
Dépression et somatisation

Jacques Gorot*

Resumo

O autor faz uma revisão geral dos conceitos inerentes ao estudo da depressão, incluindo a sua classificação e critérios de diagnóstico.

São analisados os trabalhos de vários autores sobre este tema, cujos resultados permitem ter uma visão mais clara sobre os processos (internos e externos, psico-afectivos e fisiológicos) que fazem parte integrante da síndrome depressiva e conduzem à somatização.

Refere-se, ainda, às últimas descobertas acerca da reacção do sistema imunológico relativamente aos estados depressivos.

Palavras-chave: *Psicossomática; Depressão; Somatização.*

Traiter de dépression et de somatisation implique à la fois l'étude des concepts que l'analyse de la place du corps et de ses liens tant avec le processus projectif et le narcissisme, que le stress et le système immunitaire.

Mais de quel corps s'agit-il ? Du corps de chaque être humain, de son corps réel, biologique, métamorphosé par le rêve en

un corps imaginaire et transmué en un corps relationnel par les interactions qu'il noue avec son entourage. C'est souligner, d'emblée, l'importance du processus projectif, dont le rêve constitue le paradigme, le seul axe qui permette de définir, à un moment donné chez chaque être humain, ce qui détermine l'ensemble de son économie psychosomatique.

Le concept de dépression est récent: il n'est apparu dans le discours médical qu'au 19^e siècle. Auparavant, d'Hippocrate à Kraepelin, en passant par Gallien, Pinel et Esquirol, il n'est question que de mélancolie. C'est Kraepelin⁽¹⁾ qui, entre 1883 et 1913, dégage progressivement non seulement "la folie maniaque dépressive" ou dépression endogène, mais également la dépression d'involution, les dépressions symptomatiques, la dépression névrotique ou psychogène et la personnalité dépressive.

Lange⁽²⁾, en 1926, systématisera l'opposition entre dépression endogène et dépression psychogène, et si elle semble bien correspondre à une certaine réalité clinique, aucune étude ne réussit véritablement à montrer que cette dichotomie correspond à deux groupes d'affections distinctes ou qu'il existe un continuum entre les deux types cliniques individualisés. *La clinique suggère que les troubles bipolaires ne sont pas un groupe homogène,*

* Psychiatre et Psychanalyste. Service d'Hépatogastro-Entérologie et de Nutrition, CHU Bichat, Paris. Docteur en Psychologie Clinique. Centre International de Psychosomatique, Paris.

qui serait constitué uniquement des quatre sous-groupes proposés par le DSM IV ou le ICD 10. Il semble même que les troubles schizo-affectifs pourraient être inclus dans les troubles bipolaires, en raison de la similitude des caractéristiques prémorbides et socio-démographiques présentées par les patients, sous réserve d'une sévérité plus importante de l'évolution des troubles à court et long terme dans le groupe schizo-affectif.

Quoi qu'il en soit, la place du corps dans les dépressions apparaît comme une constante et H. Ey⁽³⁾, tout comme Boyer et Guelfi⁽⁴⁾, constatent que les troubles somatiques font partie intégrante du tableau clinique de l'état dépressif.

Les travaux contemporains de psychiatrie transculturelle rejoignent également ces données. Pendant une certaine période, l'existence même des états dépressifs en Afrique a été mise en question par l'absence des sentiments d'auto-accusation, de tristesse morale, d'indignité et des idées de suicide. Angst⁽⁵⁾ établit en fait que ces signes constituent la superstructure des états dépressifs. Ils sont spécifiques à l'Occident et relèvent des influences judéo-chrétiennes. Le noyau dur que l'on trouve en Afrique est organisé autour de l'inhibition et des troubles somatiques. Berner⁽⁶⁾, fait les mêmes constatations et parle d'un noyau axial de la dépression. Collomb⁽⁷⁾, quant à lui, insiste sur la quasi constance des somatisations et des sentiments persécutoires.

Le DSM IV retient parmi les critères diagnostiques d'un épisode dépressif *majeur*:

- l'anorexie ou la perte significative de poids ou l'augmentation de l'appétit ou prise significative de poids;
- l'insomnie ou l' hypersomnie;
- l'agitation ou le ralentissement psychomoteur;
- la perte d'intérêt pour les activités habituelles ou la baisse de l'activité sexuelle;
- la perte d'énergie, la fatigue.

Pour Widlocher⁽⁸⁾, le ralentissement psychomoteur constitue non seulement le symptôme privilégié de la maladie dépressive, mais semble être un critère de prévision d'une réponse favorable aux antidépresseurs.

