

# LA DÉPRESSION REBELLE

J. MÉLON\*

## RÉSUMÉ

Ce terme désigne un état dépressif qui résiste au traitement psychopharmacologique et à la psychothérapie. Un trait commun caractérise les sujets qui présentent un tel état : des tendances symbiotiques-fusionnelles à l'exclusion de tout désir autre que cette aspiration primaire. Le test et la théorie de Szondi aident grandement à reconnaître et à penser cette pathologie. C'est par le contact qu'on peut espérer traiter sinon guérir cette souffrance qui relève précisément d'une pathologie du contact, qu'elle soit de nature psychotique ou autre.

**Mots clés :** Dépression — Symbiose — Szondi — Traitement des dépressions rebelles — Pathologie du contact.

## SUMMARY

*Rebellious depression.* This term is used to designate a state of depression which resists psychopharmacological treatment and psychotherapy. A common factor characterises subjects presenting such a state: symbiotic-fusional tendencies to the exclusion of all desire other than this primary aspiration. Szondi's test and theory are of enormous help in recognising and reflecting on this illness. It is by means of contact that we can hope to treat, if not cure, this suffering which is in fact a contact illness, whether or not it be of psychotic nature.

**Key words:** Depression — Symbiosis — Szondi — Treatment of rebellious depressions — Contact pathology.

Par « dépression rebelle », nous entendons celle qui résiste à tous les traitements, psychologique et pharmacologique.

Tous les psychiatres et les psychothérapeutes connaissent un certain nombre de ces cas qui, s'ils ne sont pas toujours désespérés, sont souvent désespérants.

En tant que psychiatre-psychanalyste de pratique privée, nous en voyons certainement beaucoup moins qu'un psychiatre hospitalier. En ce domaine, notre expérience est donc réduite mais nous avons l'avantage d'avoir affaire à des personnes qui soit luttent pied à pied contre la dépression, soit tentent de la fuir par tous les moyens, qui la vivent comme l'abomination suprême, et qui espèrent contre toute espérance qu'ils ne retomberont pas, que nous pourrions les aider à en

sortir, parce qu'« il doit quand même bien y avoir un moyen ».

Nous avons choisi de présenter les deux sujets qui nous posent présentement ce genre de problème.

Nous dirons d'abord ce qu'ils ont en commun du point de vue clinique, puis nous exposerons brièvement leur histoire et leurs caractéristiques propres avant de terminer en évoquant leur profil au test de Szondi. Nous nous risquerons enfin à suggérer quelques réflexions à propos de l'attitude thérapeutique.

Ces deux personnes nous sont adressées par des confrères psychiatres que nous connaissons bien. Ils nous les envoient en s'excusant de nous faire ce cadeau empoisonné puisqu'ils ont déjà tout essayé et ne savent plus à quel saint se vouer.

Ni l'un ni l'autre de ces deux patients n'a de tendance suicidaire avouée.

Il n'y a ni sentiment de culpabilité, ni perte franche de l'estime de soi. La tendance dominante est plutôt

\* Psychiatre, Université de Liège, Sart-Tilman, B 33, 4000 Liège, Belgique.

d'accuser le monde extérieur. Ils usent de la projection et pratiquent volontiers l'identification projective.

Ils nous consultent de manière irrégulière, sont très fidèles aussi longtemps qu'ils ont « besoin » de nous mais s'en vont dès qu'ils se sentent mieux, avec l'impression qu'ils sont « sauvés » pour toujours, attendant seulement dès lors que, du haut de notre savoir et de notre autorité, nous confirmions énergiquement ce sentiment.

La notion d'un travail psychique leur est complètement étrangère.

Le symptôme omniprésent est le « déphasage », qui se manifeste par une asthénie permanente, l'insomnie et la tendance à l'inversion du rythme nyctéméral.

Ils recourent fréquemment aux benzodiazépines à doses massives, et à l'alcool, en solitaire, pour oublier, ne plus rien sentir, dormir.

Ils réagissent peu ou pas aux antidépresseurs. Tous les produits actuellement sur le marché ont été essayés.

