

## ***Le complexe de la dépression essentielle***

1. Introduction.....	1
2. La psychosomatique psychanalytique.....	1
3. Théorie psychosomatique psychanalytique .....	2
Poussée évolutive et contre-évolutive.....	2
Instincts de vie et de mort .....	3
L'angoisse .....	3
Trauma et fixations.....	3
Le faisceau central commun .....	3
Les chaînes latérales évolutives .....	3
Les dynamismes parallèles .....	3
Fixations précoces et tardives.....	3
Névroses mentales, névrose de caractère, névrose de comportement.....	4
4. La dépression essentielle.....	4
Définition .....	4
Les désorganisations régressives.....	4
Les angoisses diffuses .....	4
La dépression essentielle : situation de crise.....	4
Symptomatologie négative .....	4
L'investigation clinique .....	5
Disparition du sentiment inconscient de culpabilité.....	5
Préséance de l'instinct de mort .....	5
Envahissement mental par le factuel .....	5
Risque de survenue de maladie somatique .....	6
Évolution.....	6
Prise en charge .....	6
5. La vie opératoire.....	6
Un phénomène installé dans la chronicité.....	6
Déssexualisation de la vie mentale.....	6
" <i>L'inconscient reçoit mais n'émet plus</i> " .....	7
Persistance des conduites automatiques.....	7
Évolution et prise en charge.....	7

### **1. Introduction**

Le titre de cet exposé, "*Le complexe de la dépression essentielle*" suppose qu'il s'agit de présenter une constellation de divers éléments qui gravitent autour de ce que l'on nomme "*dépression essentielle*", concept central que nous allons expliciter.

De fait, il nous faudra parler ici de certains concepts fondamentaux de la psychosomatique psychanalytique, c'est-à-dire aussi de la psychanalyse : l'angoisse, le traumatisme, la carence représentative, la désorganisation progressive, la dépression essentielle, la pensée opératoire.

### **2. La psychosomatique psychanalytique**

Qu'il y ait un lien entre fonctionnement mental et somatique est une idée ancienne. On peut se reporter à divers articles qui reprennent l'histoire de la psychosomatique. Non de la "médecine psychosomatique", ni des "maladies psychosomatiques", mais

bien, tel que l'affirmait Pierre Marty, de "l'unité psychosomatique. Il y a dans l'*Encyclopédie Médico Chirurgicale* un article de Gérard Pirlot<sup>1</sup> qui retrace cette histoire. Le modèle de l'école psychosomatique de Paris.

Pierre Marty, avec Michel Fain, Michel de M'Uzan, Christian David, est le réinventeur de la psychosomatique à partir du corpus théorique freudien. Ces auteurs psychanalystes ont créé l'*École Psychosomatique de Paris* dans les années 1960. Le cadre de leur pensée se veut matérialiste, moniste, évolutionniste, expérimental. Réfutant le concept de « *maladies psychosomatiques* », Pierre Marty a renoncé aux modèles psychosomatiques antérieurs (les "*profils psychosomatiques*" d'Alexander et de l'Ecole de Chicago, le modèle de la *conversion hystérique* proposé par Freud et développé par Valabrèga).

Ces auteurs ont reformulé les rapports entre soma et psyché d'une façon nouvelle en élaborant un certain nombre de concepts nouveaux que nous allons devoir examiner. S'il ne s'agit pas de conversion hystérique, il n'y a pas de "sens" à rechercher dans la maladie, au sens d'un fantasme inconscient à rendre conscient, ce qui se travaille dans le cadre de la "*cure-type*". Il y a plutôt une situation historique individuelle à constater (la maladie comme aboutissement régressif aléatoire), puis à expliciter (lien avec l'histoire du patient et le traumatisme déclencheur de la désorganisation mentale), enfin un élan vital à réanimer (cure de parole, certes, mais dans un cadre analytique adapté).

Pour les inventeurs de la psychosomatique psychanalytique, il va de soi qu'une bonne connaissance de la psychanalyse est un préalable indispensable à la prise en charge de patients atteints de maladies somatiques.