Dans le premier écrit psychanalytique sur la folie maniaco-dépressive, K. Abraham⁽⁹⁾ compare angoisse et dépression. "Le névrosé est saisi d'angoisse lorsque sa pulsion tend vers une satisfaction que son refoulement lui interdit d'atteindre. La dépression survient lorsqu'il renonce à son but sexuel sans succès ni satisfaction. Il se sent incapable d'aimer et d'être aimé". Ces réflexions de 1912 soulignent *déjà* l'existence pour le sujet d'un conflit psychique entre une motion pulsionnelle et la défense levée contre elle. *Avant de revenir sur l'importance d'étudier de façon comparative angoisse et dépression il nous faut insister sur la notion que le concept de travail de deuil n'est pas suffisant pour rendre compte du travail psychique du dépressif, même si l'on ajoute des adjectifs comme bloqué ou pathologique lorsque dépression et somatisation s'associent.*

En premier lieu, il nous faut comparer, comme l'a d'ailleurs fait Freud,

le travail du deuil et celui de la mélancolie en essayant de montrer leurs relations, leurs ressemblances, leurs différences.

Freud⁽¹⁰⁾ en 1915, dans "Deuil et mélancolie", établit la parenté entre ces deux états. Leurs circonstances d'apparition sont analogues, corrélatives de la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction qui tient lieu d'objet d'amour: idéal, liberté, etc.... Si l'analogie entre le deuil et la mélancolie est frappante, il ne vient à l'esprit de personne l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique. Il paraît naturel et légitime que celui qui a perdu son objet d'amour soit douloureusement triste. Il paraît légitime que l'endeuillé présente une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, une perte de la capacité d'aimer, une inhibition de toute activité et qu'après un certain temps l'affliction soit surmontée. Il faut que s'opère le travail du deuil, une renonciation difficile, un désinvestissement de tout lien *relationnel* à l'objet.

Ce qui différencie la mélancolie du deuil, c'est tout d'abord la nature de l'objet perdu. Il s'agit d'un objet d'amour de nature plus idéale que dans le deuil, parfois non réellement mort, mais perdu en tant qu'objet d'amour. Le sujet sait qui il a perdu, mais le plus souvent non ce qu'il a perdu, la nature inconsciente de l'objet. La seconde différence réside dans un immense appauvrissement du sujet. Le mélancolique éprouve une diminution extraordinaire de son sentiment d'estime du moi. Dans le deuil,

le monde devient pauvre et vide; dans la mélancolie, c'est *le sujet lui même*. L'analogie avec le deuil fait conclure que le sujet a perdu un objet; l'auto-critique exacerbée, l'autodépréciation douloureuse, démontrent que c'est en *lui même*, qu'il a éprouvé cette perte. Une *dissociation apparaît chez l'être endeuillé*. Une partie du *sujet* s'oppose à l'autre et joue le rôle d'instance critique.

Dans le tableau clinique de la mélancolie, c'est l'aversion morale du malade à l'égard *de lui même*, qui vient au premier plan. Les auto-reproches sont en réalité des reproches contre un objet d'amour, qui se sont reversées de celui-ci *sur le sujet lui même*.

Le processus suppose quatre temps:

- d'abord un lien *relationnel* à l'objet;

- ensuite un préjudice réel ou une déception du fait de la personne aimée;

- puis, au lieu du retrait du *lien relationnel* de cet objet et de son déplacement sur un nouvel objet, *un retour dans le sujet*;

- enfin, *une identification du sujet avec l'objet abandonné*.

"L'ombre de l'objet tombe ainsi sur le moi qui peut être alors jugé, par une instance particulière, comme un objet, comme l'objet abandonné. De cette façon, la perte de l'objet s'est transformée en une perte du moi et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification"⁽¹⁰⁾.

Freud rappelle ici que l'identifica-

tion est le stade préliminaire du choix objectal et reconnaît que si l'hypothèse de la prédominance du choix narcissique de l'objet se vérifiait, la mélancolie pourrait se spécifier par la régression de l'investissement objectal à la phase orale de la libido appartenant encore au narcissisme. Rappelons pour mémoire, que dans l'hystérie, contrairement à la mélancolie, l'investissement de l'objet persiste et exerce une action limitée et isolée.

Puis Freud, considère l'autre facteur que fait apparaître la perte de l'objet d'amour: l'ambivalence des relations d'amour. Le conflit ambivalentiel, dans les dépressions névrotiques-obsessionnelles s'exprime sous la forme d'auto-reproches selon lesquels le sujet est lui même responsable de la perte de l'objet d'amour, autrement dit qu'il l'a voulue. Cette culpabilité, résultat direct de l'ambivalence des relations d'amour, ne s'accompagne pas ici de *retrait du lien relationnel*.