L'allure cyclique des troubles de l'humeur se répercute dans le va-et-vient thérapeutique mais aussi, ce qui est plus désespérant, dans la dysthymie et la dysrythmie quotidiennes, sans véritable rémission. C'est autant « trois semaines de bon, trois semaines de mauvais » que « une heure bien, une heure mal »...

## Marie

Marie a 40 ans. Elle est fille unique. Ses parents étaient cultivateurs. Elle a péniblement terminé des études d'infirmière. Elle a été longtemps préposée aux prématurés, puis aux jeunes enfants. Depuis deux ans elle travaille dans un hôpital psychiatrique. Nous verrons que cette mutation ne lui a pas réussi et nous essayerons de dire pourquoi.

Elle présente son enfance et son adolescence comme des périodes ternes. La mère était acariâtre, le père taciturne.

Tantôt elle dit qu'elle a fait des études pour venir à la ville et fuir la campagne et le milieu familial, tantôt elle se plaint que ses parents l'aient obligée à faire des études pour sortir de la misère rurale. Elle n'a pas l'air de se rendre compte que les deux versions se contredisent ; mais il est vrai ou il paraît vraisemblable que les parents se contredisaient eux-mêmes tout le temps en lui servant des discours du genre : « Il faut que tu sois indépendante, ne compte que sur toi, on compte bien que tu seras notre bâton de vieillesse, etc. »

Sa vie est triste de bout en bout.

Le premier état dépressif caractérisé est survenu à l'âge de 18 ans lorsqu'elle a quitté la ferme pour venir étudier à la ville. Elle a recommencé deux fois la première année des études d'infirmière.

A 32 ans, elle se laisse épouser par un homme plus jeune qu'elle quittera cinq ans plus tard. C'est elle qui décide de rompre et demande le divorce. Le motif allégué est que son mari est un « pervers » : il lui demande de porter de la lingerie « spéciale », ce qu'elle ne peut tolérer. Pour le reste, c'est un « gentil garçon ».

La séparation lui est très pénible ; elle ne supporte pas la solitude. Aujourd'hui encore, elle demande à son ex-mari qu'il lui rende visite quand elle est au plus mal, ce qu'il fait.

Elle a toujours eu des amours de tête, pour des médecins le plus souvent, mais ne s'est jamais déclarée.

Depuis deux ans, elle a un ami marié qui est très attentionné avec elle. Malheureusement, il ne souhaite pas divorcer parce qu'il a deux enfants et une maison. Elle lui reproche amèrement de rester avec l'« autre ».

C'est avec cet homme qu'elle a connu le plaisir sexuel pour la première fois. Pendant les quelques semaines où elle a vécu sa lune de miel, la dysthymie habituelle a disparu. Elle était « bien ». C'était évident ; nous avons pu le constater. Hélas ! passé ce moment idyllique, le tableau dépressif est réapparu, plus intense qu'avant. La haine a succédé à l'amour. Nous nous sommes souvent demandé comment le partenaire pouvait supporter tant d'acrimonie.

Elle ne rompt toutefois pas. Si son ami ne lui rend pas visite quotidiennement, elle saisit le téléphone et l'agresse violemment. C'est ainsi que l'amant et l'ex-mari lui rendent alternativement visite, se rencontrant quelquefois à son chevet, ce qui ne paraît déranger personne.

Il n'y a rien d'hystérique dans son attitude à notre égard, pas la moindre touche d'érotisation. Pour cette raison – et d'autres bien sûr ! – nous n'avons jamais eu le sentiment qu'un processus dynamique, même à peine ébauché, était à l'œuvre dans la relation de transfert. Les rares interprétations que nous avons risquées sont restées lettre morte. Il y a évidemment un transfert et il est massif, mais c'est un transfert primitif où nous ne pouvons nous vivre que comme un père-mère asexué. On peut bien penser que c'est défensif – et ça l'est certainement – mais le recul régressif est si grand que nous ne voyons pas comment il serait possible de remonter la pente.

Nous n'avons jamais remarqué quoi que ce soit que nous aurions pu assimiler à une formation de l'inconscient ; jamais de rêve, de lapsus ni de symptôme au sens qualifié du terme.

