

(Diapositive 1)
**« Dépression, inconscient et vie psychique :
pas si mêlant que ça ! »**

PAR

André Renaud
psychologue-psychanalyste

1. Introduction.

Le traitement psychanalytique de la dépression se fonde sur l'hypothèse **(Diapositive 2)** que celle-ci est généralement le résultat d'une structuration particulière de la personnalité, profondément enracinée dans le fonctionnement quotidien de l'individu. D'un point de vue psychanalytique, la dépression est le résultat d'une souffrance psychique primaire connue de tout individu dès le début de la vie et que le Moi ne parvient jamais complètement à travailler psychiquement. Lorsque le Moi doit utiliser sa libido narcissique pour se soigner ou investir davantage un objet de la réalité, il réduit alors la gaine libidinale contenant cette souffrance psychique primaire qui envahit alors le Moi, la personnalité et la personne tout entière, jusque dans son corps. **(Diapositive 3)** La pratique professionnelle laisse croire que les méthodes thérapeutiques ne s'adressant pas aux fondements mêmes de la personnalité soient moins habiles à corriger efficacement ce trouble. Il est sûr que les manifestations cliniques d'un épisode dépressif peuvent trouver un allègement par d'autres formes de traitement, mais le sujet resterait vulnérable et connaîtrait des rechutes, s'il n'effectue pas un travail en profondeur en lui-

même. Le traitement psychanalytique prétend ne pas seulement traiter l'épisode dépressif actuel, mais prévenir la récurrence de la dépression.

(Diapositive 4) La psychanalyse n'affirme pas pour autant que toutes les formes de dépression exigent un traitement aussi en profondeur, ni que toutes les formes de dépression répondent bien à ce type de traitement. La psychanalyse opère particulièrement bien avec les formes de dépression dites caractérielles, c'est-à-dire celles qui représentent une réponse pathologique aux frustrations, aux pertes significatives et répétitives, aux restes ataviques¹ des modes infantiles de perception et d'évaluation de soi, des autres et de la réalité. **(Diapositive 5)** Généralement, la personne accuse une prédisposition à la dépression récurrente. Cette prédisposition serait le résultat des expériences infantiles qui ont structuré la personnalité d'une manière telle qu'elle s'avère maintenant incapable de composer avec les aléas de la vie quotidienne. Cette prédisposition à la dépression a été maintes fois décrite dans diverses théories psychanalytiques de la psychopathologie, mais il n'y a pas, à proprement parler, de théorie psychanalytique de la dépression, comme nous avons une théorie de l'angoisse, de la mélancolie, de la névrose, etc.

Ce n'est pas mon intention de couvrir tout le champ de la dépression et ce serait illusoire d'ambitionner expliquer exhaustivement ce trouble. Je vais

offrir une série de réflexions sur la dépression et plus particulièrement sur le traitement psychanalytique de la dépression.

2. La signification de l'affect dépressif.

(Diapositive 6)

2.1 La signification populaire.

Par « dépression », on entend généralement une forme plus ou moins sévère d'impuissance vitale chez une personne. Celle-ci n'a plus la motivation, la force de « **faire** », plus le goût d'« **agir** ». Elle ne « **rêve** » plus, ne « **pense** » plus, ne « **parle** » plus comme elle en avait l'habitude. Elle devient ou est devenue « **l'ombre d'elle-même** ». La personne a perdu « **quelque chose d'elle-même** », « **quelque chose** » qui la spécifiait, qui permettait à autrui de la reconnaître ; elle n'a plus sa bonne humeur, son humour, son ambition au travail, sa passion pour ceci ou cela, etc.

Diapositive 7) Il faut reconnaître que le concept renvoie à un affect général, banal, quotidiennement rencontré chez un peu tout le monde, dans des couleurs plus ou moins prononcées, mais qui n'en traduit pas moins le sentiment laissé par la perte de ce « quelque chose ». Il y a un continuum entre une simple tristesse et le désespoir ou la détresse

1. Hérité psychique transmise de génération en génération en sautant parfois une ou

profonde. Entre ces deux affects extrêmes, il y a toutes les formes de dépression, de l'affect léger et temporaire dans l'ordre de la tristesse jusqu'à l'affect mélancolique et psychotique dans l'ordre de la détresse la plus totale ou du désespoir chronique.

(Diapositive 8) On parle aussi de « dépression » quand une personne se plaint trop souvent de fatigue, paraît asthénique, semble fréquemment s'ennuyer, être triste, lasse, repliée sur elle-même, inerte, ses humeurs ne correspondent plus à sa personnalité.

2.2 La signification psychiatrique.

(Diapositive 9)

On retrouve des manifestations dépressives dans toutes sortes de pathologies, des plus bénignes aux plus sévères, du simple trouble d'adaptation sociale ou scolaire à la dépression schizophrénique en passant par la névrose, les pathologies du narcissisme, les troubles limites de la personnalité, la psychosomatique et les psychoses. Les formes dépressives sont multiples ; du deuil difficile à faire jusqu'aux affections mélancoliques et maniaques, en passant par la dépression existentielle et la dépression essentielle. La dépression est tellement répandue dans toutes sortes de pathologies que dans le D.S.M., elle n'est pas retenue comme une catégorie diagnostique.

plusieurs générations.

(Diapositive 10) La psychiatrie reconnaît classiquement cinq formes de dépression : selon la fréquence, la durée et l'intensité de l'affect dépressif croissant, on rencontre une première forme légère de dépression, soit :

A) **La dysthymie** : c'est-à-dire l'absence d'émotion, de sentiment, d'affectivité. La personne semble vivre au neutre comme si toute sa vie affective était à plat, en panne. C'est une personne ennuyante qui suscite généralement beaucoup d'agressivité autour d'elle, en raison de son apathie, de sa passivité et provoque l'abandon, le rejet de la part des gens autour d'elle.

(Diapositive 11) Dans une forme un peu plus sévère, on retrouve :

B) **Les épisodes dépressifs récurrents**. La personne déprime pendant des périodes pouvant varier de quelques jours à quelques mois, une ou deux fois par année, ou aux deux ou trois ans. Ces épisodes dépressifs sont déclenchés par le retour d'événements ou de situations comme les changements de saisons, la période des fêtes de Noël, les vacances estivales, ou encore de dates anniversaires, comme le moment de l'année où une personne chère est décédée, une séparation ou un divorce a eu lieu. Dans ce type de dépression, on constate souvent une accentuation de la dépression à chaque nouvel épisode et une prolongation de la période. Il arrive un temps où la

personne n'est plus en mesure de regagner la surface, elle ne s'en sort plus par elle-même.

(Diapositive 12) Dans une forme plus sévère encore, on observe :

C) **La dépression unipolaire.** Il s'agit de la grande dépression qui dure généralement de plusieurs mois à plusieurs années et qui nécessite parfois l'hospitalisation, la médication et certainement une forme ou une autre de psychothérapie. La personne perd le goût de vivre et si les suicides sont relativement peu élevés, les idées suicidaires sont nombreuses, tenaces et nous observons une croissance des tentatives suicidaires ces dernières années. On ne doit pas les prendre à la légère, car la personne passe parfois à l'acte, sans pour autant réussir, mais la personne en ressort le plus souvent très blessée physiquement, psychologiquement et socialement. Même si ce n'est pas la majorité des déprimés qui réussissent à se suicider, lorsqu'une personne agit ses idées suicidaires, avec succès ou non, c'est toujours une fois de trop.

(Diapositive 13) Dans une forme encore plus sévère :

D) **La dépression bipolaire.** Il y a ici deux types de dépression bipolaire.

La dépression bipolaire de type I réfère à une personne qui alterne entre des épisodes dépressifs plus ou moins sévères et des épisodes

de vie relativement normale. Entre deux épisodes dépressifs, la personne fonctionne de façon relativement adaptée, mais elle conserve toujours un fond dépressif. Elle est ainsi facilement portée à se décourager, à démissionner. En ce sens, elle ressemble un peu à la personne dysthymique, mais les périodes dépressives sont plus morbides.