Et "des trois conditions de survenue de la mélancolie, perte d'objet, ambivalence, régression de la libido dans le moi, seul le troisième facteur est une condition spécifique"⁽¹⁰⁾.

C'est dans "Psychologie collective et analyse du moi"⁽¹¹⁾ que Freud, à propos de la scission du moi décrite dans "Deuil et mélancolie"⁽¹⁰⁾ précisera l'instance de l'idéal du moi. Initialement décrite dans "Pour introduire le narcissisme"⁽¹²⁾ ce concept sera développé dans "Le moi et le ça"⁽¹³⁾, après l'étude des relations entre investissement objectal et identification. "Qu'un objet sexuel doive être aban-

donné, et il n'est pas rare que survienne à sa place une modification du moi, qu'il faut décrire comme une édification de l'objet dans le moi". Peut-être même cette identification est-elle la condition pour que le ça abandonne ses objets et peut-être le caractère est-il un précipité d'investissements objectaux abandonnés? Ainsi le moi est formé en grande partie d'identifications en provenance des fixations érotiques du ça, et se comportent toujours dans le moi, comme une instance particulière, en s'opposant au moi en qualité de surmoi. Le surmoi représente en premier lieu la première identification qui s'est produite alors que le moi était encore faible, et en deuxième lieu, il est l'héritier du complexe d'Oedipe.

Le fait que le surmoi provienne des premières fixations du ça le met en rapport avec les acquisitions philogénétiques du ça et il constitue la réincarnation de tous les anciens moi qui ont laissé une trace et leur dépôt dans le ça. A la faveur de cette circonstance, le surmoi reste toujours en contact étroit avec le ça et peut représenter celui ci auprès du moi. Le surmoi plonge profondément dans le ça et de ce fait, il est beaucoup plus éloigné de la conscience que le moi.

Pour illustrer ces relations, la réaction thérapeutique négative apparaît alors à Freud le fait clinique le plus démonstratif. L'analyse de cette résistance au traitement montre qu'il s'agit d'un facteur moral, d'un sentiment de culpabilité qui trouve sa satisfaction dans la maladie et ne veut pas renoncer au châtement représenté par la

souffrance. La lutte contre le sentiment de culpabilité inconscient ne peut être qu'indirecte. Elle consiste à mettre à jour, progressivement, ses raisons inconscientes refoulées et à les transformer peu à peu en sentiments de culpabilité conscient. Une chance particulière d'exercer une certaine influence s'offre si le sentiment inconscient de culpabilité résulte d'une identification avec une autre personne qui fût jadis l'objet d'un investissement érotique. Le sentiment de culpabilité constitue souvent le seul reste des rapports amoureux abandonnés. Le sentiment de culpabilité conscient quant à lui, n'offre à l'interprétation aucune difficulté. Il repose sur l'état de tension qui existe entre le moi et le surmoi. Il est l'expression d'une condamnation du moi par le surmoi, son instance critique, et joue le rôle décisif dans la gravité plus ou moins grande des dépressions psycho-névrotiques. Le surmoi est ainsi, d'une part, au service du moi narcissique comme protection contre le danger de castration, et, d'autre part, il est en opposition aussi bien avec le moi qu'avec les tendances libidinales du ça. C'est pourquoi il peut entrer en conflit avec les deux.

Comme le souligne Nunberg⁽¹⁴⁾ dans les névroses de transfert, c'est en général le ça qui est vaincu, le surmoi éveille un sentiment de culpabilité conscient ou inconscient, et le moi se satisfait dans le besoin de punition. Dans la mélancolie, le moi succombe au surmoi jusqu'à aboutir parfois au suicide. Mais le conflit ne prend pas toujours la forme classique du surmoi

contre le moi plus l'objet introjecté. Il peut, comme l'a montré K. Abraham⁽¹⁵⁾ parfois s'énoncer moi contre surmoi plus l'objet introjecté.

Lorsque la manie vient se substituer à une mélancolie le surmoi après avoir exercé sur le moi un contrôle très rigoureux se trouve momentanément absorbé par lui, fondu avec lui. Il est incontestable que chez le maniaque le moi et le surmoi ne font qu'un, de sorte que le sujet dominé par un sentiment de triomphe et de satisfaction qu'aucune critique ne vient troubler se trouve libre de toute entrave, à l'abri de tout reproche, de tout remords. Dans la manie, la distinction entre sujet et objet s'estompe en même temps que prend fin le clivage entre réel et imaginaire. La projection supplante la perception et, dorénavant, il n'existe qu'un seul objet dans lequel se dissout le sujet coïncidant avec l'imaginaire devenue la réalité interne et externe.

