

L'angoisse face au deuil : l'angoisse comme causalité dépressive

F. DESPLECHIN¹

Colloque FEP : Angoisse et dépression dans la clinique psychanalytique contemporaine

Madrid, Octobre 2024

L'angoisse ou la dépression sont pensées du point de vue médical comme des pathologies ou des maladies. Face à la demande du patient, il s'agit de faire cesser la souffrance, et les médicaments peuvent calmer les symptômes. Mais cela ne veut pas dire pour autant qu'on a traité la maladie.

Poser la question de savoir si la dépression et l'angoisse sont des maladies nous conduit à nous demander ce qu'on entend par maladie. Et si elles le sont, sont-elles des maladies du corps ou des maladies de l'histoire du sujet ?

On considère la dépression comme une maladie et il est commun de faire le même diagnostic pour d'autres souffrances psychique (l'alcoolisme par exemple). Mais cependant, on ne sait pas toujours bien ce qu'on entend lorsqu'on emploie ce terme. J'ai demandé à des amis, à des collègues professionnels, et les réponses sont si variées qu'il est difficile d'en trouver la cohérence. Il me semble néanmoins qu'une idée générale qui revient le plus souvent consiste en l'idée que la maladie est la corruption du sujet sain par un agent extérieur malsain.

C'est le cas pour un virus ou des bactéries, mais je crois que la particularité de cette définition – non fausse mais partielle – est simplement qu'elle présente *le sujet comme victime de sa maladie*.

Or, il y a des terrains où cette conception patine un peu. Certes, on peut considérer l'alcoolisme comme une maladie – il y a introduction d'un agent extérieur pathogène dans le corps d'un sujet – mais ça paraît quand même un peu court. Je crois qu'on fait une meilleure lecture si on fait l'hypothèse qu'il y a, dans la notion de maladie, l'idée de la faute ou de la culpabilité – même s'il s'agit de maintenir cette idée à l'écart et qu'on y voit plus clair si on substitue *malade/sain* par *victime/coupable*. En envisageant le malade comme « victime » du statut de maladie, ou en décrivant « l'alcoolisme comme une maladie », on désamorce la possibilité d'accuser le patient, ou de le décrire comme coupable de son mal. Il peut y avoir des explications biologiques : tel sujet est plus sensible à l'alcool que tel autre, il y a des terrains génétiques favorables, etc. Bref, dire que le patient alcoolique est malade, suppose qu'il est victime de sa constitution physique – en tout cas qu'il n'est en pas coupable.

Du point de vue de la psychologie positive, on pourrait dire la même chose de la dépression. C'est que la « maladie mentale » pose, en effet, un problème : on n'a pas toujours d'agent extérieur qui corrompt un corps sain, mais on a pourtant bien quelque chose qui ne va pas, une souffrance que vit le sujet.

Car c'est cela la définition de maladie : être en mauvais état (en latin *mal habitus*).

¹ F. Desplechin, docteur en psychologie clinique et psychanalyse, pratique libérale en cabinet à Barcelone.
<https://francoisdesplechin.com>

Cette perspective ouvre une autre question qui est de savoir s'il est justifié de séparer angoisse et dépression et de les concevoir comme des organisations distinctes l'une de l'autre. Je ne crois pas que ce soit le cas, et il me semble même que, dans certains cas, elles peuvent être liées. Car il y a peut être un problème théorique ici : on a peut être pris le symptôme pour la cause.

Notre point de vue est de considérer l'angoisse et la dépression comme des processus psychiques particuliers. Elles sont bien le signe d'une souffrance, mais ça ne veut pas dire pour autant qu'elles sont l'origine du problème (on a des boutons pendant la varicelle, mais les boutons ne sont pas la maladie.)

D'un point de vue psychanalytique, l'affect dépressif est ce qui est ressenti face à la perte. La perte de l'objet endeuille le sujet, et le fait qu'il soit triste est le signe qu'il élabore psychiquement la perte de cet objet. Dans *Deuil et mélancolie*, Freud sépare l'état « normal » de tristesse, d'un état plus pathologique dépressif qui recouvre les cas où le deuil semble impossible à faire pour le sujet sans que cela l'installe dans une sorte de dépression pathologique.

Dans le cas de la mélancolie, on ne parle pas du deuil d'un simple objet, mais d'un deuil narcissique qui engage tout le sujet dans sa structuration. Or, si Freud ne mentionne pas l'angoisse dans son essai, il peut être intéressant de considérer ses liens avec la dépression. La perspective de la maladie est quasiment renversée ici. Si le sujet est dépressif, s'il est en mauvais état (s'il est malade) ce n'est pas parce qu'il y a un mauvais objet en lui qui le corrompt, mais c'est plutôt l'inverse : c'est-à-dire que c'est *parce qu'il s'accroche à l'objet qu'il devrait perdre qu'il souffre*. C'est le fait qu'il s'oppose à la perte qui le fait souffrir, et ce mauvais état est lié à une séparation qui ne se fait pas. A ceci près que c'est un mauvais état qui doit être traversé, comme un mal pour un bien.