(Diapositive 14)

La dépression bipolaire de type II décrit ce que l'on connaît maintenant sous le nom de la psychose maniaco-dépressive, c'est-à-dire que la personne traverse une phase dépressive plus ou moins sévère pour passer à une phase maniaque où elle devient enthousiaste, entreprenante, avec des projets de tout refaire, de tout recommencer en neuf et en mieux. La personne est convaincue dans son esprit que cette fois est la bonne, que ses projets vont réussir, que la chance l'accompagne. Elle entraîne parfois d'autres personnes dans son sillage avant de rechuter dans une dépression maligne. L'alternance de l'humeur se fait en quelques mois ou quelques années, mais avec une aggravation à chaque fois. Le lithium est souvent utilisé pour aider la personne à moduler ses humeurs.

(Diapositive 15) Enfin, la forme la plus sévère :

E) **La mélancolie** ressemble à la dépression bipolaire de type II et mais elle relève d'une structure psychotique. Freud en parle abondamment dans son article Deuil et Mélancolie.

(Diapositive 16)

3. La personnalité dépressive.

Trois caractéristiques spécifient la personnalité dépressive. Les deux premières sont les plus souvent citées dans la littérature psychanalytique. Il s'agit de

a) la dépendance affective,

b) l'inhibition massive de soi,

Plus récemment, nous parlons de plus en plus d'une troisième caractéristique, soit :

c) la souffrance psychique primaire

qui n'aurait pas été suffisamment travaillée, élaborée psychiquement, parce que non contenue par le milieu premier, non élaborée et non symbolisée par un environnement suffisamment bon, capable d'investir autant l'enfant que de se laisser investir par celui-ci et ainsi faire du sens, donner du sens à cette douleur. Cette **souffrance psychique primaire** non élaborée psychiquement devient une entrave au développement et à l'épanouissement psychiques et laisse ainsi la personne, l'adolescent, l'enfant, le nourrisson, le nouveau-né dans un état de détresse psychique extrême, incapable d'élaborer ou de ré-

élaborer une position dépressive et reste en position d'impuissance à se développer. Il n'y a pas une réciprocité équilibrée entre le bébé et son environnement premier, les parents, la mère et le père.

Ces trois traits s'appliquent autant à la dépression chronique qu'aux épisodes dépressifs.

3.1 Idéalisation de l'autre et dévalorisation de Soi.

(Diapositive 17)

La propension à la dépression se retrouve chez tout individu, autant chez la personne qui a réussi tant socialement que professionnellement et ce, de façon exceptionnelle, satisfaisante, épanouissante, que chez la personne stable, fiable et vaillante, capable de retirer satisfaction de ses réalisations et de sa valeur morale, mais qui doit travailler dur, se dépenser beaucoup pour y parvenir. La dépression se rencontre autant chez la personne avec un faible niveau de développement et de réalisation personnelle qui se considère facilement pas capable, pas en mesure, dépassée, débordée par la moindre difficulté que chez la personne ambitieuse, énergique, dynamique et sage. Cependant, tous les efforts faits pour atteindre la réussite et la réussite elle-même n'affranchissent pas toujours la personne de la dépendance affective à l'égard des autres, de l'idéalisation des autres. La maturité démontrée

par beaucoup de personnes apparaît parfois surfaite. Il s'agit d'une maturité superficielle qui se traduit par la répétition d'épisodes dépressifs. **(Diapositive 18)** Les attitudes et comportements de retrait, de renoncement de démission ne sont pas guidés par un altruisme authentique ou par de hautes valeurs éthiques, mais plutôt par la peur d'éprouver de la culpabilité, d'être abandonné parce qu'insuffisant, peu importe le niveau d'accomplissement et de réussite. La personne conserve un besoin insatiable d'affection, de réassurance, de gratification, comme si une réserve d'estime de soi ne parvenait pas à se construire au fond d'elle-même. **(Diapositive 19)** Le Moi ne parvient pas suffisamment à s'investir personnellement pour pouvoir travailler psychiquement, faire quelque chose avec sa souffrance psychique primaire, faute de trouver dans son environnement immédiat des objets suffisamment bons, affectueux pour l'aider à contenir et élaborer cette souffrance désorganisatrice. C'est en ce sens que nous parlons d'une fausse maturité. **(Diapositive 20)** Il y a élaboration plus ou moins importante d'un « **faux self** », plus ou moins articulé, défendant une certaine image de la personne aux yeux du monde et à ses propres yeux, une image qui, économiquement parlant, coûte très cher au Moi et à l'équilibre psychique, parce que la personne fonctionne alors le plus souvent à la limite de ses capacités et parfois même au-delà. Elle présente une image d'elle qui ne correspond pas à sa réalité. **(Diapositive 21)** Le recours à la dépression serait une

réaction défensive permettant au Moi le relâchement nécessaire pour recouvrer sa vérité psychique, reprendre contact avec son sens profond, sa signification intime, retrouver, ne fut-ce que temporairement, son « **vrai self** », au prix d'un dysfonctionnement dépressif plus ou moins temporaire, mais c'est aussi retrouver en même temps le « **vrai Moi** » souffrant psychiquement et débordé, paralysé par sa souffrance psychique primaire non élaborée psychiquement². **(Diapositive 22)** Le « **faux self** » servant surtout à éviter de faire face au sentiment de vide intime, au vide intérieur, à la souffrance psychique primaire, une manière de refuser, voir de dénier la perte de l'objet intérieur (objet œdipien ou préœdipien), un refus de composer, de vivre avec le monde extérieur, la réalité sans la protection, les réassurances et la toute puissance idéalisée de cet objet intérieur relevant du monde infantile. Impossibilité de vivre sans l'objet suffisamment bon pour contenir et élaborer, à la place du Moi dépassé, débordé, la souffrance psychique primaire réactivée à chaque changement développemental par le renoncement à l'objet antérieur et à l'équilibre d'antan.

(Diapositive 23) La personne dépressive a, en effet, tendance à idéaliser et à dépendre d'une autre personne pour fonctionner sans

4. MILLER, Alice. (1979). *Depression and grandiosity as related forms of narcissistic disturbances*. International Review of Psychoanalysis. 6, 61-76.

dysphorie³ sévère, elle a le besoin de dépendre d'un objet idéalisé capable de la contenir et d'élaborer sa difficulté d'être. La dépression traduit la réaction de la personne à un sentiment d'échec relationnel avec une personne idéalisée, sentiment d'avoir perdu cette personne idéalisée et la vie sans elle semble impossible, Ce qui place la personne déprimée en position de survie.

(Diapositive 24) On a déjà parlé de « **l'autre dominant** » pour décrire l'influence et l'emprise de la personne idéalisée sur l'état mental de la personne déprimée⁴. Ce type de relation pathologique est utilisé par la personne déprimée pour obtenir un sentiment de valeur personnelle. « **L'autre dominant** » s'avère une réactivation de l'image parentale idéale ou surmoïque qui récompense ou punit à la manière parentale d'antan. **(Diapositive 25)** Cette personne idéalisée, cet « **autre dominant** » est nécessaire à la personne dépressive pour développer un sentiment de valeur personnelle et ainsi se libérer de la culpabilité et lier l'angoisse d'abandon. Cette personne idéalisée représente l'objet capable de contenir et d'assister le Moi à faire face à sa souffrance psychique en étant capable de la comprendre sans en être écrasée.

3 . Sentiment d'être en mauvaise santé.

4 . ARIETI, S. (1962). *The psychotherapeutic approach to depression*. American Journal of Psychiatry, 16, 397-406.

(Diapositive 26) Ce sera le rôle difficile et complexe que jouera le thérapeute de la personne dépressive.

Ce type de personne déprimée reste souvent particulièrement préoccupé par le social, d'où une plus grande dépendance à l'égard d'autrui, un plus grand besoin d'intimité et d'interactions gratifiantes et une grande sensibilité-vulnérabilité à tout indice de rejet ou d'abandon⁵. La personne dépressive démontre une grande dépendance à l'égard des autres et a toujours besoin de maintenir ses relations, peu en importe le prix. Elle déprime dès qu'elle se sent délaissée, rejetée par une personne ou se sent moins importante dans une de ses relations. **(Diapositive 27)** La personne déprimée transfère ce type de relation « **parent-enfant** » dans son monde relationnel, à son milieu de travail, avec ses proches, ses amis, ce qui entraîne un certain déni, une certaine aliénation d'elle-même et accroît son sentiment de vide, d'impuissance et nourrit sa dépendance à l'autre et favorise le développement du « *faux self* ». Elle abandonne ainsi son monde intérieur, son « *vrai self* », ses objets internes au profit de « *l'autre dominant* ».