Nicolas Abraham et Maria Torok⁽¹⁶⁾ compliquent encore la formule métapsychologique de Freud, formule présentant "le moi comme déguisé sous les traits de l'objet", par son opposé à prendre en considération: "l'objet à son tour porte le moi pour masque". Pour ces auteurs il s'agit d'un crypto fantasme, d'une identification qui porte non pas simplement sur un objet qui n'est plus, mais essentiellement sur le "deuil" que menerait cet "objet" et cela à propos de la perte du sujet qui lui ferait douloureusement défaut. Ainsi dans la dépression, pour ces auteurs, il existerait par un jeu de miroirs une double crise, celle du sujet et celle de l'objet pris dans une relation spéculaire. Ce qui pose

dérechef le problème du narcissisme, la problématique du double évoquée, sous une autre formulation, par B. Rosenberg⁽¹⁷⁾.

Alors que le travail du deuil consiste, comme on le sait, dans le détachement de l'objet perdu, son désinvestissement et le reinvestissement d'un autre objet, dans le travail de mélancolie il s'agit, avant que le détachement soit possible, d'assurer la détachabilité, de lever l'accolement des représentations du sujet et de l'objet. La cause de la difficulté du mélancolique de se détacher de l'objet vient de ce que son type d'investissement d'objet est un choix narcissique d'objet. Désinvestir l'objet serait se désinvestir soi-même. Accepter que l'objet soit perdu serait se perdre soi-même. Aussi pour B. Rosenberg⁽¹⁷⁾ le travail de mélancolie peut être défini comme le travail psychique élaboratif de la non détachabilité visant à la liquidation d'un investissement narcissique d'objet, e.g., à la possibilité d'investissement d'un nouvel objet qui sera, comme le précédent, narcissiquement investi lui aussi. Paradoxe souligné Rosenberg de ce que le travail de mélancolie qui vise la liquidation de l'investissement d'objet utilise justement un processus qui représente une régression narcissique. Ce qui laisse ouverte la question du narcissisme primaire, anobjectal, arelationnel, en opposition avec le narcissisme secondaire par une identification à l'image d'autrui, état d'où ne serait pas absent toute relation interpersonnelle.

Si le modèle infantile de la dépression mélancolique est pour K. Abraham⁽¹⁵⁾ celui d'une dysphorie originelle issue du complexe d'Oedipe, pré-supposant la même élaboration psychique,

la clinique révèle l'existence d'états dépressifs chez le nourrisson même dont l'incomplétude de l'appareil psychique le rend inapte à une telle complexité.

Aussi, dans la lignée des travaux de K. Abraham, Mélanie Klein^(18,19) montre qu'en projetant ses pulsions érotiques et agressives sur un objet partiel, qui est initialement le sein de la mère, le nourrisson crée les images d'un bon et d'un mauvais sein. Ces deux aspects du sein sont introjectés et contribuent tous deux à la formation d'un surmoi. C'est après la phase paranoïde que s'instaure, vers le milieu de la première année, la position dépressive. Elle est décrite comme un état d'angoisse lié au fantasme d'avoir endommagé, voire détruit les bons objets internes. Elle émerge au moment où l'enfant, du fait de sa maturation, deviendrait capable d'identifier sa mère comme un personnage unique, tantôt gratifiant, tantôt frustrant. Elle est corrélative d'une série de changements. L'aspect de l'objet n'est plus partiel, les pulsions agressives et érotiques s'unissent dans la visée d'un même objet et le surmoi devient moins sadique en même temps que s'établit la relation avec l'objet total. Considérée par Bergeret⁽²⁰⁾ comme encore préoedipienne, prégenitale, et profondément narcissique, la phase dépressive correspondrait à une première prise en compte possible à la fois d'un moi et d'un objet devenus narcissiquement complets. La position dépressive serait en définitive le passage nécessaire vers la triangulation oedipienne.

La position dépressive ou de constellation dépressive de Benedek⁽²¹⁾ qui résulte de l'interaction ambivalente

mère-enfant, suivant le modèle original de la faim et de sa satisfaction, implique qu'il existe également à cet âge une relation objectale et un certain développement du moi.

À côté du modèle théorique classique coexiste un autre appareil conceptuel de la dépression, celui de la psychologie du moi. Comme Hartman⁽²²⁾ l'a noté, si l'autocritique provient du surmoi, le moi présente aussi des critiques du soi et règle ainsi l'estime du soi.

