

Mélancolie et Dépression

Département de Formation Paris XVII
Cours de l'école de psychosomatoanalyse
Docteur Erick Dietrich

" Le dépressif est en manque d'avoir pour être et le mélancolique en manque d'être pour avoir." (Ado Huygens).

« Le mélancolique, dans l'obscurité de la plainte permanente et de l'horreur qu'il fait partager à tous, est potentiellement un dieu maniaque, triomphant, assourdissant, dévorateur, et, pour tout dire, en proie à une passion que nous nous devons de reconnaître sous l'apathie et le désintérêt apparent à l'égard du monde et des autres. » Jacques Hassoun, La cruauté mélancolique, Aubier, 1995.

Nous allons aborder dans ce texte la mélancolie et la dépression. La mélancolie a à voir avec l'être et la dépression avec l'avoir. La mélancolie fait partie du registre des psychoses, elle est même au-delà. La dépression est un trouble de l'humeur. Un coup funeste fut porté à la mélancolie qui fut réduite à une affection psychopathologique. Donnons donc avant de commencer notre propos, les définitions plus psychiatriques de la mélancolie et de la dépression.

Définition de la mélancolie

Etat de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale, et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices. Cette dépression profonde de l'humeur est marquée par :

- 1/ une inhibition psychomotrice (perte de l'initiative, ralentissement psychomoteur, parfois état de stupeur...),
- 2/ une douleur morale intense avec désespoir, anxiété majeure et auto dépréciation,
- 3/ des idées délirantes sur le thème de l'indignité, de la culpabilité, de la ruine...
- 4/ un risque suicidaire élevé.

Nous voyons donc que la psychiatrie présente la mélancolie comme un versant décompensé de la dépression et l'inscrit de ce fait dans la psychose maniaco-dépressive donc à l'opposé de la manie.

Définition de la dépression

La dépression est à la fois un symptôme et un syndrome fréquents, elle est définie comme un trouble de l'humeur. Elle peut aussi être une maladie psychiatrique à part entière. La dépression est

associée au suicide. Dans une dimension plus philosophique, nous pensons que les troubles de l'humeur ont trait essentiellement à une manière de vivre le temps et de s'expliquer avec lui ; ou encore, que la souffrance spécifique de la dépression est une façon particulière d'être affecté par le temps, une façon de pâtir du temps. La dépression survient lorsque la temporalisation spontanée, involontaire, irréfléchie se fait mal, lorsque interviennent dans la vie de l'homme des phénomènes de dysrythmie, d'enlèvement dans le passé, du ralentissement du flux du présent vivant et somatique (*Ludwig Binswanger, Erwin Straus, et Jaques Schotte*), ou « encore une déchirure dans le flux des désirs dirigé vers l'avenir » (Erick Dietrich).

Symptômes généraux

1/ Dysphorie (ou tristesse pathologique). C'est un vécu douloureux dans le regard que le sujet porte sur lui-même. Sentiments de culpabilité, de dévalorisation.

2/ Inhibition psychique. Manifestée par un ralentissement des processus intellectuels, instinctuels. Lenteur dans l'idéation, diminution de la faim, des désirs sexuels...

3/ Inhibition motrice.

4/ Anxiété. Peur de la perte, de l'abandon. Se manifeste par un vécu de perte, ou de façon impulsive dans des conduites suicidaires.

5/ Symptômes somatiques, biologiques et comportementaux. Souvent isolés, rendant difficile la pose du diagnostic. On voit par exemple des troubles du sommeil isolés (fatigue le soir et réveil très précoce avec anxiété), des dysomnies, des insomnies, des troubles digestifs, une constipation chronique, des troubles neurovégétatifs (baisse du rythme cardiaque, hypotension...), des troubles du langage...

Revenons à la mélancolie. Elle peut-être vue comme une forme de conscience suraiguë de la finitude semble, au point qu'on a pu voir en Adam, voué à l'exil et à la séparation d'avec un primordial Eden. Il convient de protéger le mélancolique, tout en se laissant instruire par lui, tout en accueillant ce qui, dans la morosité de sa posture ou dans la virulence de ses actes excessifs, exprime son insatisfaction.

Dans l'Antiquité grecque, la mélancolie (étymologiquement « bile noire ») est affection qui concerne tout sujet souffrant d'un excès ou d'un défaut se produisant au sein de l'harmonieux mélange des quatre humeurs, cet équilibre préside à l'équilibre psychosomatique de l'espèce humaine. Ces quatre humeurs sont le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. Le mélancolique est, par Aristote, arraché à la scène de la folie mystique ou du délire sacré, scène dans laquelle Platon l'avait immergé dans son Phèdre.