5. BECK, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: New Perspectives*. in CLAYTON, P. J., & BARRETT, J. E. (Eds), Treatment of depression: Old controversies and new approaches. New York: Raven

(Diapositive 28) Lorsque la personne a le sentiment que cette relation contenante, rassurante, gratifiante, idéalisée est menacée, paradoxalement, elle dépense encore plus d'énergie, redouble d'effort pour retrouver la relation d'avant la menace, retrouver les sécurités, les gratifications minimales nécessaires de « **l'autre dominant** ». Selon Paul Denis⁶, elle investit pulsionnellement l'autre en emprise et en emprise seulement, cherchant une sorte de main mise sur l'objet qui semble lui échapper. Cependant, l'objet qui échappe ainsi est l'objet psychique interne et non pas tant l'objet extérieur. Ce type d'investissement pulsionnel en emprise se révèle de nature agressive et destructrice. **(Diapositive 29)** L'investissement en emprise seulement n'apporte pas la satisfaction nécessaire pour engager et entretenir une élaboration psychique nourrissant le monde interne. Si les efforts d'emprise de la personne sur » *l'autre dominant idéalisé* » échouent, un épisode dépressif s'ensuit avec élaboration dans le monde intérieur d'un « **objet dépressif** », c'est-à-dire « **l'ombre de l'objet qui tombe sur le moi** » selon l'expression de Freud.

(Diapositive 30) Pour certaines personnes, « **l'autre dominant** » n'est pas une personne réelle, mais une organisation comme l'armée, l'église, une idéologie, une philosophie ou un groupe qui personnifie

6. DENIS, Paul. (1997). Emprise et satisfaction ; les deux formants de la pulsion, Coll. Le Fil Rouge, Paris. P. U. F.

en quelque sorte la structure nécessaire qui contient, organise, élabore psychiquement et récompense, punit et donne du sens à la vie, comme les parents d'antan, les imagos parentaux intériorisés et perdus.

(Diapositive 31) Pour d'autres, ce n'est pas une personne réelle, ni une organisation sociale idéalisée qui les domine, mais des objectifs, des buts idéalisés, ce sont des « **buts dominants** »⁷. Ces personnes sont obsédées par des désirs de réalisation exceptionnelles, au point d'éviter tout autre façon de se procurer du plaisir et des gratifications, par crainte de s'éloigner ainsi de la réalisation de leurs rêves les plus chers qui les contiennent, les organisent. **(Diapositive 32)** Limiter aussi drastiquement les moyens d'obtenir de la valeur et du sens rend la personne extrêmement vulnérable à la dépression dès qu'elle réalise que « **l'objectif idéalisé** » ne peut pas être atteint. La personne est très portée à inhiber tout autre forme d'activité procurant du plaisir pour se centrer davantage sur ses « **objectifs idéalisés** ». Son attachement à ces « **buts dominants** » réside dans la croyance que les pensées et humeurs dépressives disparaîtraient si les objectifs étaient atteints. **(Diapositive 33)** La personne déprimée croit qu'elle sera enfin aimée, qu'on reconnaîtra sa valeur si elle réalise ses « **objectifs idéaux** ». Ce qui laisse voir le sentiment de ne pas avoir de valeur personnelle,

7. ARIETI, S., & BEMPORAD, J. R. (1980). *Psychological organization of depression*. American Journal of Psychiatry, 137, 1360-1365

d'être vide, insignifiant sans la réalisation de ces objectifs. **(Diapositive 34)** Ce manque de variation dans les activités agréables peut en soi conduire à la dépression, même si la personne atteignait tous ses objectifs, parce qu'il est probable que l'amour et la reconnaissance tant espérés ne soient pas suffisamment au rendez-vous, que les autres ne l'aiment pas et ne la respectent pas autant que la personne déprimée le souhaitait et au niveau où elle le souhaitait. Le risque de dépression augmente d'autant. **(Diapositive 35)** La personne croit alors que, quoi qu'elle fasse, quoi qu'elle réussisse, l'amour tellement désiré ne peut pas être obtenu. Ce type de personne **introjecte** facilement les attentes qu'elle croit que les autres entretiennent à son égard, ce qui la rend perfectionniste et l'incite à poursuivre des idéaux élevés, très élevés et à développer un « **faux self** ». Elle se révèle très exigeante envers elle-même. En fait, la clinique révèle promptement **l'introjection** du mauvais parent, du parent insatiable qui ne parvient pas à contenir la souffrance de l'enfant et qui n'arrive pas à en faire quelque chose de signifiant pour l'enfant. **(Diapositive 36)** Ce type de personne déprimée se révèle centré sur son individualité, affirmatif et fixé à des buts bien identifiés. Elle se veut autonome et a besoin de contrôler, de dominer les autres et les situations, tout en restant très sensible à l'échec⁸. **(Diapositive 37)**

8. BECK, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: New Perspectives*. in CLAYTON, P. J., & BARRETT, J. E. (Eds), Treatment of depression: Old controversies and new approaches. New York: Raven Press.

C'est pourquoi cette personne réagit généralement à l'échec avec de forts sentiments de répugnance et d'effondrement de l'estime de soi⁹. La personne se perçoit comme manquant de quelque chose de fondamental à la base même de son être et succombe à la dépression. Ce qui signifie qu'elle se détourne du monde environnant, cesse d'investir ce monde et se centre encore davantage sur son monde intérieur douloureux et plus particulièrement sur son « **objet dépressif** » érigé en elle en lieu et place de la représentation de l'objet réel dans la réalité. **(Diapositive 38) « Objet dépressif »** qui n'apporte plus satisfaction et suscite un nouvel investissement agressif, en conséquence de la frustration, un investissement agressif en emprise avec ses effets déliant provoquant une véritable hémorragie énergétique (v.g. l'attachement rigide de la veuve ou du veuf, au conjoint ou à la conjointe perdue, rendant le deuil impossible).

(Diapositive 39) Cela met en évidence l'inhibition massive que la personne déprimée s'impose à elle-même autant que la peur d'obtenir les gratifications tellement désirées, parce qu'il lui faudrait alors relâcher son emprise sur ses croyances, sur ses « **objets dépressifs** » de son monde interne appauvri (v.g. rigidité des attachements, conservation rigide des imagos). La personne déprimée devient

9. BALTT, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107-157.

angoissée dès qu'elle est placée dans une situation potentiellement agréable pour elle-même. Ainsi, une femme ne pouvait se payer de beaux vêtements que dans la mesure où elle parvenait à se convaincre qu'elle en avait besoin pour être adéquate à son travail. Une autre femme, travaillant pour une agence de voyage, visitait plusieurs pays pour son travail, mais elle devenait envahie par des pensées morbides et des angoisses paniques dès qu'elle profitait d'un voyage de vacances pour son plaisir.

(Diapositive 40) Les personnes dépressives ont une forte tendance à surévaluer l'opinion des autres et s'efforcent de suivre des objectifs qui paraissent signifiants aux autres, mais qui ne le sont pas vraiment pour elles-mêmes, d'où leur appauvrissement psychique. Ces personnes tentent en vain de se défendre contre la dépression par le processus pathologique de l'idéalisation. Elles érigent en elles-mêmes un objet dépressif, une sorte d'effigie de l'objet aimé perdu, l'équivalent de « **l'ombre de l'objet tombant sur le Moi** » dont parlait Freud. Elles investissent en emprise cet objet interne, se détournant ainsi du monde extérieur et des autres objets qui pourraient être investis et apporterait satisfaction et remettrait en marche le jeu des représentations et de la pensée. **(Diapositive 41)** Le problème vient du fait que « **l'objet dépressif** » interne ne peut pas donner satisfaction au Moi, ne peut pas être investi en satisfaction, mais en

emprise seulement, d'où une rigidification de leur investissement, de leur fonctionnement mental. **(Diapositive 42)** L'investissement en satisfaction du monde réel n'étant plus possible, le monde des représentations s'appauvrit, le monde interne se dessèche et se rigidifie, puisqu'il n'est plus nourri par l'apport d'autres objets externes satisfaisants, l'adaptation diminue et la personne se retire de plus en plus dans son monde interne, mais dans un monde vide ou presque ou plein de fantômes auxquels la personne déprimée s'attache rigidement parce que c'est tout ce qui lui reste.