À la suite d'Hartmann, pour Kernberg⁽²³⁾ l'investissement narcissique e.g., l'investissement dans le soi, et l'investissement d'objet, e.g., l'investissement dans les représentations d'autrui et dans les autres êtres humains, apparaissent en même temps et s'influencent l'un l'autre de façon étroite, si bien qu'on ne peut pas étudier les vicissitudes du narcissisme sans étudier les vicissitudes des relations d'objet, de la même manière qu'on ne peut pas étudier les vicissitudes du narcissisme normal et pathologique sans les relier au développement des relations d'objet internalisées liées aux rejets pulsionnels à la fois érotiques et agressifs. Par relation d'objet, Kernberg entend non un style d'interaction avec autrui, mais un mode d'organisation fantasmatique, un type de rapport imaginaire avec un objet plus ou moins soutenu par la perception d'autrui. Le narcissisme, dans cette perspective ne peut plus être défini comme le simple retour de la pulsion érotique sur le sujet, mais comme l'intériorisation d'un ensemble de représentations de soi et d'autrui qui constituent des systèmes de rapports interper-

sonnels. La conséquence de cette position fait que sur le plan métapsychologique "narcissisme primaire" et investissement "d'objet primaire" coïncident. L'investissement érotique d'une représentation primaire soi-objet "totalement bonne", l'investissement agressif d'une représentation primaire soi-objet "totalement mauvaise" et les vicissitudes du développement et des interrelations entre ces deux structures primaires précèdent le développement de l'investissement érotique d'un soi différencié. Le soi n'est pas une instance qui s'ajoute au moi et au surmoi. Il résulte d'un système de représentations conséquence des attitudes du moi et du surmoi ou d'une carence de leur organisation. Pour Kernberg, le moi définit les attitudes, les opérations de la pensée qui rendent possible une activité mentale de type secondaire, adaptée au réel extérieur. C'est l'activité du moi qui permet la construction du soi cohérent et intégré. La représentation de soi est une conséquence de l'activité du moi, non son moteur.

Pour Bibring⁽²⁴⁾ l'effondrement du sentiment d'estime du soi est le primum movens du phénomène dépressif. La régression et le retournement contre le moi des pulsions agressives ne sont que des facteurs de complication. La haine de soi est secondaire à la chute du sentiment d'estime du moi. Il ne se regagne que par la satisfaction de certains désirs, celui d'aimer et d'être aimé, celui d'être puissant, celui de se sentir en sécurité, et Bibring distingue différents états narcissiques du moi et la dépression résulte, pour lui, par une réactivation régressive à un état infantile du moi, du conflit entre les aspirations

narcissiques du moi et la connaissance par le moi de son état de dénuement et de faiblesse. Tout ce qui diminue ou paralyse le moi dans son sentiment d'estime de soi, sans modifier les aspirations narcissiques, serait source de dépression.

Pour Jacobson⁽²¹⁾ également, le sentiment d'estime du moi ne dépend pas que du surmoi mais aussi du moi et de l'investissement narcissique du soi *qui augmente l'estime de soi lorsque le soi est à la hauteur de ses exigences et de ses attentes. Ce serait par l'absence de cet idéal du moi que certains patients sont hyper-dépendants des sources externes de l'admiration, d'amour, de reconnaissance.*

De cette façon, avec l'école américaine, le concept de dépression évolue d'un processus intersystémique entre les instances de la deuxième topique vers un phénomène intrasystémique, dans le moi lui-même *et ses diverses acceptions du narcissisme.* Margaret Mahler⁽²⁵⁾ critique cette position théorique tout comme elle refuse le concept de dépression anaclitique. Pour cet auteur, ce n'est qu'après la période de séparation-individuation, vers la deuxième année de la vie, que le moi émerge, peut établir des frontières entre lui et les autres et éprouver un sentiment dépressif.

Il n'en est pas de même pour Spitz⁽²⁶⁾. Pour lui, la séparation plus ou moins longue, aux premiers mois de la vie du nourrisson de sa mère provoque une dépression anaclitique dont la forme extrême est l'hospitalisme. Il correspond à l'absence totale et prolongée de la mère ou de toute figure maternelle, et la dépres-