Notre fonction se borne à réceptionner un flot ininterrompu de doléances, toujours les mêmes, dont nous sommes réduit à dresser le « livre blanc ».

Marie conjugue la « privation-frustration-castration » à tous les temps, passé, présent, futur : « Je n'ai jamais eu une parole de mon père, jamais un geste d'affection de ma mère, des reproches et toujours des

reproches, je n'ai pas eu d'amie, des amis, n'en parlons pas, on m'a privé de ma jeunesse... je n'ai pas de mari, pas d'enfant, pas de maison, pas de relations, pas de hobby... un jour je perdrai mon travail, et je serai seule dans mes vieux jours, personne ne viendra me voir, je n'aurai plus rien, je n'ai rien eu de la vie... »

Tant de désarroi et de douleur, en dépit de son immaturité et de son négativisme, la rendent pitoyable. Son personnage triste de petite fille battue, dénué de toute malice, suscite une certaine sympathie. Sinon comment expliquer qu'on la supporte – dans les deux sens du terme – finalement assez bien.

Son aspect extérieur est des plus ternes. Elle est éternellement vêtue d'une vieille gabardine vert pâle, bouclée jusqu'au col et qui lui tombe sur les chevilles. Elle est à peine coiffée, jamais maquillée, donnant l'impression globale d'une petite fille dans la peau d'une vieille femme. Inquiétante étrangeté !

Voyons son test de Szondi. Il n'y a que trois profils, recueillis sans but précis, mais ils sont éloquentes. Ils vont nous aider à comprendre cette pathologie entièrement dominée par la détresse dépressive, sous le signe de la « *Hilflosigkeit* ».

On note d'abord l'absence de réactions ambivalentes et, inversement, l'abondance des réactions nulles. C'est le signe d'une faible capacité d'*insight* associée à la tendance à résoudre les tensions à travers l'agir ou la décharge immédiate.

L'avant-plan est dominé par la demande d'amour insatiable (h + ! ! !), le besoin de soutien et de refuge (m + !), l'absence d'individuation et d'autonomie (p - !), l'intolérance exhibée (e - hy 0) et la passivité (s - !). Toutes ces réactions appartiennent au niveau premier du circuit pulsionnel. Nous faisons ici référence à la reformulation par Jacques Schotte de la théorie des circuits pulsionnels (*Triebumlaufsbahn*) de Szondi. Schématiquement il y a quatre niveaux pulsionnels, du plus simple au plus évolué : 1) contactuel-symbiotique-fusionnel ; 2) narcissique-spéculaire-sexuel ; 3) névrotique-adaptatif-réaliste-légaliste ; 4) personnel-autonome-autoréférentiel.

Si on additionne les positions de même niveau pour le deuxième profil, on obtient le score suivant : 1:16 / 2:5 / 3:3 / 4:0, ce qui veut dire que les positions premières-contactuelles (h +, e -, p -, m +) occupent quasiment toute la place tandis que les positions quatrièmes-personnelles (h -, e +, p +, m -) sont totalement absentes. Le score très faible (3) pour les positions légalistes-réalistes-adaptatives indique que la régression ne peut plus être freinée par aucune censure. Un profil aussi gravement déséquilibré vers la gauche, c'est-à-dire vers les positions contactuelles-fusionnelles-symbiotiques, est toujours indicatif d'une grande dépendance et d'une sensibilité exacerbée aux variations du milieu environ-

nant, depuis la couleur du ciel jusqu'au sourire de l'épicière du coin.

La seule défense réside ici dans la position réactive, réaliste-légaliste, du moi-qui-prend-position (« *das Stellung-nehmende-Ich* ») en commandant de ne pas se laisser aller aux tendances passives-régressives ; mais cette prise de position, dans sa radicalité même (k - ! au premier profil) est suspecte. Pour donner un exemple banal, c'est la position habituelle de l'alcoolique qui après avoir rendu tripes et boyaux, jure que l'alcool est un poison qui fait de lui un suicidaire latent, et qu'il ne touchera jamais plus un verre. Quand le toxicomane est dans ce moment d'énergique résolution – et il l'est presque toujours quand on lui fait passer le test – il donne habituellement l'association k - ! m + !, comme c'est le cas ici. Or il est sincère, contrairement à ce que pensent la plupart. Mais voilà ! deux heures après, quand l'effet « gueule de bois » s'est estompé, l'attrait de la petite goutte qui fait du bien est redevenu irrésistible.