3.2 Deux grands types dépressifs

(Diapositive 43) En regroupant ces diverses caractéristiques de la personnalité dépressive selon leur parenté et affinité, on obtient deux grandes catégories de personnalités dépressives, soit :

- 1° le type tourné vers « **l'autre dominant, de nature plus ou moins anaclitique (dépendant) et centré sur le social (en quête de reconnaissance et de confirmation)** ».
- 2° le type tourné vers des « **buts dominants, pratiquant l'introjection des valeurs d'autrui et centré sur son individualité** ».

Dans notre culture américaine, le type « **l'autre dominant / anaclitique / social** » est particulièrement prédominant chez les

femmes alors que le type « **buts dominants / introjection / individuel** » est plutôt rencontré chez les hommes.

(Diapositive 44)

4. Vignette clinique : une femme soumise à l'autre dominant / anaclitique / social.

Je ne vais pas démontrer l'autre type à but dominant, avec introjection et accent sur les préoccupations individualistes par une autre vignette clinique, se serait trop long. Je vais plutôt développer, plus loin, un exemple de traitement psychanalytique d'un cas typique de dépression majeure.

Après une hospitalisation de quelques mois, suite à une sérieuse tentative de suicide, la patiente connaît une dépression sévère avec d'importants troubles végétatifs et diverses séquelles permanentes liées à sa tentative de suicide. Elle était née illégitimement d'une mère prostituée. Enfant et adolescente, elle ne voulait pas ressembler à sa mère, mais devenir une personne pure, respectable et respectée. Elle avait extrêmement honte de la manière de vivre de sa mère et faisait la promotion d'idéaux très élevés sur le plan moral. Néanmoins, elle avait accepté des relations sexuelles avec son futur mari. Leur premier enfant était né prématurément après six mois de grossesse et était mort peu après la naissance. Elle était convaincue que sa conduite sexuelle immorale était la cause immédiate de la mort de son bébé. À cette époque, elle était très

anxieuse et phobique et sa perception d'elle-même était trouble. Une période de relations difficiles avec ses proches, sa mère, son mari, a suivi. L'effondrement final est survenu lors d'une dispute avec son mari qui, excédé, l'a giflé en la traitant de « **sale putain comme ta mère** ». Cette accusation de son mari a cristallisé sa plus grande peur et sa honte la plus profonde. C'est alors qu'elle a avalé une quantité importante de pilules. Elle a été dans le coma pendant trois jours et est restée avec des séquelles importantes par la suite.

(Diapositive 45) L'estime de soi est une variable très fragile chez la personne dépressive qui a constamment besoin de parer aux sentiments de honte, de non-valeur et de culpabilité. Certaines personnes réalisent cette lutte de tous les instants en adoptant un comportement exemplaire, d'autres en poursuivant des buts magiques et d'autres encore, en établissant des relations transférentielles super idéalisées avec des gens de leur entourage et avec leur thérapeute. Les personnes déprimées démontrent généralement une grande dépendance à l'égard des autres pour évaluer leur propre valeur, de même qu'une grande inhibition en termes d'auto-gratification. **(Diapositive 46)** Ce qui les incite à développer un « **faux self** » en guise d'idéalisation compensatoire à leur valeur. Évidemment, si une telle personne perd une des sources extérieures de régulation de l'estime de soi, elle ne sait pas trouver de nouvelles avenues significatives de gratifications en raison des limites qu'elle s'impose quant aux alternatives possibles. Conséquence ; l'affect dépressif

s'installe et, avec le temps, l'affect se développe et prend de plus en plus l'allure d'une dépression¹⁰

(Diapositive 47) Dans cette dynamique psychique, la personne dépressive en arrive donc à développer un « **faux self** »¹¹ afin de plaire et obtenir l'amour de l'autre. Cet autre symbolise l'effort de l'enfant pour gagner l'amour de la mère d'antan elle-même trop narcissique pour accorder son amour, par trop en quête elle-même de valeur narcissique pour en donner à son enfant. Ce « **faux self** » fonctionne assez bien pendant un temps plus ou moins long dans la vie quotidienne, parce qu'il apporte à la personne la reconnaissance sociale que la mère d'antan recherchait jadis. **(Diapositive 48)** Par contre, une partie importante de la personnalité de base, le « **vrai self** », reste inhibée, clivée. La personne n'a pas accès à ses vrais désirs et le « **faux self** » considère le « **vrai self** » avec appréhension et dédain. **(Diapositive 49)** En même temps, le succès du « **faux self** » se doit d'être sans cesse réaffirmé, confirmé, reconnu par l'autre. Lorsque la personne rencontre un obstacle mettant en échec son fonctionnement de « **faux self** », le « **vrai self** » réaffirme sa présence par une prise de conscience provoquant une restructuration radicale de la personnalité et des symptômes dépressifs. Cela démontre jusqu'à quel point la personne dépressive fait une évaluation tronquée d'elle-même et des autres,

10. LEFF, M.L., ROATCH, J. F., BUNNEY, W.E. (1970). *Environmental factors preceding the onset of severe depression*. *Psychiatry*, 33, 293-311.

11 . MILLER, Alice. (1979). *Depression and grandiosity as related forms of narcissistic disturbances*. *International Review of Psychoanalysis*. 6, 61-76.

(Diapositive 50) combien la relation avec son monde intérieur est surinvestie en guise de compensation au manque de gratifications nécessaires à l'équilibre narcissique, mais cela souligne aussi l'inhibition massive de toute expérience gratifiante de soi et significative pour soi et tout le désinvestissement du monde extérieur réel.

5. La psychothérapie psychanalytique.

(Diapositive 51) La tâche de la psychothérapie psychanalytique est de modifier en profondeur cette structure de la personnalité de manière à diminuer considérablement le fonctionnement du « **faux self** », faire advenir le plus possible le « **vrai self** », conforter le fonctionnement quotidien et les sentiments de la personne, prévenir la récurrence de la dépression.

(Diapositive 52) Bien que cette forme de thérapie se propose de dépasser les manifestations cliniques immédiates pour s'adresser plutôt au dysfonctionnement de la structure de l'estime de soi, les symptômes de la dépression ne peuvent pas être complètement ignorés. **(Diapositive 53)** Devant une forme moyenne de dépression, on peut compter sur la dysphorie pénible pour motiver la personne à persévérer dans ce processus de changement le plus souvent éprouvé désagréablement, la personne se soumettant à un exercice auquel elle ne croit pas. Cependant, devant une dépression plus sévère, les symptômes envahissent parfois tellement la personne qu'il est impossible de pratiquer un travail psychothérapeutique valable.

Ainsi, la rémission des symptômes par n'importe quel moyen efficace est la première tâche de la thérapie auprès des dépressifs sévères.

Les traitements pharmacologiques sont indiqués pour amoindrir la charge mélancolique et donner un répit à la personne, pour alléger la sévérité des symptômes¹². **(Diapositive 54)** La médication améliore les symptômes comme l'insomnie, l'anorexie, l'anergie. Ces symptômes végétatifs s'avèrent tellement préoccupants qu'ils empêchent la personne qui en souffre de s'engager dans tout traitement qui ne prendrait pas en charge ces symptômes et n'apporterait pas un soulagement certain^{13, 14 15}. **(Diapositive 55)** C'est pourquoi dans les dépressions sévères, la médication est fortement recommandée, mais le conflit psychique sous-jacent demeure entier et la psychothérapie ne peut pas être épargnée. La psychothérapie, pour sa part, exercera un effet sur les fonctions psychiques comme le retrait social, les idées suicidaires, la faible estime de soi.

12. APA Commission on Psychotherapies. (1982). Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues. Washington, DC: American Psychiatric Association.

13. ARIETI, S. (1977). *Psychotherapy of severe depression*. American Journal of Psychiatry, 134, 864-868.

14. JACOBSON, Edith. (1975). *The psychoanalytic treatment of depressed patients*. In ANTHONY, J.E., VENEDEK, T. (Eds), Depression and human existence *Depression and human existence*, Bonton : Little, Brown. JACOBSON, Edith. (1985). Les dépressions, (traduit de l'anglais et publié en anglais en 1971 chez International Universities Press), Paris, Payot.