### 3. Théorie psychosomatique psychanalytique<sup>2</sup>

#### Poussée évolutive et contre-évolutive

Le développement individuel de l'être humain commence à la conception. De fait, si l'automation du programme génétique, issu de la phylogenèse, préside au développement embryonnaire<sup>3</sup>, puis foetal, on sait maintenant que l'épigénèse<sup>4</sup> imprime très précocément l'empreinte de l'environnement dans cette histoire devenue dès lors individuelle. Il y a donc initialement une "*poussée évolutive*" : le bébé n'a pas le choix, il doit grandir. Il s'agit encore d'instincts et non de pulsions car la vie psychique et la conscience n'interviendront que plus tard et très progressivement au rythme de la myélinisation du lobe frontal et des "*boucles ré-entrantes hypothalamo-corticales*"<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> PIRLOT, G. "*Modèles actuels en psychosomatique*", Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

<sup>2</sup> Se référer aux publications suivantes :

MARTY, P., DE M'UZAN, M., DAVID, C., *L'investigation psychosomatique*, PUF, 1966

MARTY, P., *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, 1979

MARTY, P., *L'ordre psychosomatique*, Payot, Paris, 1985

MARTY, P., *La psychosomatique de l'adulte*, Que sais-je, 1990

MARTY, P., *La pensée opératoire*, Revue Française de Psychosomatique, 1994, N°6.

MARTY, P., *Le cas Dora et le point de vue psychosomatique*, Revue Française de Psychosomatique, 1997, N°12.

MARTY, P., *La dépression essentielle*, Revue Française de Psychosomatique, 1995, N°8.

MARTY, P., *Le processus de somatisation*, Revue Française de Psychosomatique, 2001, N°19

<sup>3</sup> CHANGEUX, JP. (1983), *L'Homme neuronal*, Pluriel, Paris, 1983.

<sup>4</sup> ROSIER, F. (2012), *L'épigénétique, une hérédité sans ADN*, Le Monde, 14/04/2012.

<sup>5</sup> EDELMAN G., TONONI G., *Comment la matière devient conscience*, Odile Jacob, 2000.

### **Instincts de vie et de mort**

Très tôt, instinct de vie et instinct de mort, mouvements de constructions et de destructions, sont au service du vivant pour sculpter<sup>6</sup> l'individu. Cette poussée évolutive peut se trouver contrariée par une poussée contre-évolutive qui la retarde, la dévie, la fait régresser, voire l'anéantit.

### **L'angoisse**

Trois événements peuvent contrarier le développement mental d'un individu : le traumatisme, la maladie, la vieillesse. Ces trois événements sont actifs sur le fonctionnement mental par un phénomène unique que tous produisent : l'angoisse.

### **Trauma et fixations**

Tous trois exercent une pesée traumatique plus ou moins durable et vont provoquer, dans la marche du développement libidinal, des épisodes de fixation en des points précis du déroulement du programme développemental que nous allons évoquer (l'un d'eux a une importance majeure : la seconde phase du stade anal).

### **Le faisceau central commun**

Ce développement mental physiologique ne pourra reprendre son axe normal (Marty l'appelle "*faisceau central commun*") que si le niveau d'angoisse circulante est redevenu tolérable, ne dépasse pas un seuil d'excitation toxique. Ces paliers de fixations, marques indélébiles de l'histoire individuelle, serviront plus tard de paliers de décompression, de régression dans les épisodes de désorganisation mentale que tout à chacun traverse.

### **Les chaînes latérales évolutives**

La déviation de la trajectoire du développement physiologique ("*axe de la mentalisation*") provoquée par une fixation va entraîner la poussée évolutive sur une voie de traverse ("*chaînes latérales évolutives*", les névroses ; protection par le refoulement) qui peut, ou pas, retrouver l'axe central.

### **Les dynamismes parallèles**

Cette déviation peut en effet s'écarter fortement de l'axe de la mentalisation et suivre un destin parallèle sans communication avec le faisceau central commun : il s'agit alors d'un "*dynamisme parallèle*" (psychoses, perversions ; protection par le clivage). Plus la fixation est précoce (largement pré-œdipienne) dans l'histoire de l'individu, plus elle a de chance de générer un dynamisme parallèle, peu relié au fonctionnement de la seconde topique (moi-idéal infantile prédominant) et relié de façon univoque à la première topique (pré-conscient non-fonctionnel, prévalence du ça).

