

NOTE DE LECTURE par Gérard Pommier, la clinique lacanienne n°10, 2006  
Dépression, la grande névrose contemporaine  
De Roland Chemama  
érès 2005

25 La notion de « dépression » réclame sans doute des éclaircissements, mais on la trouve partout. Comme l'écrit Roland Chemama, elle est aujourd'hui considérée comme la pathologie dominante, « celle qui est en tout cas évoquée le plus fréquemment à propos de difficultés subjectives parfois assez diverses. » Derrière cette profusion se cache certainement une réalité psychique, qu'il faut savoir aborder de front. C'est une qualité de Roland Chemama de prendre le problème comme il se pose, sans chipoter sur l'emballage. C'est une qualité freudienne, car il ne sert à rien de tourner autour d'un problème, parce que l'habitude et la langue commune le pose dans des termes qui pourraient ne pas convenir à un puriste. Freud, lui aussi, aurait préféré que certaines réalités psychiques soient désignées plus adéquatement. Il aurait préféré par exemple dire « psycho-névrose narcissique » plutôt que « psychose », mais il eut la sagesse de se servir des mots employés en son temps. D'ailleurs, Freud n'a jamais cessé d'être préoccupé par les équivalents de son époque de la dépression. Il n'a pas cherché à réduire la psychasthénie aux catégories répertoriées par lui, mais il l'a considérée en elle-même sous le terme de « névrose actuelle », à tort négligé par de nombreux cliniciens, les mêmes sans doute qui contesteront la validité du mot « dépression ».

26 On se trouve devant la même diffluence conceptuelle que devant certains termes, comme par exemple celui de toxicomanie, qui est tout aussi incontournable. On ne peut les référer à une seule structure, ni à une seule causalité, bien qu'ils aient une réalité psychique difficilement récusable. Avant d'aborder son sens conceptuel, encore faut-il la distinguer de certains problèmes connexes qui ne la concernent pas directement. Il est d'abord certain que les nouvelles classifications, qui servent surtout à administrer des médicaments, font la part belle à la dépression, considérée comme une maladie à part entière. Comme la cause de la dépression est refoulée ou masquée, elle est abordée comme une entité *sui generis* et bombardée aux antidépresseurs, alors qu'il faudrait la faire parler. L'impasse de cet épingleage est en elle-même pathogène, puisque la dépression ainsi rendue muette va irrémédiablement reconduire la dépression. Cette erreur calculée avec le concours des laboratoires pharmaceutiques met en évidence que, comme la « psychasthénie », comme la « névrose actuelle » ou la « fatigue chronique », la dépression est la grande névrose contemporaine, toujours déjà contemporaine de la difficulté de l'acte qui mettrait le vouloir à la hauteur du désir.

27 Un deuxième problème connexe embrouille la définition de la dépression : c'est qu'il est beaucoup plus facile pour un médecin de dire à un patient qu'il est « déprimé » plutôt que de lui préciser un diagnostic (ce à quoi il est contraint par les nouvelles lois). Et il est beaucoup plus facile aussi à quelqu'un que sa souffrance psychique met à l'écart de ses activités sociales, de dire qu'il est atteint de dépression, plutôt que

– par exemple – d’une schizophrénie. L’euphémisme de la dépression sert de paravent pudique et assez pratique pour ne rien dire. Mais on n’en déduira pas pour autant que le terme de dépression ne veut rien dire.

28 La dépression n’est pas une maladie, mais la tentation est alors de la réduire à un simple symptôme. Le problème se ramène ainsi à la structure, certes d’un usage beaucoup plus pratique. La tentation est d’autant plus forte qu’en effet dans nombre de cas, la dépression fonctionne comme un symptôme. Elle correspond en ce sens à un traumatisme refoulé, et surtout à sa conséquence : une agression contre l’auteur du dit traumatisme, agression masquée pour cause d’amour, puis retournée contre la personne propre. Par exemple, une femme décide de rejeter un homme qui la maltraite, et elle se déprime ensuite en boomerang, comme si elle était rejetée. Mais cette réduction au symptôme ne suffit pas : pas plus que Freud ne s’en est contenté pour les « névroses actuelles ».