(Diapositive 56) Peu importe la sévérité de la dépression, une des tâches majeures des premières séances est d'interrompre la litanie des plaintes et protestations, la répétition monotone des préoccupations de la personne dépressive^{16, 17}. On doit interrompre cette manière d'entrer en relation, si on veut que la thérapie commence à un moment donné. Le silence habituel de l'analyste, sa position de neutralité et l'usage du divan sont à bannir tant et aussi longtemps que le patient se maintient dans ce mécanisme. Le patient pourrait se maintenir dans cette plainte interminable pendant longtemps, très longtemps et cette longue plainte peut frustrer le thérapeute et le laisser dans un état contre-transférentiel négatif. C'est la relation d'écoute et la manifestation d'une présence intéressée qui permet un premier lien.

6. Vignette clinique illustrant le traitement psychanalytique.

(Diapositive 57)

Le déroulement d'une thérapie de déprimée est illustré par cette femme de quarante ans, infirmière, en dépression sévère depuis que son mari, dix-huit ans après leur mariage, lui a déclaré qu'il ne l'aimait plus et qu'elle ne lui apportait plus de plaisir dans sa vie. Cet énoncé destructeur a incité cette

15. APA Commission on Psychotherapies. (1982). Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues. Washington, DC : American Psychiatric Association.

16 . SPIEGEL, R. (1965). *Communications with depressed patients*. Contemporary Psychoanalysis, 2, 30-35.

17 . LEVINE, S. (1965). *Some suggestions for treating the depressive patient*. Psychoanalytic Quarterly, 34, 37-65.

femme a essayé, de plusieurs façons de le forcer à l'aimer encore. Elle se montrait tantôt indulgente devant les moindres caprices de son mari et tentait de le servir le mieux possible, tantôt elle se montrait triste et mécontente afin d'attirer sa pitié, tantôt elle était plutôt colérique et agressive le menaçant de demander le divorce. Après quelque temps, ses efforts vains l'ont découragée. Un jour, lors d'une dispute assez forte avec son mari, elle a menacé celui-ci, une fois de plus, de demander le divorce. Ce jour-là, à sa grande surprise, son mari a accepté la séparation et l'a quittée le jour même. Dans la soirée, la patiente a ingurgité toutes les pilules trouvées dans la pharmacie de la salle de bain. Découverte inconsciente par sa fille, elle fut transportée à l'urgence de l'hôpital où elle est demeurée dans le coma pendant quelques jours avant de passer à l'étage psychiatrique. Elle répétait tous les jours à tout le personnel qu'elle voulait mourir, puisqu'elle ne pouvait pas vivre sans son mari. Celui-ci lui a rendu visite à l'hôpital et lui a dit essentiellement que leur mariage était terminé, fini. Ce qui avait eu pour effet d'augmenter ses intentions suicidaires. On lui a alors prescrit des antidépresseurs et, un peu plus tard, du lithium, ce qui a eu pour effet de diminuer son agitation et sa dysphorie. Après quelques semaines, elle a perdu la garde de sa fille de 15 ans. Elle était encore dysphorique, mais beaucoup moins suicidaire, acceptant de plus en plus l'évidence de sa situation.

Je l'ai rencontrée à sa sortie de l'hôpital pour une évaluation en vue d'une psychothérapie psychanalytique. Elle paraissait désorientée par le cours

récent que sa vie venait de prendre. Elle qui croyait avoir toujours fait ce qu'il fallait faire, elle était sûre d'être protégée de tout malheur. Elle croyait avoir provoqué la fin de son mariage. Elle était convaincue que si elle avait fait juste un effort de plus, son mari l'aimerait encore et leur mariage fonctionnerait encore. Elle pensait ne plus pouvoir être heureuse et devoir vivre seule le reste de son existence. Elle correspondait parfaitement à la « triade négative » de Beck¹⁸; soit 1° une évaluation négative d'elle-même, 2° de son futur et, 3° de son environnement, y compris de la situation de thérapie qui ne pouvait pas l'aider, elle en était sûre. En dépit de ses protestations et de son désespoir, elle admit, après quelques séances, éprouver un soulagement parce qu'elle se sentait liée à une autre personne et pouvait parler librement de sa détresse qu'elle cachait à sa fille et à ses amies. Au cours des premiers entretiens, j'ai tenté le plus possible qu'elle se sente comprise et qu'elle puisse éprouver le sentiment de pouvoir s'exprimer librement sans crainte d'être jugée ou rejetée. Elle percevait encore son malheur comme une charge trop lourde pour moi et croyait que je n'allais pas tolérer longtemps une personne aussi pleurnicharde et aussi centrée sur elle-même.

18. BECK, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression : New Perspectives*. In CLAYTON, P. J., BARRETT, J. E. (Eds). Treatment of depression : Old controversies and new approaches. New York : Raven Press.

Durant ces entretiens préliminaires, je n'ai évidemment fait aucune interprétation de ses croyances transférentielles. Je lui ai plutôt demandé si elle-même, en tant qu'infirmière, se sentait aussi écrasée par les plaintes formulées par ses patients. Elle s'est empressée de nier pareille attitude et d'affirmer que son travail était d'aider les gens à se sentir mieux et non pas à se sentir mal avec eux. Je lui ai alors expliqué, en reprenant ses propres mots, que de l'écouter comme je le faisais, de prendre ses plaintes au sérieux, faisait partie de mon travail et que je ne le vivais pas comme une charge écrasante, épuisante psychologiquement, mais au contraire comme une action visant à l'aider elle à se sentir mieux, tout à fait comme elle dans son travail.

La tâche première durant les entretiens préliminaires est de favoriser le développement d'une relation ouverte, honnête, dans laquelle la patiente peut se sentir respectée et considérée, sans égard à l'évaluation négative qu'elle fait d'elle-même. La crainte de cette patiente était de fatiguer, d'ennuyer les gens, comme elle croyait avoir ennuyé son mari. Sa crainte était fondée sur sa propre hantise de contrarier ses parents en tant qu'enfant. Explorer de telles pensées à cette étape de la thérapie, en interpréter la valeur transférentielle aurait été prématuré et non intégré par la patiente. Ce qui ne m'a pas empêché d'entendre et d'enregistrer sa réaction transférentielle pour l'utiliser ultérieurement.

L'image qui se dégageait de la morbidité dans la vie de cette femme était caractérisée par son désir d'obtenir l'amour et l'acceptation de l'autre à n'importe quel prix, coûte que coûte. Elle était la principale ressource financière de la famille durant tout le temps de leur mariage. Elle acceptait souvent des heures supplémentaires pour boucler leur budget ou arrondir la fin du mois. Elle avait particulièrement bien réussi dans sa carrière en raison de ses efforts pour bien faire et plaire aux autres. Elle était aussi le principal soutien émotionnel de sa famille. Elle a commencé très tôt à assister sa mère, voire à la remplacer auprès de ses frères et sœurs et dans les travaux ménagers. Son mari était un homme plutôt passif et solitaire dont elle prenait soin. Il était fonctionnaire et en retirait peu de plaisir et aucune valorisation. C'était un homme qui avait toujours rêvé d'être un artiste. Pourtant, au début de leurs fréquentations, la patiente le considérait, sans doute par idéalisation, comme un merveilleux compagnon. Une perception plus objective et moins idéalisée lui aurait sans doute révélé un homme chroniquement dépressif et misanthrope. Elle aurait aussi pu le décrire comme un homme souffrant de dysthymie, relativement insouciant des besoins et des désirs des autres, toujours préoccupé par ses propres pensées qu'il ne partageait avec personne ou presque.

Au fur et à mesure que je prenais connaissance de l'histoire de ce couple, il m'apparaissait de plus en plus clairement que cet homme, à l'aube de la quarantaine, était manifestement devenu dépressif et, ses enfants

grandissants, souhaitait se retirer dans un coin tranquille où il aurait pu poursuivre seuls ses intérêts sans être dérangé par des obligations conjugales et familiales. Je comprenais progressivement, qu'inconsciemment, l'assujettissement psychologique de cet homme constituait un atout pour la patiente. Ainsi, elle était ainsi sûre qu'une personne aussi passive et dépendante, aussi en retrait sur le plan social, ne l'abandonnerait jamais et ne chercherait pas davantage la compagnie d'autres femmes. Je comprenais également que tout au long de leur mariage, la patiente était l'élément vivant de leur union, elle jouait le rôle de la locomotive et celui de femme de maison, en plus d'être infirmière à plein temps. Son mari représentait la stabilité immuable et jouait le rôle apparent de chef du foyer.