### **Fixations précoces et tardives**

Les fixations tardives (péri-œdipiennes) donneraient plutôt naissance aux chaînes latérales évolutives, susceptibles, elles, d'être bien installées dans la première topique (pré-conscient fonctionnel) et reliées au fonctionnement de la seconde topique (surmoi, idéal du moi). Ces marques des fixations évolutives restent parlantes dans la personnalité d'une personne sous forme de traits de caractères.

---

<sup>6</sup> AMEISEN, JC, *La sculpture du vivant, Le suicide cellulaire ou la mort créatrice*, Point, 2003

## Névroses mentales, névrose de caractère, névrose de comportement

Pierre Marty distingue ainsi les névroses mentales, configuration compactes (la défense contre l'angoisse utilise préférentiellement un modèle hystérique, phobique, obsessionnel : la voie régressive les utilise aussi préférentiellement) et les névroses de caractère, configurations plus éclatées où les systèmes de défense contre l'angoisse sont multiples.

## 4. La dépression essentielle

### Définition

La dépression essentielle appelée dans un premier temps "*dépression sans objet*" (en 1963, dans *l'Investigation Psychosomatique*), est finalement dite *essentielle* car il y a abaissement du tonus libidinal sans contrepartie économique positive.

C'est une dépression qui ne se voit pas, qui ne présente pas les caractéristiques symptomatiques des autres dépressions.

Elle ne peut s'apprécier que dans le mode de relation avec l'investigateur.

Seuls parfois peuvent émerger des épisodes d'angoisse diffuse, signalant l'encore instabilité provisoire de cette dépression.

### Les désorganisations régressives

Dans la vie adolescente et adulte, si une angoisse trop forte dure trop longtemps, un mouvement contre-évolutif peut s'installer et déclencher une désorganisation progressive. Ce mouvement régressif désorganisateur est fondé sur la prévalence de l'instinct de mort. Ce mouvement contre-évolutif insistant, que les paliers de fixations n'arrêtent pas, va provoquer la disparition, les unes après les autres, des fonctions mentales les plus évoluées, à commencer par la relation d'objet œdipienne, considérée comme la pointe évolutive. Se produit un retour aux modes antérieurs de relation d'objet (narcissisme, auto-érotisme, voire, finalement, relation anobjectal) et de satisfaction libidinale (anal, oral).

### Les angoisses diffuses

Les angoisses deviennent anobjectales, diffuses, sans valeur de signal qui mettrait le patient en quête de représentation (capacité de liaison : "*De quoi ai-je donc peur ?*").

L'angoisse devient diffuse, automatique, archaïque, sans possibilité de liaison. La survenue d'angoisses diffuses signale le basculement de l'angoisse à la dépression.

### La dépression essentielle : un état intermédiaire.

La dépression essentielle correspond à une situation de crise de l'économie psychosomatique, un moment dangereux, à risque au décours d'une désorganisation progressive. Mais elle est une crise sans bruit, prélude à la vie opératoire. Elle comporte un risque de déclenchement d'une maladie somatique, peut-être par dépression immunitaire<sup>7</sup>

### Symptomatologie négative

C'est une dépression sans manifestation psychopathologique classique repérable, si ce n'est l'abaissement du tonus libidinal à la fois objectal et narcissique, le défaut d'investissement et de contre-investissement dans l'entretien.

---

<sup>7</sup> BILLIARD, I, *Somatization, psychanalyse et sciences du vivant*, Eshel, 1994.

Il n'y a pas d'objet de recours, ni intérieur ni extérieur (d'où le terme ancien de dépression sans objet).

### L'investigation clinique

L'investigateur a l'impression qu'il ne peut pas entrer dans le monde du patient. C'est comme si le patient parlait de quelqu'un d'autre que lui, sans aucune émotion ; il soumet son cas. Il n'y a pas d'évolution dans l'entretien, pas de dynamique de la rencontre interpersonnelle. Le patient n'a pas de demande, ne souffre pas, ne se plaint pas. Il est arrivé comme par hasard à une consultation qu'il n'a ni choisie, ni refusée.