29 Il faut en revenir à sa présentation immédiate, s’il s’agit bien, comme l’a écrit Chemama, d’un état « de désinvestissement radical de la volonté comme du désir, le sentiment aussi qu’aucun acte n’est possible ». Cette définition minimale trace un programme de recherche, dont on voit tout de suite qu’il dépasse le cadre de la dépression considérée comme un symptôme. Concernant une difficulté à agir, ce n’est pas le terme de symptôme qui convient, mais celui d’*inhibition*. Comme l’indique déjà le titre de l’ouvrage de Freud « Inhibition, symptôme, angoisse », il faut distinguer ces trois concepts et traiter à part l’inhibition, cette notion clinique si importante et si méconnue. Contrairement au symptôme, l’inhibition est trans-structurale : il s’agit d’une difficulté du sujet à agir et par conséquent on peut la trouver dans n’importe quelle structure (comme la toxicomanie). Ce rapport de la dépression à l’acte est d’ailleurs finement souligné par Roland Chemama, lorsqu’il note une position particulière du sujet déprimé par rapport à la répétition, en quelque sorte comme une sorte de répétition de la non répétition, contrairement au névrosé, qui ne cesse de remettre en scène l’acte qui l’a traumatisé lui-même.

30 Le degré d’inhibition dépend de la capacité d’action du sujet, c’est-à-dire de la puissance de sa libido. Il sera plus ou moins poussé à agir, non pas par la structure et selon les répétitions névrotiques, mais par sa force pulsionnelle. Et cette force dépend de ce qu’il a emmagasiné dans son enfance. Selon la puissance de l’amour donné par les parents, il est poussé à s’activer, à extérioriser cette force qui l’a d’abord mis au rang d’un objet passif. Il s’active pour sortir de cette passivité, et il est inhibé s’il n’a pas été propulsé en ce sens par les pulsions, par ce qu’il y a d’excès dans l’amour familial. Il reste donc dans le trou, dans une dépression indépendante de la structure (dans laquelle il s’inscrit aussi par ailleurs). Si la dépression, c’est-à-dire un défaut de pression, peut être comprise en ce sens, il s’agit d’autre chose que du symptôme, bien que cette dépression, qui s’extériorise par un sentiment de tristesse et une incapacité d’agir, puisse aussi être un symptôme. Elle recouvre à la fois un fait trans-structural et un fait de structure, qu’elle cumule les deux potentialités en même temps ou bien qu’elle n’en affiche qu’une seule. Il est vrai qu’un

clinicien sera tenté d'aborder par le biais du symptôme les affects dépressifs ressentis par son patient. Et il ne se trompera pas lorsque la dépression vient à la place d'un fait signifiant majeur – comme par exemple la tristesse d'une femme au moment de ses règles, en signe de deuil de l'enfant qu'elle n'a pas eu, ou du père que cet enfant aurait pu avoir. Mais le clinicien se trompera s'il cherche à situer une incapacité d'agir au même rang qu'un symptôme lorsqu'il s'agit d'une inhibition, qui réclame d'ailleurs un acte différent que celui de la scansion ou de l'interprétation, bien adaptées au symptôme.

31 Si l'on veut examiner tous les points d'ancrage de la capacité d'agir, donc de l'inhibition trans-structurale (et donc de la dépression) il faut situer également un troisième terme : le rapport du sujet à son nom, ou plus précisément au nom du père. En effet, un sujet n'agit jamais si bien que lorsqu'il peut signer son acte de son nom. Ou plus exactement, l'honneur de son nom lui-même le pousse à agir : il est tenu d'agir pour payer la dette qu'il contracte, eu égard à son vœu parricide. On est du même coup en droit d'examiner la dépression au jour de la place du père et de ses fonctions (de même d'ailleurs que l'importance de la dépression peut s'évaluer en fonction de la place du père dans la société). On tient ainsi les diverses coordonnées qui justifient une étude approfondie de la dépression. Une fois ce cadre délimité, on suivra avec intérêt ses différentes conséquences dans les progressions de Chemama, jusqu'à la question importante du masochisme du déprimé. Même si l'on ne partage pas certaines de ses conclusions, elles soulèvent à chaque fois des problèmes que la dogmatique habituelle évite soigneusement. Et il est positif que nous ayons été amenés à y réfléchir.