sion, loin de se réduire au psychique atteint également le corps dans ses fondements biologiques. *Observation qui souligne l'importance de la relation mère-enfant, de leurs interactions précoces et de leurs conséquences sur l'état de la santé du nourrisson.* Déjà, dans la dépression anaclitique, si la baisse du quotient de développement s'avère proportionnelle à la durée de la séparation, il s'accompagne de phénomènes organiques. *Ainsi,* dès le deuxième mois de la carence, une perte de poids s'amorce et, au troisième mois, s'accompagne d'une insomnie et d'une tendance à contracter des maladies intercurrentes. Au delà du troisième mois, la détérioration s'aggrave. Le retard moteur devient évident et les enfants complètement passifs, étendus sur le dos dans leur berceau, le visage vide d'expression, la coordination oculaire déficiente, sont exposés à des risques croissants d'infection et à un taux de mortalité spectaculaire. Pour Spitz, alors que la symptomatologie que présentent les enfants qui sont séparés de leur mère offre des ressemblances frappantes avec les symptômes de la dépression chez l'adulte, du point de vue métapsychologique, elles ne sont pas comparables. Si, dans la dépression mélancolique, le moi s'effondre, persécuté sans relâche par un surmoi sadique, rien de semblable n'existe chez le nourrisson, chez lequel, à ce stade, même les précurseurs du surmoi ne peuvent être discernés. Aussi Spitz étudie-t-il le destin des pulsions. En l'absence de l'objet maternel, les pulsions *erotiques* et agres-

sives qui se manifestent de façon simultanée, concomitante ou alternée, en réponse à un même objet, sont privées de leur but et l'enfant tourne l'agression contre lui-même, contre le seul objet qui lui reste.

Anorexie et insomnie précèdent le moment où le nourrisson cogne la tête contre les barreaux, la frappe de ses poings, ou s'arrache les cheveux par poignées. Si la carence devient totale, l'hospitalisme s'instaure, la détérioration se poursuit inexorablement, conduisant au marasme et à la mort.

Pour Spitz, la pulsion agressive est l'onde porteuse, non seulement de cette pulsion agressive, mais aussi de la pulsion *érotique* dirigée sur un objet unique. Lorsque l'enfant est privé de son objet *érotique* il existe une désintrinsication des pulsions. A l'aide de la pulsion agressive, il essaye de regagner l'objet perdu, puis la séparation se prolongeant, les symptômes somatiques apparaissent. La pulsion *érotique*, quant à elle, ramène le nourrisson en deça de l'auto-érotisme, au stade du narcissisme primaire.

L'enfant est incapable de prendre comme objet même son propre corps et, en proie au marasme, la seule tâche encore dévolue à la pulsion *érotique* est celle d'assurer la survie aussi longtemps que possible. Et Spitz de préciser que l'atmosphère de sécurité qu'offrent des relations objectales stables est l'une des conditions nécessaires à la maturation du moi. L'enfant doit disposer d'un accès ininterrompu vers une décharge libre sous forme d'affects dirigés vers l'objet *érotique* conduisant à des échanges entre lui, et l'objet.

Cette expérience permettrait à l'enfant d'éprouver un sentiment de confiance et de supporter la frustration⁽²⁷⁾.

Cette description de Spitz, de ce qui advient de l'enfant de la naissance à la parole, omet toute indication sur la place de l'imaginaire, tout comme elle ignore la problématique du visage⁽²⁸⁾. Deux lacunes qui sont en définitive les facettes d'une même entité, la subjectivité.

Dans le processus anaclitique, comme le montre Sami-Ali⁽²⁹⁾, l'enfant n'a pas de visage, perd le visage qu'il peut avoir, a du mal à se reconnaître un visage à travers une mère qui n'est pas là. Autrement dit, il a le visage de l'absence, absence de la circularité des échanges entre lui et sa mère, absence de l'illusion d'avoir son visage à elle, absence de la possibilité d'être aimé et reconnu en son identité.

La dépression est perte de soi par perte de l'objet qui est soi, sans que rien de l'ordre de l'imaginaire ne vienne combler le vide, transformant l'absence en présence, la présence en absence. C'est cette activité projective primordiale à laquelle incombe la tâche, au moment où s'élabore la sexualité infantile, de convertir le corps réel en corps imaginaire, en même temps que l'objet réel en objet imaginaire, qui se trouve ici profondément touchée. Faute de pouvoir recréer l'objet réel en son absence en tant qu'objet imaginaire par rapport au corps réel qui, participant à l'absence devient un corps imaginaire, l'activité projective est acculée à s'alimenter *d'absence et de reproduire l'absence dont elle s'alimente à nouveau*. Un cercle vicieux

s'instaure de la sorte, entraînant tout le fonctionnement psychosomatique vers l'usure.