L'investigateur doit rechercher les manifestations négatives s'inscrivant dans les domaines de l'absence de coordination et du morcellement fonctionnel affectant les deux systèmes topiques dont les différentes instances ne communiquent plus entre elles.

Il s'agit de repérer cet effacement sur toute l'échelle de la dynamique mentale, des fonctions mentales capitales (identification, introjection, projection, déplacement, condensation, association d'idées) allant jusqu'à l'effacement de la vie onirique et fantasmatique, preuve que la préséance libidinale serait, là, submergée.

Ainsi la dépression essentielle est une désorganisation du sujet, cachée sous le masque de la bienséance.

Cette désorganisation mentale grave et silencieuse, qui s'exprime par la pensée opératoire, ne doit pas être confondue avec une régression libidinale ; c'est une désorganisation d'abord mentale qui atteindra d'autres systèmes (comportement et caractère), pour aboutir finalement à la désorganisation des fonctions somatiques.

### Disparition du sentiment inconscient de culpabilité

Un autre grand signe de la dépression essentielle est la disparition du sentiment inconscient de culpabilité. Ceci parce qu'une absence de communication totale s'installe entre inconscient et conscient du fait du gel des avoirs de la fonction pré-consciente. Il s'agit bien d'une rupture du fonctionnement mental chez ces patients antérieurement capables d'élaborations, de jeux de mots, de créations.

### Préséance de l'instinct de mort

La dépression essentielle se présente comme une disparition de la libido narcissique et objectale, sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel. Ceci constitue pour P. Marty la définition de l'instinct de mort.

La dépression essentielle est une des manifestations cliniques majeure de la préséance de l'instinct de mort. On ne rencontre pas dans cette dépression de rattachement libidinal, narcissique ou objectal, tel que l'on peut le voir dans les autres dépressions. Dans ces dernières, l'instinct de mort se manifeste pendant un temps (suite à une perte objectale ou à l'obturation de la fonction objectale ou de la fonction narcissique), mais il y a possibilité de "*rattachement libidinal*", dans une reprise objectale ou narcissique parallèle ou régressive (par ex : dans la mélancolie).

Le "*rattachement libidinal*" est ce qui est visible dans les symptômes névrotiques, psychotiques, ou sublimatoires.

Rien de tout cela dans la dépression essentielle, en dehors de vaines tentatives pendant un temps. « *Puis le calme renaît avec l'instinct de mort, maître des lieux.* »

### Envahissement mental par le factuel

Le patient s'installe durablement dans le factuel et l'actuel. La sexualité, au sens freudien, se trouve exclue des expressions (parole, fantasmes, rêves).

### **Risque de survenue de maladie somatique**

Ces patients ne consultent les psychothérapeutes qu'à l'occasion de la survenue, hélas prévisible, de complications somatisatiques.

### **Évolution**

Les patients déprimés essentiels ne sont pas rares, mais ils ne consultent pas les psy et sont plutôt vus par les médecins somaticiens ; on les rencontre parfois en analyse de certaines névroses de caractère polymorphe, sans tendance obsessionnelle ou phobique marquée.

La dépression essentielle peut s'arrêter spontanément, une sortie de crise s'opérant du fait d'une régression revitalisante, d'une intervention relationnelle extérieure, de bénéfices secondaires d'une maladie.

### **Prise en charge**

Que faire devant de tels patients ? Si l'on maintient une tension frustrante, le patient ne tirera aucun bénéfice de la cure et il n'y aura pas de reprise évolutive. Il convient de se rapprocher au plus près de lui afin de lui faciliter l'investissement d'une identification possible, à peine différente de lui, c'est-à-dire une amorce de rattachement libidinal. C'est se tenir au plus prêt d'un moi inexistant réduit à un surmoi collectif et actuel.

Mais la libido n'a pas complètement disparu, sinon la prise en charge ne servirait à rien. La libido demeure presque toujours sous-jacente, et ne semble s'éteindre qu'avec la vie. Ainsi, si l'on compte sur une reprise libidinale toujours possible, il convient de ne pas laisser à l'instinct de mort le temps d'installer des phénomènes organiques irréversibles.