Du point de vue pharmacologique, les anticomitiaux, la carbamazépine entre autres, sont indiqués.

Malheureusement, Marie ne les supporte pas.

Restent les antidépresseurs ; mais leur effet est limité. Ils relèvent peut-être un peu l'humeur mais n'agissent pas sur la dysrythmie et l'insomnie.

Quant à la psychothérapie, les conditions prérequisées n'existent pas qui rendraient possible un travail psychique au sens d'une remise en question du désir, puisque de désir il n'y a point, peut-être n'y en a-t-il jamais eu.

L'occupation massive de la position « thymopsychopathique » suffit à rendre compte de cette pathologie cyclique entièrement placée sous le signe du « renversement dans le contraire » (*Verkehrung ins Gegenteil*), la plus primitive des destinées pulsionnelles : un rien suffit à restaurer l'humeur et le contact, un rien peut faire tout basculer dans l'horreur à n'importe quel moment.

Nous avons dit d'entrée de jeu que ces cas étaient désespérants. Ce qui est désespérant (pour le psychanalyste), c'est qu'on ne voit pas comment ils pourraient progresser, les idéaux sexuels (S), éthico-moraux (P) et personnels de réalisation de soi-même (Sch) paraissant hors d'état de jouer leur rôle de mise en forme de la masse pulsionnelle (*das Getriebe*) par la médiation d'un fantasme de désir.

Seul fonctionne encore le médicament-médecin. Avec de tels patients, on est réduit à être patient (!), aussi présent que possible, à comprendre, à soutenir, à ne pas juger surtout, ni admonester ni encourager.

« *Caring, handling, holding.* » Ce n'est pas un hasard si on est amené à évoquer ici des auteurs comme Balint et Winnicott, qui sont justement ceux qui, dans le sillage du pionnier que fut Imre Hermann, ont essayé de

penser cette aire de la pulsionnalité primordiale où la catégorie de l'objet n'est pas encore, ou bien n'est plus, opérante. Que faire en effet lorsque l'objet ne joue pas son rôle de premier rassembleur et de premier organisateur du tourbillon pulsionnel originaire (*Triebwirbel*) ?

On se trouve devant des êtres dont l'infantilisme caricatural et désarmant rend tout espoir de progrès utopique. On cherche vainement cet espace transitionnel, cette aire du jeu ou de l'illusion, cet espace du rêve où pourrait germer une petite pousse de désir.

S'il y a quelque chose à faire, il faut pouvoir rester présent dans ce qui nous apparaît comme un désert psychique, désert au sens où rien ne peut apparemment y pousser, « *treiben* ».

C'est – peut-être – possible à condition d'admettre qu'on est confronté à une pathologie de l'environnement – de l'« *Umwelt* ». Il faut que l'environnement, l'entourage, adopte une attitude réaliste : le sujet ne progressera plus, ne s'adaptera plus, ne répondra même plus à cette séduction minimale qu'est le renforcement positif.

Reste donc l'environnement. Nous avons mentionné que l'état de Marie s'était dégradé quand elle avait migré de la pédiatrie à la psychiatrie. On comprend pourquoi. Si le contact fusionnel avec les petits enfants est non seulement possible mais conditionne la bonne relation avec lui, pour ce qui concerne le malade mental, la fusion est délabrante pour les deux protagonistes comme le savent tous les soignants en psychiatrie.

## Pierre

Pierre a 41 ans. Il est célibataire, a fait des études d'ingénieur physicien et ne travaille plus depuis huit ans. De 24 à 33 ans, il a travaillé dans un centre de recherche universitaire. Il était brillant lorsqu'il manipulait les équations mais dès qu'il devait envisager une quelconque réalisation concrète de ses projets ambitieux le fiasco était complet. Il a ainsi construit un moteur de fusée qui n'a jamais démarré.