À la différence de la maladie qui est une forme d'enkystement mélancolique, le génie mélancolique se tient bien là dans l'art d'accommoder les restes et dans la farouche obstination à ne pas se satisfaire de la morosité journalière. La mélancolie touche alors à la frontière, frontière entre génie et folie, entre excès et détachement. La dialectique mélancolique ne repose pas sur l'art humain, ou trop

humain, des possibles. La mélancolie est fixée à une étrange cause, une ouverture à la différence ontologique, où la Vérité serait du côté non de la raison commune et du Logos patiemment médité, mais du trop. Du trop tôt ou du trop tard, du trop de désir ou du trop peu. Le mélancolique aristotélicien est devenu ontologiquement le créateur de génie dans la mesure où il a su se rendre transitoirement captif d'un impossible et d'une désillusion.

La mélancolie exalte nos tendances à l'ostracisme et au repli, elle nous ouvre l'espace d'un exode intérieur infinie (Erick Dietrich).

Examinons, les trois traits spécifiques de la dépression en les éclairant en fonction de la problématique de la temporalité et par rapport à l'inscription d'un individu dans un présent inadéquate, un passé abscons et un futur incertain.

1/ la dysrythmie : la perte du rythme porteur qui soutient l'articulation de l'existence

2/ l'anhédonie : la perte du plaisir d'exister

3/ l'anormie : le manque d'élan qui se manifeste aussi bien au plan corporel (impression de lourdeur), qu'au plan psychique (difficulté de prendre des initiatives, de se mettre au travail, de faire des projets, d'anticiper sur le futur imminent).

Dysrythmie, anhédonie et anormie sont les trois facettes d'un même prisme où la pulsion porteuse du temps est enlisée, ces phénomènes sont aussi vécus au niveau de la sensation corporelle. Erwin Straus et Ludwig Binswanger parlent du temps et de l'espace comme de la dimension où le psychique et le corporel ne font qu'un. Erwin Straus dit : "*Le développement historique individuel dépend de part en part des potentialités biologiques et de l'histoire biologique de l'individu*". Le Bios - la dimension vivante de l'individu - est historique ; autrement dit, le sujet doit être lui-même réintroduit dans la biologie. C'est à cette tâche - éthique et anthropologique - que le philosophe peut contribuer dans son dialogue avec la psychiatrie et la médecine en général.

On aurait tort de ne voir dans la mélancolie qu'une forme de manque, une passivité de l'âme et une tendance chronique à la dépression. Ce dernier terme, en particulier, occulte le caractère passionnel et virulent d'une attitude qui consiste à s'accuser soi-même de tous les péchés, de toutes les indignités, et à se représenter comme l'être le plus immonde qui soit. Autrement dit, comme le remarque finement Serge André, le sujet mélancolique ne se contente pas de se plaindre, il porte plainte littéralement contre ce qu'il est devenu lui-même, objet-déchets livré à l'utilisation de l'Autre, et contre elles et ceux qui gouvernent le monde.

Pour reprendre les hypothèses du cours sur psychoses, névroses et perversion (Département de formation Paris XVII), l'identification du mélancolique au statut d'objet et la jouissance qui s'y attache, permet de relier de la structure mélancolique avec la structure perverse. Le sujet mélancolique semble avoir perdu toutes les illusions composant ordinairement l'idéal du moi. Le moi subit une désidérialisation ou nous pourrions aussi dire le moi est maltraité par l'idéal du moi.

La transformation en manie ne constitue pas un trait indispensable de la mélancolie. Il y a des mélancolies simples, à accès unique, les événements extérieurs jouent un rôle étiologique évident dans les accès mélancoliques et/ou maniaques. Dans notre expérience clinique, nous avons souvent

remarqué qu'à la suite d'évènements qui ont entraîné le détachement de la libido d'un objet aimé ou des évènements au cours desquels l'objet a été abandonné apparaissent des mélancolies spontanées ou la transformation en manie d'une phase mélancolique, avec retour consécutif à la mélancolie, le cycle recommençant ainsi plusieurs fois. Nous retrouvons donc fréquemment la révolte périodique du Moi contre l'idéal du Moi.