Un telle prise en charge repose sur une cure de parole aménagée, souvent en face à face, dans un cadre de dialogue, où il s'agit que le thérapeute joue de sa présence effective, sensorielle, affective. Il n'est pas question dans l'intervention thérapeutique d'interprétation au sens analytique du terme, mais d'interventions, souvent de nomination de l'affect, qui doivent veiller à n'être pas blessantes. Ces cures doivent aussi souvent se dérouler en lien avec des intervenants extérieurs (médecins, soignants) qui suivent l'évolution somatique.

## **5. La vie opératoire**

### **Un phénomène installé dans la chronicité**

Avec la vie opératoire, la désorganisation mentale est profonde. Si la dépression essentielle est un moment de crise, avec une possibilité de reprise évolutive ou d'aggravation, la vie opératoire est un phénomène chronique, stable, marqué par une déliaison radicale. L'installation dans la vie opératoire survient après qu'une désorganisation lente au cours de laquelle aucune réorganisation spontanée n'a pu se produire. Le risque de survenue de maladie est plus important encore que dans la dépression essentielle.

### **Désexualisation de la vie mentale**

Le patient se présente taciturne, pris dans l'immédiateté de l'instant, sans insight. Sa parole semble dépourvue d'intérêt. L'activité psychique ne montre aucune capacité d'association. S'il existe quelques représentations mentales dans la dépression essentielle, celles-ci ont disparu dans la vie opératoire. Le thérapeute qui reçoit un tel

patient opératoire se rend vite compte qu'il doit prendre et garder l'initiative de l'entretien.

### **"L'inconscient reçoit mais n'émet plus"<sup>8</sup>**

Poursuivant ainsi son investigation, le thérapeute se rendra compte également qu'il s'agit d'un patient chez qui est survenue une disparition totale des manifestations quotidiennes de l'inconscient (activités sublimatoire, tarissement créatif). Il constatera au contraire, la persistance de comportements automatiques liés aux instincts (d'où l'absence de troubles de l'alimentation et du sommeil comme dans la dépression classique), voire de la réapparition d'actes compulsifs.

### **Persistance des conduites automatiques**

Tout désir a disparu chez ces patients dont l'entourage ne perçoit pas toujours un changement graduel et une glissade vers un désinvestissement global car le quotidien, lui, est parfaitement géré par les conduites automatiques.

### **Évolution et prise en charge**

L'évolution spontanée de la vie opératoire est peu favorable. A défaut d'intervention psychothérapique, on doit craindre, non un suicide, mais la survenue d'une maladie somatique, éventuellement irréversible.

La prise en charge doit accompagner longtemps ce fonctionnement automatique, sec, sans désir, au prix, souvent, d'un ennui mortel envahissant le contre-transfert, dans l'attente possible d'une reprise évolutive des fonctions mentales et le retour espéré de la reprogrammation libidinale. Il s'agit, pour le thérapeute, d'une portance faisant référence à l'environnement maternel, faite de congruence et de séduction primaire, d'un dosage attentif des excitations.

---

## **LA DEPRESSION ESSENTIELLE**

D'après le texte de Pierre MARTY (1966)

Ce texte a été publié en 1968 dans la RFP n°3

---

<sup>8</sup> MARTY, P. *L'ordre psychosomatique*, Payot, 1985, p. 63.

Tout d'abord des définitions. La dépression essentielle appelée dans un 1<sup>er</sup> temps dépression sans objet, en 1963, dans l'Investigation Psychosomatique, est finalement essentielle car il y a abaissement du tonus libidinal sans contrepartie économique positive. C'est une dépression qui ne se voit pas, qui ne présente pas les caractéristiques symptomatiques des autres dépressions.

Elle ne peut s'apprécier que dans le mode de relation avec l'investigateur.

Seuls parfois peuvent émerger des épisodes d'angoisse diffuse, signalant l'encore instabilité provisoire de cette dépression. J'y reviendrai un peu plus loin.

L'investigateur a l'impression qu'il ne peut pas entrer dans le monde du patient. C'est comme si le patient parlait de quelqu'un d'autre que lui, sans aucune émotion ; il soumet son cas.

-Il n'y a pas d'évolution dans l'entretien

-le patient n'a pas de demande, il ne souffre pas ; il est là un peu par hasard. Il n'a ni choisi, ni refusé d'être là.