Une fois la relation de confiance établie, mon attention a porté sur la nature psychologique de la perte représentée par la rupture de leur mariage. Il apparaissait progressivement que la perte d'amour de son mari était associée aux frustrations affectives de son passé. Plusieurs des attentes affectives étaient très réalistes (désir d'être reconnue par ses parents, désir d'un amour conjugal heureux, etc.), mais la majorité de ses attentes étaient inconscientes, irrationnelles et transférentiellement reprises avec moi. Elle souhaitait que je devine ses besoins sans qu'elle n'ait à les exprimer, qu'on lui offre à l'avance, avant d'en ressentir le besoin, une preuve d'amour, une confirmation de sa valeur, etc. Elle présentait les réminiscences de son enfance de façon à peine esquissée, par des souvenirs imprécis, vagues, avec beaucoup de « il me

semble... », « peut-être que... je ne suis pas sûre... ». Ce qui indiquait qu'elle n'avait jamais évalué ses relations antérieures, ni ses expériences passées. Elle reconnaissait ne s'être jamais vraiment sentie aimée, appréciée par les autres. Elle avait plutôt le sentiment d'avoir été plus souvent critiquée et rejetée, ce qui avait sur elle un impact assez destructeur. Elle éprouvait, à son insu, un grand besoin de compenser cet impact en cherchant à tout faire pour se faire aimer et qu'on pense du bien d'elle, allant jusqu'à se sacrifier de façon trop importante, dans le dessein d'être bien vue par les autres.

7. Réflexions sur le traitement psychanalytique.

(Diapositive 58)

Les échanges des premières séances d'une psychanalyse sont cruciaux, parce qu'ils donnent le ton à l'ensemble du processus psychothérapique. Le thérapeute doit réaliser un compromis difficile entre les réflexions analytiques qui lui viennent en écoutant l'autre et sa tendance, bien compréhensible et bien humaine, de réassurer et d'aider une personne en détresse qui demande son aide. **(Diapositive 59)** Il se doit d'être chaleureux et encourageant, mais il doit aussi démontrer clairement que le travail de la thérapie est sous la responsabilité du patient ou de la patiente impliquant une participation active au travail d'analyse. Un nouveau modèle relationnel doit être introduit pour briser les réactions circulaires de plaintes répétées et de misère entretenue. **(Diapositive 60)** L'idéalisation doit être détectée le plus tôt possible et les

distorsions transférentielles corrigées au fur et à mesure qu'elles se présentent. L'analyste doit être honnête à propos des difficultés et des limites de la thérapie et ne pas promettre une guérison rapide et encore moins miraculeuse. **(Diapositive 61)** Cette attitude ouverte est très importante, puisque le plus souvent les personnes déprimées ont grandi dans une atmosphère mensongère, ont été souvent manipulées et mêlées à des obligations secrètes¹⁹. Le thérapeute doit montrer qu'il est possible d'être honnête et franc, sans être pour autant réprouvé et abandonné. Les précisions apportées au moment de poser le cadre sur le travail attendu de chacun des deux protagonistes durant la thérapie, aident beaucoup en ce sens.

(Diapositive 62) Une fois la thérapie engagée, la patiente ou le patient est encouragé à considérer ce qui, à l'intérieur de soi, provoque cette dysphorie, cette crainte de ne pas être normal, de ne pas être correcte, de ne pas être à la hauteur, etc. Ce travail implique que la personne recherche ce qui, dans l'organisation de sa personnalité, a provoqué la dépression. **(Diapositive 63)** Les pertes subies dans la réalité, les frustrations et les rejets subis dans la réalité et liés à l'épisode dépressif ont une signification profonde et intime pour la personne, **(Diapositive 64)** ces événements menacent le sentiment d'identité et les sources de gratifications narcissiques essentielles au bon fonctionnement et à l'adaptation à l'environnement. Parfois, ce qui apparaît comme un fait banal à l'observateur prend une signification profonde pour la

19 . KOLB, L. C. (1956). *Psychotherapeutic evolution and its implications*. Psychiatric Quarterly, 30, 1-19.

personne impliquée, représente une peur panique ou une honte horrible pour la personne vulnérable. Les événements s'associent à une chaîne de réactions et d'associations inconscientes et menacent l'équilibre psychique de la personne et réactivent des modes infantiles d'évaluation de soi et d'adaptation.

(Diapositive 65)

8. Vignette clinique, suite.

Ma patiente racontait ses craintes d'être une personne non aimable, de provoquer la répulsion chez l'autre. Elle avait toujours éprouvé de telles craintes d'aussi loin qu'elle pouvait se souvenir. Elle restait habitée par ces pensées, elle recréait, dans sa relation avec moi, son monde relationnel infantile et plus particulièrement sa relation avec sa mère. Elle s'inquiétait souvent de me tanner avec ses histoires, s'excusait de raconter toujours la même chose, se plaignait de se trouver ennuyante. À chaque fois, il me fallait prendre le temps de défaire ses croyances, de lui montrer que si elle pensait cela, cela ne signifiait pas pour autant que je partageais ses façons de voir et de comprendre, la confrontant parfois en lui demandant de me dire ce qui dans mon attitude, dans mes propos lui laissait croire pareil jugement de ma part. Alors elle comprenait qu'elle projetait sur moi ses façons de voir et de comprendre.

Ses plus anciens souvenirs remontaient à l'époque où elle habitait chez les grands parents paternels. On lui demandait sans cesse d'être une bonne fille, sinon, elle risquait de déplaire au grand-père qui les jetterait dehors et, alors, ses parents et elle-même n'auraient alors plus de maison où habiter à cause d'elle. Aussi, elle s'empêchait, dès son plus jeune âge, de toute forme d'exubérance, de toute expression de sa volonté, de toute affirmation agressive ou marquée. On l'encourageait à être dans les bonnes grâces des grands-parents, en lui communiquant, de diverses façons, le message à l'effet que le bien-être de la famille dépendait largement de la bonne opinion que ses grands-parents avaient d'elle. Aussi, elle ne jouait pas avec les autres enfants et passait la majorité de son temps avec la grand-mère qui redoutait, elle aussi, les colères et sautes d'humeurs de son mari. Ses parents étaient, on le comprend, égarés, éberlués, inquiets de leur situation incertaine. Le fils travaillant dans l'entreprise paternelle se sentait facilement menacé de renvoie et se vivait fréquemment humilié devant les autres employés. Les parents paraissaient diminués aux yeux de l'enfant qu'était alors ma patiente malgré tout ce que leurs inquiétudes pouvaient avoir de légitime. Pour elle, l'homme fort était le grand-père, mais c'était aussi l'homme qui faisait peur à tout le monde. Sa mère passait assez peu de temps avec elle en l'ayant en quelque sorte confiée à la grand-mère, sa belle-mère. Sa mère lui dit un jour, alors qu'une épidémie sévissait à l'école, qu'elle n'avait pas à s'inquiéter puisque seuls les enfants bons et gentils étaient atteints par la maladie, laissant entendre qu'elle n'était pas encore assez gentille, pas assez bonne et

que le malheur risquait de leur tomber dessus à tout instant. Elle conservait, de sa mère, le souvenir d'une femme plus préoccupée de son apparence et de plaire à son mari que d'une mère préoccupée à prendre soin de son enfant. Elle avait toujours eu le sentiment, même lorsque la famille s'est retrouvée dans une meilleure situation, de cesser d'exister aux yeux de sa mère dès que son père arrivait dans le décor. On comprend que la mère aimait probablement son mari à la folie, comme le disait la patiente, et que le confort de celui-ci passait avant celui des autres. Le père, homme probablement assez narcissique, acceptait cette situation comme un cadeau du Ciel et ne portait attention à sa fille que lorsqu'elle était respectueuse, pleine de déférence à son égard et flatteuse. Le père s'identifiait en cela à son propre père et, comme lui, exigeait l'obéissance, la soumission, l'admiration, le respect de tout le monde dans la famille.