L'approche de Binswanger qui est plein de regret que la théorie psychanalytique reste fermée sur elle-même, sans pouvoir s'élever jusqu'à Freud, qui demeure «un grand esprit», nous ouvre d'autres horizons. Et si l'inconscient n'était pas, en somme, l'équivalent de «la chose en soi» de Kant ?

Au-delà de l'analyse existentielle du manque mélancolique, de ce temps immanent d'une «pensée sans ombre», d'un mode de vie au « plus que présent » du maniaque, pour «comprendre» plus loin que l'interprétation du symbole et du double sens, et pour accéder à cette angoisse métaphysique du mélancolique dans son « hégélien génie pour souder la philosophie de la nature avec celle de la conscience malheureuse» Binswanger fait un retour définitif à Husserl, pour mieux situer le drame dans l'effondrement de cette conscience transcendante. Car plus profondément que l'expérience intérieure, une «intentionnalité essentielle» soutient l'être dans ce mouvement de «moments de conscience constituants». Il ne suffira plus de dire que «le passé ne passe pas», mais, plus dramatiquement encore, qu'«il n'a pas de possibilité», comme fixé dans une représentation qui saisit le temps dans les filets de l'espace. C'est ici l'unité de la forme fondamentale de l'être trop négativement réduit à un endogène somatisé, qui se trouve ébranlée, dans la mélancolie, atteinte à sa source vive, au point sensible et d'indicible du « pur ego », blessé et terriblement lucide sur sa propre détresse.

Revenons aux signes cliniques de la mélancolie

La mélancolie représente la forme majeure des états dépressifs. Qu'elle soit réactionnelle à un événement ou d'apparence spontanée, elle s'installe progressivement sur plusieurs semaines.

Début : Le début est habituellement progressif et insidieux. Pendant quelques semaines le malade se sent envahi par le découragement, l'insécurité. Il devient sombre, pessimiste, morose, sans élan. Son humeur est triste. La fatigue et un malaise général lui font cesser ses activités sociales, professionnelles. L'insomnie est précoce et constante. Quand il parvient à s'endormir, c'est pour se réveiller définitivement au bout d'une heure. Le patient éprouve des sensations physiques pénibles dans le corps, maigrit, souffre de céphalées.

Période d'état : Elle se trouve réalisée en quelques semaines, plus rarement en deux ou trois mois. L'aspect du mélancolique est pâle, prostré, immobile, muet ou ne préférant que plaintes et gémissements. Son visage devient tragique, ses traits sont décomposés. Il refuse toute nourriture, déambule lentement jour et nuit en proie à une angoisse très perceptible. Chez les femmes, on constate souvent une aménorrhée. Le ralentissement du tractus digestif entraîne des constipations,

de l'aérophagie. Le patient a un pouls inconstant, une tendance à l'hypotension. Quand il communique, c'est pour s'accuser ou demander qu'on mette fin à sa vie. Il existe alors un grand risque suicidaire.

Le syndrome mélancolique comprend :

- 1/ une humeur triste
- 2/ un ralentissement idéomoteur
- 3/ des idées de suicide
- 4/ une réticence aux sollicitations
- 5/ des insomnies, des troubles digestifs, une perte d'appétit, un désintérêt global.

Formes sémiologiques

Mélancolie stuporeuse : Dans cette forme, le ralentissement idéomoteur est maximum. Au cours de l'état de stupeur mélancolique, les mouvements volontaires sont suspendus, et il existe une véritable sidération des activités motrices de l'expression. Le visage est inexpressif, figé dans une mimique de tristesse intense. Les paupières sont immobiles, le regard est fixe, des larmes apparaissent parfois. Attention: les idées mélancoliques demeurent très actives et il faut craindre le raptus de suicide chez ce patient. On note une opposition à tout essai d'alimentation.

Mélancolie anxieuse ou délirante : Le ralentissement idéomoteur disparaît au profit de l'agitation anxieuse. Le patient ne peut tenir en place, va et vient, guette aux portes. Il est aux aguets, se lamente, essaie de fuir devant un danger imaginaire. La peur est l'élément dominant de cette forme de mélancolie, et elle est vécue comme une véritable panique. Le mélancolique anxieux est en proie à une dramatique agitation. Dans certains cas on notera la présence envahissante de délire à thème de persécution, ou hypocondriaque (certains auteurs classeront la mélancolie délirante dans une catégorie distincte de la mélancolie anxieuse). La mélancolie peut revêtir plusieurs aspects. Il pourra ainsi y avoir l'apparition de thèmes délirants (persécutifs ou hypocondriaques).

