ça va aller mieux » c'est accepter qu'ils ne valent pas grand chose.