En résumé, cette femme a grandi avec le sentiment d'être davantage une charge pour ses parents et grands-parents, avec le sentiment qu'elle ne pouvait pas leur apporter quelque chose de valable. Elle avait évidemment grand besoin d'attention et d'affection, mais se percevait impuissante et inadéquate à combler ses besoins et demeurait convaincue de ne pas être suffisamment valable pour mériter l'amour de ses parents. Seule la grand-mère semblait lui manifester un certain attachement, mais la grand-mère utilisait davantage l'enfant comme un objet de désennuie pour elle-même plutôt qu'un enfant à aimer de façon authentique. Puisque la grand-mère ne

paraissait pas une personne aimée ni par le grand-père, ni par son père, ni par sa mère, il n'y avait donc aucune valeur liée au fait d'être aimé par cette femme que tout le monde rejetait. Passant la majorité de son temps avec cette grand-mère, elle se sentait tout aussi rejetée que celle-ci. Elle était convaincue que le mieux qu'elle pouvait espérer était d'être tolérée des autres si elle travaillait très fort, ne dérangeait personne, offrant les réponses les plus généreuses possibles aux demandes des autres, inhibant ses propres tendances au plaisir et à l'autonomie. Elle était convaincue que sa vivacité et sa jovialité la faisaient aimer des autres. Elle développait un « faux self » au détriment de son « vrai self ». Elle découvrait, progressivement, en thérapie, que son attitude cachait une profonde insatisfaction d'elle-même et une grande et pénible insécurité face à son acceptation par les autres.

Au fur et à mesure que la patiente racontait son histoire, elle découvrait le parallèle entre ses sentiments envers ses parents et ses sentiments envers son mari, et un parallèle aussi entre ces sentiments envers son expérience relationnelle et ceux qu'elle développait envers moi. Dans chaque situation, elle percevait l'autre comme un être puissant capable de valider sa valeur personnelle, si elle se comportait de manière à satisfaire les besoins de gratifications narcissiques de l'autre. Cet autre omnipotent la protégeait et la sauvait de l'agonie d'être isolée et non aimée. Se sentir acceptée par cet autre puissant lui procurait sa valeur et rien n'était plus important pour elle que cette acceptation, peu importe le prix payé. Je me devais donc de reconnaître

facilement, avec elle, les erreurs que je faisais, reconnaître mes difficultés à la comprendre, etc. afin de ralentir l'idéalisation et lui montrer que d'être imparfait n'est pas une raison suffisante de rejet et d'abandon.

J'ai progressivement découvert que l'attraction de la patiente pour son mari résidait dans le fait que celui-ci provenait d'une famille et d'un milieu bien nanti tant culturellement qu'économiquement. En épousant cet homme, elle obtenait un statut légitime enviable, peu importe les bouleversements familiaux qu'elle avait pu vivre dans son enfance. Elle a pris également conscience que le choix de la carrière d'infirmière était un excellent moyen de se faire accepter rapidement par les patientes et les patients qui alors avaient besoin d'elle et ne pouvaient donc pas la rejeter.

9. Réflexions sur le traitement psychanalytique, suite.

(Diapositive 66)

Les objectifs de la première étape d'une thérapie analytique, on l'a vue plus tôt, sont :

- a) L'établissement d'un cadre de travail proprement thérapeutique capable de contenir la dépendance et les réactions transférentielles qui s'y développe généralement rapidement.

- b) Établir une possibilité de lien entre ce qui concerne l'épisode dépressif et la disposition morbide dans l'organisation de la personnalité, faire le lien entre les événements qui ont précipité l'épisode dépressif et les modes infantiles d'obtention et de maintien d'un sentiment de valeur personnelle. Intéresser la personne à son monde intérieur et à ses modes de fonctionnement et aux motivations qui les sous-tendent.

10. Deuxième étape de la thérapie.

(Diapositive 67) La deuxième étape implique le processus de renoncement aux modes enracinés de comportements et d'attitudes, lesquels, de façon pathologique, apportent au patient un sentiment de sécurité, des gratifications et une prévision dans le temps. C'est le temps du travail d'exploration et d'élaboration, le vrai champ de bataille de la thérapie analytique avec de fréquents avancés, reculs et piétinements. **(Diapositive 68)** Le travail de base implique l'abandon par la personne dépressive de sa dépendance aux preuves extérieures de sa valeur et de risquer s'aventurer avec de nouveaux modes de fonctionnement pour obtenir du plaisir et du sens dans sa vie. La personne a souvent développé une façade qui lui permettait d'être reconnue socialement, tout comme elle avait réussi à faire en sorte d'obtenir la reconnaissance parentale, mais ces façons de faire limitaient sérieusement la reconnaissance tellement recherchée et excluaient d'autres façons de faire avec lesquelles elle aurait pu mieux exploiter tout son potentiel. La plus grande résistance

rencontrée dans ce travail était la crainte viscérale chez cette femme que sa vie allait se vider de son sens si elle n'utilisait plus ses façons de faire habituelles, ses croyances et ses anciens modes d'adaptation. Cette patiente éprouvait alors une angoisse écrasante, paralysante d'être abandonnée ou ridiculisée si elle osait briser les tabous de l'enfance, si elle osait être différemment.

(Diapositive 69)

11. Vignette clinique, suite.

Ainsi, par exemple, elle ne pouvait pas dépenser d'argent pour elle-même sans craindre d'être critiquée par les autres et avoir honte de ses dépenses, même si elle achetait facilement des cadeaux assez dispendieux, voire luxueux pour les autres. Ainsi, une fois, elle se présenta à sa séance avec un vêtement neuf et craignait ma critique. Elle commença par s'excuser de son achat, essayant ainsi d'obtenir de moi une forme de sanction de son comportement. Je l'ai alors confrontée à son besoin de justifier sa dépense, sa tendance à rechercher une autorisation pour utiliser son propre argent. Elle comprenait bien l'irrationalité de sa manière de faire et qu'elle étendait son sentiment de honte au simple fait d'être heureuse et contente d'elle-même. Sa jovialité superficielle ne traduisait en rien un état de bien-être et de contentement intérieur, mais cherchait simplement à favoriser chez les autres un état de bien-être, souvent à ses dépens. Plus tard, en discutant son inconfort à éprouver du plaisir dans ses activités, elle raconta une prétendue faute dont

elle avait très honte. Un homme, qu'elle avait rencontré, lui avait manifesté de l'intérêt et souhaitait une relation romantique avec elle. Ce qui suscita en elle, à la fois, un sentiment agréable et le désir de se sentir attrayante. Cependant, elle se sentait aussi terriblement embarrassée et coupable d'éprouver du plaisir et de se sentir flattée de l'intérêt que cet homme lui manifestât. Elle tentait encore une fois de rationaliser ses sentiments en prétendant être trop vieille pour une telle aventure, mais, suite à ma confrontation (À quel âge on commence à être trop vieux pour les plaisirs de l'amour ?), elle ajouta s'être toujours sentie humiliée par l'attention que les hommes pouvaient lui porter, même lorsqu'elle était jeune. Elle craignait que les hommes ne la perçoivent que comme un objet de satisfaction dont ils abuseraient facilement si elle ne faisait pas attention. Encore une fois, un mode de dévalorisation d'elle-même fut mis à jour et suivi dans ses conséquences quotidiennes. Il en ressortit, quelques séances plus tard, que la patiente pu discuter de ses craintes sur le plan sexuel, de ses désirs inhibés et elle trouva le courage d'aborder ses sentiments envers moi. Elle reconnut une attirance pour moi, mais aussi un besoin de mon aide, mais elle craignait encore que cet aveu ne m'embarrasse et ne m'oblige de quelques manières à elle.