C'est donc une dépression sans manifestation psychopathologique classique repérable, si ce n'est l'abaissement du tonus libidinal à la fois objectal et narcissique, dans l'entretien. Il n'y a pas d'objet de recours, ni intérieur ni extérieur (d'où le terme de dépression sans objet)

La dépression essentielle est une crise sans bruit, prélude à la vie opératoire.

#### Dans l'investigation :

On recherchera cependant des manifestations négatives, peu notables, psychopathologie occulte, s'inscrivant dans les domaines de l'absence de coordination et du morcellement fonctionnel.

#### Ce que l'on retrouve :

C'est l'effacement sur toute l'échelle de la dynamique mentale, des fonctions mentales capitales telles que :

-identification

-introjection

-projection

-déplacement

-condensation

-association d'idées etc... allant jusqu'à l'effacement de la vie onirique

et fantasmatique, preuve que la présence libidinale serait, là, submergée.

Ainsi la dépression essentielle est une désorganisation du sujet, cachée sous le masque de la bienséance.

Cette désorganisation mentale qui s'exprime par la pensée opératoire, ne doit pas être confondue avec une régression libidinale ; c'est une désorganisation d'abord mentale qui atteindra d'autres systèmes (comportement et caractère), pour aboutir finalement à la désorganisation des fonctions somatiques.

En résumé, on peut dire que la dépression essentielle se présente comme une disparition de la libido narcissique et objectale, sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel. Ceci constitue pour P. Marty la définition de l'instinct de mort.

La dépression essentielle est une des manifestations cliniques majeure de la présence de l'instinct de mort. On ne rencontre pas dans cette dépression de raccrochage libidinal, narcissique ou objectal, tel que l'on peut le voir dans les autres dépressions.

Dans ces dernières, l'instinct de mort se manifeste pendant un temps (suite à une perte objectale ou à l'obturation de la fonction objectale en cause ou de la fonction narcissique en cause), mais il y a possibilité de « raccrochage libidinal », dans une reprise objectale ou narcissique parallèle ou régressive (par ex : dans la mélancolie).

Le « raccrochage libidinal est ce qui est visible dans les symptômes névrotiques, psychotiques, ou sublimatoires.



Rien de tout cela dans la dépression essentielle, en dehors de vaines tentatives pendant un temps. « *Puis le calme renaît avec l'instinct de mort, maître des lieux.* »

Je voudrais revenir sur les « vaines tentatives pendant un temps ; elles correspondent à ce temps préalable d'angoisses diffuses.

P. Marty écrit dans « L'ordre psychosomatique » en 1980 : « *...des angoisses diffuses précèdent souvent la dépression essentielle. Elles sont automatiques, envahissantes...traduisent la détresse profonde de l'individu, provoquée par l'afflux d'événements instinctuels non maîtrisés. Le Moi submergé montre ainsi sa désorganisation... l'angoisse ne représente pas ou plus le signal d'alarme, elle est l'alarme...Elles reproduisent un état archaïque de débordement...* »

Revenons au texte de 1966, que peut-on dégager de cette description ?

Ces patients ne sont pas rares, mais ils ne viennent pas nous voir et sont plutôt vus par les médecins somaticiens ; on les rencontre parfois en consultation, ou bien dans l'analyse de certaines névroses de caractère polymorphe, sans tendance obsessionnelle ou phobique marquée.

Alors que doit-on faire devant de tels patients ?

Si l'on maintient une tension frustrante, ça ne marchera pas, car la situation ne peut pas évoluer. Il conviendra donc de se rapprocher au plus près du patient afin de lui faciliter l'investissement d'une identification possible, à peine différente de lui, c'est-à-dire une amorce de raccrochage libidinal. C'est se tenir au plus prêt d'un moi inexistant réduit à un surmoi collectif et actuel.

Cependant, si la libido avait complètement disparu, cela ne servirait à rien. Mais la libido demeure presque toujours sous-jacente, et ne semble s'éteindre qu'avec la vie.

Ainsi, si l'on compte sur une reprise libidinale toujours possible, il convient de ne pas laisser à l'instinct de mort le temps d'installer des phénomènes organiques irréversibles.

\* \* \*