Notre question précédente de savoir si on n'a pas confondu le signe du malaise (l'angoisse, la dépression) avec le malaise lui-même, paraît maintenant plus éclairante. Un peu comme si la dépression était la cicatrisation et qu'on accusait la cicatrisation d'être le mal. Considérer l'angoisse et la dépression comme des maladies est un peu comme n'écouter que la première partie de ce que dit le patient « *je souffre, je suis angoissé* » sans entendre le sous-texte « *car je ne veux pas perdre cet objet, cette idéalisation* ». On agit alors comme si on considérait que la cause de la souffrance se trouvait dans son énonciation, ce qui pourrait finir par nous faire dire au patient : « *c'est parce que vous êtes angoissé que ça ne va pas* » !

La mélancolie – on dirait « dépression » dans le langage courant aujourd'hui – est liée au choix de l'objet dont il s'agit de faire le deuil. C'est un *objet narcissique* que le sujet ne veut pas lâcher, c'est-à-dire un objet idéalisé dont l'importance est capitale pour lui en tant qu'il le constitue dans sa personne (au moins imaginativement). A la différence du deuil normal, le deuil pathologique apparaît impossible, voire dangereux, car il remettrait en cause tout le sujet. On se rappelle ce qu'écrit Freud : « (le sujet mélancolique) *sait sans doute qu'il a perdu mais pas ce qu'il a perdu en cette personne*² ».

Pour revenir maintenant aux liens possibles entre angoisse et dépression, on verra que dans certains cas, l'angoisse peut non seulement être présente dans les problématiques dépressives, mais elle peut même avoir pour finalité de s'opposer au deuil.

² « Deuil et mélancolie » in *Métapsychologie*, trad. J. Laplanche et J.B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1986 (1^{re} publication 1915), p. 145-171.

Comme c'est souvent le cas, un même mot peut contenir des sens différents. Ainsi, sous le mot angoisse, on peut avoir des causes différentes.

La première chose que Freud montre, c'est que l'angoisse n'est pas réductible à une peur devant un danger réel. Le sujet est angoissé, non pas parce qu'il y a un danger extérieur qui le menace, mais parce qu'il traverse un conflit processus psychique douloureux. Dans les différentes théories psychanalytiques, l'angoisse peut être relative à la répression d'un désir pulsionnel coupable. Derrière elle peut se dissimuler l'attirance ou le désir (celui-là ou celle-là me fait peur car je le/la désire et cette union est impossible, contre-morale, contre l'idéal de l'individu ou du groupe).

En 1926 (*Inhibition, symptôme, angoisse*), Freud fait de l'angoisse, non pas le résultat de la répression des pulsions sexuelles (*je suis angoissé parce que je réprime le sexuel*), mais ce qui cause et précède la répression (*je suis angoissé pour empêcher la réalisation du pulsionnel*).

Mais que l'angoisse soit le signe d'un désir refoulé, ou qu'elle soit ce qui sert la répression, cette perspective la dissocie du statut de maladie et la présente comme une tentative de « soigner le problème » ou, tout au moins, de faire avec la douleur psychique.

Soulignons la construction que l'angoisse permet : on a à faire à un processus qui inverse les rapports. En ayant peur d'une certaine situation (tout en ne sachant plus ce qui est craint dans cette situation), le sujet parvient à dire : « *ce n'est pas de perdre l'objet dont j'ai peur, c'est de cette situation dont j'ai peur* ». Comme si la situation crainte devenait la crainte elle-même.

On a donc une conception de l'angoisse tout à fait différente de celle qui la situe comme une maladie, en ce sens que, celle-ci peut être considérée comme une production psychique élaborée par le sujet pour se protéger contre un danger psychique. En transformant l'objet (ou la situation) désiré en « mauvais objet » (menaçant, inquiétant), le sujet se garantit de se tenir à l'écart de cette situation. Faute de pouvoir éviter d'avoir perdu l'objet, le sujet peut encore éviter de le savoir, fut-ce au prix de l'angoisse.

Cette perspective est importante pour penser la relation clinique ; en effet, dès lors, l'objectif thérapeutique n'est pas forcément de réduire l'angoisse, mais peut être plutôt d'en décoder le sens, et, dans tous les cas, d'inviter le sujet à en parler. Car le patient angoissé ne sait pas forcément qu'il tient à son angoisse, ce qui le place d'emblée dans une position ambivalente : il veut qu'on le soigne de son symptôme alors que ce symptôme est ce qui le protège de la perte.

Il demande donc, paradoxalement, qu'on le soigne de la construction qu'il a élaborée pour soigner sa souffrance. Et cette demande est, dans certains cas, « piégée », puisque ce qu'il veut, ce n'est pas tant se débarrasser de son angoisse, que d'éviter de faire une certaine épreuve de réalité, castratrice et douloureuse, mais également salutaire dans la structuration subjective.