La crainte que ces sentiments soient mal reçus par moi et les autres de son entourage fut analysée. Ce qui a conduit aux sentiments ambivalents qu'elle éprouvait envers sa mère qui transigeait entre ses responsabilités parentales et le besoin de plaire à son mari. Ambivalence entre le désir de recevoir, de

prendre l'attention et les soins que sa mère lui offrait et des sentiments empreints de ressentiment et d'humiliation envers cette mère. Dans cette relation fondamentale, la patiente avait depuis longtemps conclu que c'était forcément elle qui n'était pas aimable, qui était méprisante, que ça ne pouvait certainement pas être sa mère. La relation qu'elle avait avec ses grands-parents et son père était sur le même modèle, à quelques exceptions près et cela confirmait son image négative d'elle-même. Cette image négative d'elle-même fut fortement réprimée vers l'adolescence, à peu près vers le moment où ses parents ont quitté la maison paternelle pour leur propre maison. Elle apprit promptement à se défendre contre toute résurrection de cette image négative dans la conscience. Ce qui n'empêchait pas cette image négative d'influencer sa manière d'être, particulièrement dans les relations plus étroites, intimes. Toute sa vie, elle avait défensivement évité les situations qui pouvaient lui apporter quelque critique ou rejet de son besoin des autres. Elle avait choisi une profession sûre dans laquelle les gens avaient constamment besoin d'elle et elle avait choisi un mari qu'elle croyait sûr parce qu'il n'allait jamais la rejeter ou l'abandonner. Elle évitait de vérifier la véracité de ses croyances à propos d'elle-même (croyances qui ne furent jamais clairement énoncées et qu'elle gardait majoritairement enfouie dans l'inconscient) en limitant ses contacts avec les gens et en restant dans des relations amicales superficielles ou en forçant une réponse positive de l'autre, comme elle tentait souvent de le faire avec moi. Lorsque les autres lui répondaient d'une façon généreuse et avec une authentique préoccupation de

ses besoins à elle, comme cela lui était arrivé à quelques reprises durant son adolescence et durant son cours d'infirmière, elle refusait de croire dans la sincérité de leur attitude et de leur intention. Le processus psychothérapique et la relation transférentielle fournirent l'occasion pour la patiente d'explorer plus à fond ses représentations archaïques inconscientes qui influençaient sa vie, sa manière d'être à la vie et aux autres et avec moi. Une conscience plus mature d'elle-même lui permit progressivement de se juger avec plus d'exactitude et d'objectivité, ce qui produisit lentement une meilleure résistance aux affects pénibles associés aux prises de conscience qu'elle faisait de plus en plus. Elle percevait, enfin, avoir plus de possibilités variées pour répondre à ses besoins d'adulte mature plutôt que de tenter de répondre aux besoins d'une enfant qu'elle n'était plus.

Nous en sommes là, pour le moment, dans cette cure maintenant typiquement psychanalytique.

12. Réflexions sur le traitement psychanalytique, suite.

(Diapositive 70) Tout individu présente des distorsions personnelles, des peurs, des résistances reliées à son histoire de vie. Une dimension fondamentale et universelle est l'équilibre à établir entre une affirmation réelle et des gratifications authentiques versus la culpabilité à l'égard de ses pensées, sentiments, attitudes, comportements et les peurs de perdre les acquis ou les réponses potentielles aux désirs.

(Diapositive 71

13. Vignette clinique, suite.

Un rêve de ma patiente illustre bien la difficulté de cet équilibre. Elle rêve à deux femmes dans une très belle chambre. Une des deux femmes était maigre, triste, non-attractive alors que l'autre était voluptueuse et très jolie, avec plein de tatous compliqués sur son corps. Celle-ci dit : « Utilisez mon corps et je serai heureuse », puis elle se retira dans une chambre de bain très luxueuse, pendant qu'une aura sexuelle suintait de son corps. Alors, cette femme posa un geste sexuel que la patiente qualifia de dégoûtant, sans préciser davantage. On devine qu'il s'agissait de masturbation. Puis, changement de scène, elle était dans une chambre d'hôpital et apprenait d'un garçon qu'elle reconnaît comme un ami du temps de son adolescence, que son père était en train de mourir. La patiente se sentait très coupable de la mort de son père dans le rêve. L'ami de garçon la consolait et lui disait avoir toujours été amoureux d'elle, ce sur quoi elle s'était réveillée.

14. Réflexions sur le traitement psychanalytique, suite.

Ce rêve exprime bien le conflit entre la recherche du plaisir perçu comme la démarche d'un « mauvais-self sensuel » et l'ascétisme de son « bon-self trop sage ». Oser accepter les gratifications narcissiques pouvait entraîner l'abandon et la mort des figures d'autorité. Mentionnons ici, qu'au moment de

la thérapie, le père de cette patiente était décédé depuis plusieurs années déjà, mais son image de dictateur, superposée à celle du grand-père, restait très vivante. Le rêve indique aussi qu'il lui était maintenant possible d'obtenir de l'amour en dehors de la famille. La référence aux amours d'adolescence ou aux aspirations juvéniles n'est pas rare chez les personnes déprimées bien engagées en psychothérapie. Il semble que les efforts normaux pour acquérir l'indépendance et l'individuation à l'adolescence impliquent un désir de briser les frontières familiales, mais que ces aspirations pataugent le plus souvent dans l'intimidation et la culpabilité. Ce type de rêve juvénile faisant la promotion de la liberté est souvent revécu plus tard lorsqu'un patient aspire à se libérer des obligations surmoïques intériorisées qui limitent sa vie et l'exploitation de ses potentialités.

15. Les résistances aux changements.

(Diapositive 72) Les obstacles à des changements sains ne sont pas qu'internes, ils découlent parfois des gens vivants dans l'entourage immédiat de la personne déprimée. Cet entourage s'est habitué à un type de fonctionnement et a souvent su tirer profit du fonctionnement de la personne déprimée. Les personnes proches réagissent parfois négativement au nouveau sens de soi que la personne développe en thérapie, cette nouvelle estime d'elle-même menace et irrite les personnes proches qui réprouvent la thérapie et conseillent d'abandonner. Cette résistance au changement peut se retrouver

chez les parents, collègues de travail, employeur, amis et amies, mais surtout chez le conjoint ou la conjointe. Il est évident que le ou la partenaire de vie souhaite une amélioration de la personne déprimée, qu'elle ne désire pas qu'elle continue à souffrir de la dépression. Mais, en même temps, le conjoint ou la conjointe ne souhaite pas non plus abandonner ou modifier le mode relationnel établi depuis parfois longtemps, sans pour autant comprendre que c'est précisément ce mode relationnel qui a facilité la récurrence de la dépression. Le renforcement des facteurs dépressifs de la part du ou de la partenaire de la personne déprimée est tellement fréquent que certains psychothérapeutes²⁰ recommandent une thérapie conjugale concurremment à la thérapie individuelle.

16. Troisième étape de la thérapie.

(Diapositive 73) Si la thérapie fonctionne bien et passe à travers cette troisième phase, alors la personne dépressive fait progressivement montre d'une nouvelle intégrité dans ses relations et laisse voir de plus en plus ouvertement ses sentiments autant négatifs que positifs, autant sa colère que sa joie, elle ne recourt plus au masquage de ses sentiments, comme avant, afin de ménager les susceptibilités des uns et des autres à ses dépens. Ce qui caractérisait son mode relationnel antérieur. On voit aussi apparaître un certain humour que l'on ne connaissait pas à la personne et cela indique un

20 . FORREST, T. (1967). *The combined use of marital and individual therapy in depression*. Contemporary Psychoanalysis, 6, 76-83.

changement en profondeur dans la personnalité. La personne fait également preuve d'une meilleure spontanéité dans son comportement et une attitude plus philosophique envers les échecs et les déceptions inévitables de la vie quotidienne. Un autre signe positif est l'abandon des préoccupations hyper morales devant les événements, comme si tout ce qui survient doit forcément dépendre de la faute de quelqu'un. Cependant, l'indice le plus important est le développement d'une habileté à devenir authentique et empathique avec les autres au lieu d'établir une relation transférentielle avec les personnes rencontrées et de les considérer comme des dispensatrices de louanges et de récompenses ou de punitions et de condamnations.

Enfin, on termine d'en débattre avec les fantômes du passé. Au fur et à mesure que la personne en arrive à percevoir les gens autour d'elle comme nécessairement imparfaits luttant contre leurs propres difficultés à trouver un mode de vie satisfaisant, elle en arrive également à comprendre que les événements et les forces du passé comme des facteurs qui l'ont aidé à se construire une personnalité et non plus comme des munitions pour adresser des reproches aux personnes importantes de l'enfance. Idéalement, cette compréhension corrige les distorsions du passé et met en garde la personne de répéter les mêmes erreurs dans sa vie de tous les jours et qui résulteraient encore en d'autres épisodes dépressifs.

Avril 2002

André Renaud
Psychologue et psychanalyste