Que la fonction de l'imaginaire soit atteinte par la dépression anaclitique deux phénomènes l'attendent. D'une part, l'insomnie, qui précisément supprime la phase paradoxale du sommeil, liée à l'activité du rêve, en supprimant le sommeil, et d'autre part, la disparition graduelle de toute forme d'auto-érotisme qui, par l'entremise de la motricité, permet au sujet d'halluciner l'objet en son absence. Deux événements qui sont des actes psychiques s'insérant dans une relation où le psychique est inséparable du biologique, et la relation préexistante aux termes qu'elle relie. Tout se passe comme si le refoulement de la fonction de l'imaginaire, que sont le rêve et ses équivalents, était également un refoulement biologique au moment où se constitue cette fonction.

Le comportement des enfants en dépression anaclitique, avant de sombrer dans l'abîme final de l'hospitalisme, se concrétise déjà comme une ultime tentative d'affronter l'insoutenable. À juste titre Spitz souligne l'importance du retournement de l'agressivité contre soi-même mais, c'est en vue de retrouver un objet en place de l'objet perdu. Ainsi s'attaquer physiquement, c'est aussi attaquer l'objet tout en l'appelant. À cet appel, aucune réponse, ce qui derechef, livre à elle-même l'activité motrice. Actes qui tournent en rond, devenant progressivement des actes en soi, sans finalité. L'imaginaire s'épuise en s'automatisant et le temps

se fige hors du temps dans la répétition de l'identique.

Se dessine ainsi en négatif, le prototype de la dépression caractérielle pour autant que celle-ci provoque l'inaccessibilité absolue de la vie onirique et ses équivalents à l'état de veille, e.g., *l'occultation du processus projectif*.

Décrite par Sifneos⁽³⁰⁾ l'alexithymie témoigne d'un hypercontrôle de la vie émotionnelle, d'une pauvreté de la vie fantasmatique et d'une très grande difficulté à trouver les mots appropriés pour décrire les états affectifs.

P. Marty et l'École psychosomatique de Paris, désignent ce discours littéral comme "pensée opératoire"⁽³¹⁾ notion étendue au concept de "dépression essentielle"^(32,33,34). Elle se présente comme une disparition de la libido tant narcissique qu'objectale, un effacement des vies oniriques et fantasmatiques, une carence des deux topiques freudiennes. Au niveau de la première topique, l'inconscient n'émet plus, est mis à l'écart, le pré-conscient est séparé de lui, et l'actuel et le factuel s'imposent à l'ordre de chaque jour. Au niveau de la deuxième topique, le réservoir du ça n'est pas vide mais presque clos, l'engagement pulsionnel n'a plus cours par la disparition des sentiments inconscients de culpabilité, le surmoi ne se manifeste plus, et le moi défaillant, coupé de ses racines, est désorganisé.

Ce mode de fonctionnement n'est pas régi, comme le prétend P. Marty, par une carence réelle de l'imaginaire ni par la disparition réelle des rêves ou de la production des rêves. Tout au contraire, ces traits négatifs découlent

d'un fonctionnement qui prend appui d'une façon exclusive sur le refoulement de l'imaginaire, un refoulement caractériel qui réussit dans la mesure où il modifie l'ensemble des fonctionnements, e.g., tout le caractère.

L'imaginaire, généré par le processus projectif, dont le modèle est le rêve ou ses équivalents diurnes que sont l'hallucination, le délire, le fantasme, le jeu, l'affect, le transfert, est oblitéré.

Le refoulement de l'activité imaginaire est un refoulement réussi, avec une exclusion de la vie consciente du rêve et du fantasme. L'absence du rêve dont la mémoire ne garde trace, est le signe de la totale réussite d'un refoulement à éliminer le rêve qui est l'authentique subjectivité. Le vide onirique paraît alors comme l'interdiction radicale d'être. Interdiction qui fait partie d'une *formation* caractérielle et non d'une formation névrotique ou psychotique, liées quant à elles, à un échec du refoulement et au retour du refoulé. Cette formation caractérielle fonctionne par le refoulement du rêve et de ses équivalents, et si le discours est littéral, c'est qu'il est interdit d'introduire dans la parole reproduite la moindre inflexion subjective.

Le conformisme se confond avec les principes du fonctionnement social. Il est adhésion complète à des normes de comportement qui, appliquées d'abord par les parents, créent chez l'enfant l'illusion d'un monde harmonieux où les problèmes ne se posent pas, ne peuvent pas se poser. Éviter tout heurt et toute divergence