Psychose maniaco-dépressive : La mélancolie représente la phase d'humeur triste et de sentiments dépressifs d'une affection mentale caractérisée par l'alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques. Ces accès aigus sont séparés par un intervalle au cours duquel le sujet vit normalement, en parfaite relation avec son entourage. La mélancolie peut aussi représenter la seule forme de renouvellement des accès. Le début de l'affection se situe avant la quarantaine. La période d'état est représentée par un accès de mélancolie franche aiguë. On recherchera pour confirmer le diagnostic : la fréquence des antécédents familiaux (mélancolie et manie), le caractère cyclothymique du patient avec tendance fondamentale à des oscillations de l'humeur. Le pronostic à long terme est celui de la récurrence, surtout s'il existe une répétition fréquente des accès dès le jeune âge.

Mélancolie d'involution : L'accès mélancolique apparaît à l'âge moyen de la vie (après 50 ans) et surtout chez les femmes. Cette mélancolie est caractérisée par une absence d'antécédents psychiatriques personnels, un fond de personnalité obsessionnelle (méticulosité, recherche de l'ordre, entêtement), des craintes hypocondriaques, des manifestations hystéroides avec maniérisme et théâtralisme, de l'angoisse et de l'agitation. Le syndrome mélancolique est alors d'installation progressive, plus souvent modéré que sévère. La mélancolie d'involution survient souvent à la suite de deuils, de difficultés sociales ou professionnelles.

Traitement d'urgence : Bien que cet article s'adresse à des thérapeutes, n'oubliez jamais que le traitement peut s'avérer nécessaire, donc que vous soyez thérapeute médecin ou non-médecin, adressez-vous toujours à un psychiatre. Le risque suicidaire, la recherche de la mort et le refus des moyens de vivre (refus de nourriture, perte des instincts de conservation...) vont dicter une conduite urgente. Ce sera l'hospitalisation avec la mise en place d'un traitement antidépresseur (pharmacologie par voie parentérale) ou par électroconvulsivothérapie (si c'est une question d'heures) associé à une nutrition et une hydratation immédiates. L'utilisation des antidépresseurs et celle des neuroleptiques sédatifs permet généralement d'obtenir en une ou deux semaines la guérison de deux cas sur trois. L'ambiance autour du patient doit être faite d'attitude généreuse, de soutien fondé sur la compréhension de la douleur morale. L'isolement relatif est prescrit selon l'effet des visites sur le patient. La surveillance du risque suicidaire sera constante sans trop peser. La pose quotidienne de perfusions d'antidépresseur sera l'occasion d'être présent au lit du patient pour l'engager à exprimer son mal-être. Attention à la levée de l'inhibition qui survient après quelques jours de traitement antidépresseur (entre autre avec l'Anafranil) : on associera souvent pour y remédier un anxiolytique ou un neuroleptique (à action anxiolytique et sédatif comme le Tercian par exemple).

Lacan parle extrêmement peu de la mélancolie.

La mélancolie est une clinique à ciel ouvert de l'objet du désir, une laparotomie de l'inconscient, où l'objet du désir n'est plus refoulé mais forclus. Elle offre une clinique de l'objet qui n'est plus pris dans la métaphore de l'amour dont Lacan souligne les limites à la fin de son séminaire sur le Transfert : "L'amour ne peut que cerner le champ de l'être..." soit : le rapport à l'objet ne se fait que par la métaphore, métaphore de l'amour, qui substitue le désirant au désiré. La mélancolie, c'est là tout l'essentiel de son intérêt analytique, montre une catégorie clinique où s'observe cette vacillation du rapport avec l'objet cause du désir, qui dans les crises, n'est plus derrière le paravent du trait uniaire qui procède d'une identification symbolique du sujet au lieu de l'Autre.

Mélancolie et phénoménologie : le mélancolique comme déchet de l'idéal. Au lieu de «Là où c'était dois-Je advenir» (Wo es war soll ich werden) on peut entendre chez le mélancolique quelque chose de l'ordre de « Là où c'était, y suis-Je encore, Je est resté, et n'adviens-Je pas à la signification de ce que «Je» devrais dire». Où ce «Je» est traîné comme un boulet dans la chaîne du discours. L'acte suicide est une tentative de guérison radicale : sûrement détache-t-elle le boulet, mais malheureusement la chaîne disparaît également pour le sujet qui n'est plus.