Il y a huit ans donc, il a perdu simultanément son emploi et sa fiancée.

Il a fait une grave dépression, considérée comme réactionnelle à ce double échec.

Ensuite, et sans rémission jusqu'à ce jour, il a présenté des fluctuations thymiques qui l'ont fait considérer comme un maniacodépressif typique. C'est sur la base de ce diagnostic qu'il a été reconnu invalide et définitivement inapte.

Cependant, quand on examine l'histoire de plus près, il ne fait aucun doute que l'abandon simultané de son travail et de son objet d'amour ont constitué le point d'aboutissement d'un désinvestissement libidinal pro-

fond qui avait commencé bien avant le moment de la cassure.

Depuis lors, il végète, incapable de réinvestir, sauf l'espace de quelques jours, une quelconque occupation ou une relation sentimentale. Pourtant il ne pense qu'à ça : la femme idéale qui l'accompagnerait au septième ciel, et la découverte de génie qui le ferait entrer dans le *Petit Robert* des noms propres.

Son comportement prétendument hypomaniaque est toujours sous-tendu par des idées mégalomaniaques ou des bouffées érotomaniaques qui s'évanouissent aussi subitement qu'elles sont apparues. Les états élationnels considérés comme maniaques sont toujours contemporains d'un moment symbiotique où il fusionne littéralement avec une image grandiose de soi ou avec celle d'un pseudo-objet idéalisé d'essence érotomane.

Le plus souvent, il est apathique et se dit écrasé par un sentiment d'échec et de non-valeur, de honte aussi, de culpabilité parfois. Mais l'émoussement des affects est tel que sa souffrance est peu sensible tant il paraît détaché de lui-même. L'alternance de la veille et du sommeil est totalement anarchique, comme le reflète par ailleurs l'EEG enregistré en continu. La régression orale est caricaturale. Il ne se déplace jamais sans un sac bourré de canettes de bière et de Coca-Cola, de chocolat et de pâtisseries. Son aspect extérieur est négligé.

Ou bien il est quasi mutique ou bien il s'emballe dans des considérations désabusées sur l'incommunicabilité entre les sexes et l'impossibilité de vivre dans une société aussi individualiste que la nôtre. Il projette parfois d'aller vivre en Afrique où « les femmes ne font pas de chichi » et les hommes sont tous frères.

Cadet de famille, il a depuis l'âge de 13 ans des fantasmes incestueux non déguisés dirigés vers sa sœur et sa mère. Il a aussi des impulsions meurtrières vis-à-vis de sa mère qu'il accuse de l'avoir châtré en l'emprisonnant dans le personnage du génie mathématique. De façon caricaturale, l'envie de tuer sa mère est à son comble au moment où il défèque.

Il dit lui-même ne pas avoir d'identité sexuelle au point qu'il a déjà consulté un gynécologue pour vérifier qu'il n'était pas hermaphrodite. Il n'en est toujours pas convaincu.

Cependant, le contact n'est pas mauvais.

La déstructuration et la régression n'empêchent pas qu'il suscite une certaine sympathie. Son allure de gros garçon attardé a quelque chose de touchant.

Le test de Rorschach fait apparaître une abondance de signes schizophréniques.

En résumé, Pierre fait penser à ces schizophrènes simples ou essentiels qui, sans produire de délire ni d'hallucinations, ni même de franche bizarrerie du comportement, offrent le spectacle attristant de celui qui a « sauté », est tombé, s'est brisé, n'a pas pu se relever et ne sera jamais plus comme avant.

La boulimie, la toxicophilie, la clinophilie, la dysphorie, l'agitation stérile traduisent une régression résiduelle qui ne procure plus qu'un semblant de sensation de vie.

Bien qu'il ne comporte que quatre profils, le test de Szondi révèle l'ampleur de la déstructuration.