Sur la dépression

Dépression simple : Se manifeste alors une asthénie physique ou psychique. La dépression est le résultat soit d'une faillite précoce de l'établissement de la relation orale dyadique mère/enfant, soit cette relation a pu s'établir mais pour diverses raisons l'objet d'amour libidinal a été perdu plus ou moins complètement, sur le mode anal du cadeau repris.

Le tableau clinique de la dépression comporte :

- a) - L'humeur triste
- b) - L'inhibition des activités physiques, psychiques et sexuelles avec asthénie
- c) - L'insomnie surtout du matin
- d) - La douleur morale avec vécu dépressif entraînant une auto-dépréciation, un sentiment de culpabilité qui peuvent évoluer rapidement parfois vers l'auto-accusation, l'autopunition et l'autodestruction.
- e) - Le cortège des problèmes somatiques.

Forme anxieuse : Dominée par le vécu angoissant de la situation, avec culpabilité et crainte d'une catastrophe. Aucune recherche d'aide et donc grand risque de suicide.

Forme neurasthénique : Personnalité hystérique de base qui s'exprime dans son corps par un mal être

Forme caractérielle : C'est un mécanisme de défense

Classification des dépressions

Endogènes (ou psychotiques) : Cas des PMD ou d'involution, qui est plus une forme mélancolique des PMD qui aujourd'hui n'est plus classée de façon autonome

Exogènes (ou symptomatiques) : Névrose. Symptôme dans une structure névrotique

Paranoïaque : Symptôme dans une structure paranoïaque

Dépression masquée : Dépression qui s'exprime dans le corps sans qu'il y ait de vécu dépressif. Quand on traite le côté dépressif, le côté somatique se rétablit.

Dépressions névrotiques : Caractérisées par un sentiment de perte ("Avant, je n'étais pas comme ça..."), avec angoisse dépressive où le sujet revit un abandon. On observe chez ces déprimés un centrage narcissique, une honte. Le symptôme dépressif vient combler le vide et

le manque. Le fonctionnement du névrosé est très répétitif. A l'occasion de ces dépressions, on peut voir apparaître des symptômes névrotiques, comme les traits hystériques, obsessionnels et phobiques. Le sujet déprimé cherche des relations d'Objet narcissiques, des relations en miroir, pour le soutien, qui évitent de rechercher des Objets d'identification.

Réactionnelle, (exogène) liée à un facteur déclenchant

Secondaire : Somatique (maladie, intoxications, ménopause)

Réflexion : "Comment faire, une fois la relation fusionnelle (avec la Mère) terminée, pour éviter la dépression ?" Un des moyens est de somatiser, un autre de répéter (l'élément dépressif) !!!

La notion de dépression tourne autour de la problématique de la perte. FREUD, dans "Métapsychologie", l'inclut dans un processus de deuil. Le dépressif vit dans la perte d'un Objet très aimé et idéalisé. Mélanie KLEIN, dans la phase dépressive du 8e mois, parle de l'Enfant qui ne pourra plus être le premier Objet d'amour de la Mère. Toutes les expériences dépressives, de rupture dans la vie seront constituées en dépendance de la phase dépressive du 8e mois. Si l'Enfant n'arrive pas à réinvestir dans un deuxième temps sa Mère de façon satisfaisante, on pourra alors parler de structure dépressive, amenant le sujet à s'appuyer sur son entourage. Les personnalités à fort Idéal du Moi seront plus dépressives (ces personnes n'arrivent pas à faire le deuil d'une image trop idéalisée du Moi).

On peut aussi se poser la question de la place de la dépression dans la psychose : La dépression peut-elle y être créatrice de guérison ? Toute expérience de la perte, si elle est vécue, est une expérience de re-élaboration interne et psychique. Ce qui garde le mieux en vie c'est la pensée, l'élaboration mentale. Il y a chez chaque individu la création d'Objets imaginaires. Les Objets imaginaires du dépressif ressemblent aux Objets imaginaires du délirant. Si dans la dépression l'Objet aimé n'existe plus, le sujet peut se rebeller et le remplacer par un Objet Hallucinatoire psychotique (Objet merveilleux). Ce contournement pose la question du pourquoi.

L'espace est comme une enveloppe du Moi. Plus la réalité extérieure est menaçante, plus les ressources du Moi sont restreintes et plus l'enveloppe se rétrécit, pour ne devenir que l'enveloppe corporelle. C'est pour cela que certains malades, et pas seulement les dépressifs ou les mélancoliques, en viennent à ne plus sortir du lit.