La seule réaction stable est la réaction m + !, d'où il faut conclure que la « *Suchtigkeit* » est le seul îlot de stabilité qui permet l'accrochage au monde. Il n'est pas étonnant que son état se soit aggravé de manière catastrophique, dans le sens d'une dépersonnalisation suicidaire, lorsqu'on l'a hospitalisé dans une unité métabolique pour essayer d'enrayer son obésité galopante.

Comme c'était le cas pour le deuxième profil de Marie, le quatrième profil de Pierre, qui fait apparaître la faillite des positions légaliste et idéaliste (à l'exception d'un timide e +) est révélateur de l'extrême vulnérabilité du sujet lâché par l'instance du moi. Le moi a littéralement volé en morceaux.

## DISCUSSION

Essayons une brève synthèse en référence à la manière dont Schotte nous a appris à penser cette pathologie « thymopsychopathique ». Ça ne va plus, ça ne marche plus. Rien ne va plus, pourrait-on dire. Les jeux sont faits. La perte est consommée et définitive. Mais d'une autre façon, il n'y a plus rien à perdre. Plus d'objet, plus d'estime de soi, plus d'idéal, plus de projet. Reste la vie, inexplicable comme un fait brut.

On aimerait mieux ne pas vivre, ne pas être né, mais puisqu'on ne se décide pas à mourir, parce qu'il y a encore un bouillonnement pulsionnel sauvage, il faut bien s'en accommoder.

Et comme la vie ne distille que douleur, on pratique l'anesthésie à coup de Johnny Walker – ah ! si on pouvait avoir cette fière démarche si classiquement British –, de Stella et de Benzo. La toxicophilie omniprésente est le remède à cette souffrance basale.

De ce point de vue, Marie et Pierre sont logés à la même enseigne. Leur trajectoire a été différente. Pierre a sauté, s'est écrasé et n'a pu se relever. Marie n'a jamais sauté semble-t-il. Pierre est dans la régression. Marie dans la fixation. Pierre est tombé de haut, Marie n'a jamais pu mettre un pied plus haut que l'autre.

Maintenant, faisons une hypothèse.

Dans son article sur « Les types d'entrée dans la névrose » (*Über neurotische Erkrankungsstypen*, GW VIII, 1912), Freud évoque ces sujets qui tombent malades lorsqu'ils veulent aller – nous préférons le verbe « sauter » – trop loin, ou quand les exigences qui leur sont imposées dépassent leurs capacités évolutives.

Certes, il est exceptionnel, du moins dans notre culture, qu'un sujet ne se plaigne pas d'avoir eu affaire, de la part des parents, à des exigences plus ou moins exorbitantes.

Quand, au terme d'un long débat en quoi se résume souvent la cure analytique, on a fait le point sur le bien-fondé de ces plaintes triviales et qu'on a pu séparer le bon grain œdipien de l'ivraie pré-génitale, il reste qu'un certain nombre de sujets n'exagèrent pas, voire sont au-dessous de la réalité, lorsqu'ils disent avoir été soumis à des exigences impossibles. Un jour, ça tombe en panne, ça se dégingue et ça ne se laisse pas réparer. Déclassé ! Voilà l'hypothèse qu'on peut faire à propos de ces sujets qui comme Marie et Pierre ne repartiront pas.

Ils ne peuvent pas chanter comme la Mère Courage de Brecht :

*Le printemps vient,  
Debout, chrétiens !  
La neige fond  
Sur tous les morts  
Et tout ce qui se traîne encore  
Repart en guerre  
Sur les grands chemins...*

A notre avis – mais il faudrait pouvoir le prouver – les sujets qui réagissent positivement aux antidépresseurs sont ceux chez qui les positions légalistes-réalistes-volontaristes, troisièmes du circuit pulsionnel szondien, sont suffisantes pour contrebalancer les tendances régressives, premières. Ces sujets sont furieux contre eux-mêmes. Ils méprisent leur faiblesse et leur infantilisme.

Ce sont les mêmes qui acceptent de mauvais gré la prothèse pharmacologique parce qu'elle offense leur idéal du moi nourri d'impératif catégorique.

Paradoxalement, la répugnance à prendre des antidépresseurs est un signe de bon pronostic quant à leur efficacité, tandis que chez les toxicophiles l'effet est anormalement rapide mais tout aussi anormalement éphémère ; c'est évidemment – ce n'est que – un effet placebo.

Ce que tous les déprimés ont en commun, nous semble-t-il, c'est la répugnance à demander en quoi réside leur narcissisme. Ils ne peuvent ou ne veulent faire rentrer le désir dans le registre de l'échange. Le commerce, y compris et surtout le commerce amoureux, ne les intéresse pas ou ne les intéresse plus. Aussi régressent-ils inmanquablement vers le registre élémentaire du besoin : manger, boire et dormir.

On connaît la formule célèbre de Lacan : « Le désir est ce qui du besoin ne peut passer dans la demande. »

Si la demande implique la prise de parole en vue de l'interlocution – ce qui nous propulse dans le registre dialogique Sch –, le désir est d'abord ce qui nous sauve d'un manque insupportable.

Il naît de l'insatisfaction du besoin (de la mère), insatisfaction qui produit le manque (m +), manque qui appelle l'objet (h +) en même temps qu'il suscite l'affect de rage (e –) et l'idée de persécution (p –).

Le désir, qui se nourrit des traces mnésiques du bonheur perdu, se déploie d'abord tout entier dans l'imaginaire, à l'enseigne de la *Dingvorstellung*.

Tandis que m + tend vers la retrouvaille d'un réel plein – que veut l'alcoolique, sinon être « plein » ? – et l'apaisement du besoin – que cherche le toxicomane sinon la victoire sur l'état de besoin ? –, d – est la position hallucinatoire qui tente de retenir à travers le fantasme « quelque chose », une trace du plaisir ineffable d'avant la perte. L'objet imaginaire – l'objet partiel, petit a, fétiche, etc. – est censé perpétuer le mythe de la satisfaction plénière. C'est une position d'essence perverse. Elle est perverse dans plusieurs sens, parce que : elle désavoue le manque et la perte, elle crée et soutient l'illusion de toute-puissance autistique-autarcique, elle est par définition auto-érotique, elle est successivement pré- (d –), para- (s –), pseudo- (hy +) et anti-dialogique (k +).

C'est parce que la satisfaction hallucinatoire est elle-même insatisfaisante, du fait qu'elle n'aboutit en fin de compte qu'à exacerber le manque – manque qui désormais prend le sens d'un trou dans le réel artificieusement bouché par la représentation hallucinatoire – que le sujet « se » décide à « se » mettre en recherche (*Auf-Suche-Gehen*, d +) d'un objet réel susceptible de remédier au manque de réalité de l'objet ancien.

Ce ne peut être l'objet ancien « qu'on chercherait parce qu'on l'a déjà trouvé » comme disait Pascal (parlant de Dieu, faut-il le dire) parce qu'il est trop marqué au sceau de l'insatisfaction primaire.

C'est ce qui nous fait dire que la position m – est matricide et que l'axe d + m – est celui du « non » originnaire (selon René Spitz) qui correspond au refus de revenir en arrière, en direction du monde ancien, maternel, devenu détestable.

Dire non, c'est se poser en sujet distinct parce qu'on veut s'opposer à ce qui désormais a statut d'objet, jeté en face, ce qui justifie d'une certaine manière la remarque de Freud lorsqu'il affirme que l'objet est découvert dans la haine et cette autre notation qui lie la constitution du moi à un processus de contre-investissement de la réalité extérieure. Autrement dit, et c'est ce qui se produit au moment du déclin du complexe d'Œdipe, l'investissement de la réalité extérieure que le

moi prend pour étalon de sa propre réalité se fait au prix de la destitution de l'objet du fantasme.

Du même coup, le sujet accède au monde de l'affect et de l'autoaffectation. On a des affects quand on est affecté (Merci, Monsieur de la Palisse !) et on est affecté dans la mesure où on est exposé à ce qui, du dehors, peut nous é-mouvoir, c'est-à-dire, comme le mot l'indique, quand on est ex-pulsé hors d'un mouvement qui jusque-là nous entraînait et nous portait pour ainsi dire naturellement.

C'est pourquoi il n'y a pas d'affect qui ne corresponde à un temps d'arrêt ou de crise. Repartir suppose donc que l'affect ait été traité d'une manière ou d'une autre, par la décharge motrice, le travail de la pensée ou le refoulement. C'est là que réside essentiellement la différence entre l'affect et l'humeur.

Le passage à la troisième position réaliste-légaliste implique à la fois la prise en compte de la nécessité – *l'Anankè, le Not des Lebens* – et de la loi, toutes deux extérieures au sujet et qui conjuguent leurs effets pour expulser le (pré)sujet de sa position autistique.

Ainsi s'opère la scission sujet-objet qui amène le sujet à s'objectiver, passant d'une position idiopathique (grammaticalement assimilable aux voix active ou passive) à une position réflexive-dédoublee (voix moyenne, pronominale), ce qui rend compte en définitive du fait qu'il devient possible de dire par exemple : « je **me** décide à **me** mettre en marche »...

L'humeur se rapporte aux mouvements (pulsionnels) actifs/passifs qui nous portent et nous emportent.

L'affect, toujours ré-actif, perturbe ce mouvement basal, l'arrête momentanément, contraignant le sujet à une sorte de dé-mobilisation et de re-mobilisation.

Dans quelle mesure les affects influent sur l'humeur, cela dépend de la capacité du sujet de les traiter de façon telle qu'ils n'« affectent » pas trop l'*Hormè*, l'élan vital qui nous habite.

Or celui-ci n'est pas seulement constitutionnel. Il a quelque chose à voir avec le *Mitsein*, l'« être-avec » tout à fait originaire.

Contrairement à ce qu'a écrit Georges Bataille quand il disait que « l'homme naît seul et qu'il meurt seul » – c'est une pensée perverse – la vie et la mort, le destin autrement dit, nous mettent toujours en prise sur le monde, l'autre, les autres... Nous ne sommes jamais seuls, et « Un homme seul est en mauvaise compagnie » (Paul Valéry).

La domestication des pulsions passe par leur socialisation.

C'est ici que le bât blesse, pour tout le monde évidemment, mais plus particulièrement pour le déprimé et davantage encore pour le déprimé rebelle que nous avons essayé d'évoquer.

Ce que voudrait ce sujet, c'est n'être plus un sujet justement, évoluer dans un monde qui serait celui du pur contact, oscillant entre l'hédonisme autistique et le « non » primaire qui coupe le contact quand il devient insatisfaisant, mais pour raccrocher aussitôt après quand la conjoncture s'améliore. On reconnaît là le portrait du psychopathe. Le déprimé rebelle lui ressemble à la différence près que l'*Hermès* l'a davantage abandonné.

Pierre nous disait : « Plus altruiste que moi, je ne connais pas. Mais qu'on me demande quoi que ce soit, je ne donnerai plus rien. Je veux bien tout donner tant qu'on ne me demande rien. »

Mais Pierre n'accepte jamais non plus qu'on lui donne quoi que ce soit, et ne demande d'ailleurs rien sinon du whisky et des benzo.

Dans un article antérieur, nous avons écrit un peu précipitamment : « d comme demande ». Nous référant à Szondi nous voulions dire ceci : dans le passage de

d – à d +, il y a la première ébauche du passage du principe de plaisir au principe de réalité qui, comme on sait, réclame un effort, une sortie – au sens quasi militaire du terme –, une percée en direction de quelque chose de plus réel et de plus vrai qui, à moins qu'on le vole (d + ! est la réaction typique des voleurs), nécessite qu'on entre dans le registre de l'échange, du commerce, de l'offre et de la demande.

Les Grecs le savaient bien qui faisaient d'Hermès le dieu du commerce, des voyageurs et... des voleurs. Et la légende raconte qu'il tenait si peu en place qu'il se mit à courir le jour même de sa naissance.

C'est cela que le déprimé ne sait plus faire.

---

MÉLON (J.) : *La dépression rebelle*, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 75, 6, 1999, pp. 596 à 602.

---