non seulement, comme si l'autre était soi-même et devait être soi-même, mais surtout, pour se faire agréer par l'autre, aimer d'une figure maternelle omnipotente à laquelle se réduisent tous les autres. Donc être comme l'autre. Ne pouvant s'affirmer face à l'autre, l'élimination de la subjectivité est rendue nécessaire par la projection d'un double spéculaire du sujet, un double narcissique méconnu, d'où cette double illusion du sujet en tant qu'autre et de cet autre comme n'étant pas le sujet. À travers ce nivellement général, c'est d'abord le sujet lui-même qui est réduit en tant que subjectivité. Et comme du reste, tout un chacun doit être pareil, la multiplicité ne peut résulter que de la reduplication du même. On pourrait s'étonner, en vérité, que le conflit ne surgisse pas quand tout le monde est pareil. La rivalité, au moins, est faite d'une telle ressemblance. C'est que la rivalité est une relation alors qu'ici toute relation fait défaut. L'absence de conflit est absence de relation. La contradiction n'est pas indispensable dans un monde où seule règne la logique de l'identité. Logique qui coïncide avec le fonctionnement de l'inconscient, dans la mesure où celui-ci ignore la contradiction, et qui, inlassablement, répète que la chose est ce qu'elle est, que l'être est, que le non être n'est pas, par quoi s'exprime la pensée la plus essentielle, et qui en tient lieu dans le conformisme. Situation en tout point comparable à une vision du monde devenue idéologie: tout événement qui en contredit les principes est interprété conformément à ces princi-

pes. C'est d'ailleurs la même démarche qui soutient la pensée délirante, sauf qu'ici le délire est remplacé par une rationalité technique tout comme une métaphore peut se substituer à la projection. Ce qui y disparaît en fin de compte, c'est le négatif, constitutif de la pensée, e.g., la pensée. Seul persiste un positif qui se confirme lui-même.

Littéralité des mots, littéralité des choses, c'est par ce biais que le corps signifie sa littéralité. Objet parmi les objets, déserté par le désir, il peut être seulement décrit, jamais vécu subjectivement. Le banal⁽³⁵⁾ est ainsi sous tendu par une "dépression à priori", une dépression donnée avant tout événement, conditionnant tout événement. Elle peut prendre concrètement la forme d'un paradoxe: "plus j'allais bien, plus j'allais mal"⁽³⁶⁾. Entre le comportement social et la réalité psychique, le contraste est total. Réduire à l'identique ce qui contredit l'identique, c'est en cela que consiste le vrai travail du refoulement. Ici, un refoulement sans faille, sans déficience, sans échappée possible, et qui, dès lors, se distingue radicalement de ses variantes névrotique ou psychotique fondées sur l'échec du refoulement et le retour du refoulé.

En effet, la psychose se heurte également à la contradiction à partir de quoi elle s'élabore comme pensée du contradictoire, et, ce faisant, elle s'aliène elle-même, s'aliène la logique et la réalité. Le travail de la psychose graduellement convertit en identique le contradictoire avec lequel il est aux prises. Cette réduction à l'identique

dans les psychoses s'effectue ainsi au moyen de la projection⁽³⁷⁾. Qu'elle supprime tout à fait la perception ou qu'elle la laisse plus ou moins subsister, la projection maintient toujours le même rapport avec le réel, elle l'inclut comme un cas particulier de l'imaginaire⁽³⁸⁾. Ce qui contredit le système est interprété par le système, lequel, du même coup, se place au dessus de la contradiction. Autre manière de dire que tout s'y ramène à l'identique et que le réel n'a pas besoin d'être nié parce que, interpretable, il sert comme preuve à l'imaginaire.

Ce retour du refoulé amène Freud⁽³⁹⁾ à reconnaître à la projection une valeur curative puisque la réalité abolie lors du refoulement psychotique revient en masse dans les phénomènes projectifs. Ceux-ci correspondent à l'échec du refoulement, lequel, en soi, s'accomplissant en silence ne s'accompagne d'aucune formation symptomatique.

Dans la dépression caractérielle, dans la dépression "à priori", le refoulement ne laisse plus subsister aucune projection. Ce qui se modifie de la sorte c'est l'ensemble du fonctionnement psychosomatique axé sur l'imaginaire que sont le rêve et l'affect. Corrélatrice du refoulement durable de la fonction de l'imaginaire, cette modification, s'effectue par le truchement de la formation caractérielle. Celle-ci se charge d'abolir de la vie consciente aussi bien le rêve que l'intérêt pour le rêve. Le conflit psychique disparaît en même temps que le rêve, laissant au niveau du conscient un fonctionnement aux prises avec le réel prêt à s'attaquer efficace-

ment aux problèmes externes et d'en neutraliser, grâce au refoulement, les répercussions internes.

Oltre le refoulement du rêve, dans le refoulement de l'imaginaire, le processus essentiel concerne le refoulement de l'affect.

Il convient de noter que le modèle de la psychopathologie freudienne méconnaît le refoulement de l'affect. Pour Freud⁽⁴⁰⁾ le processus psychique qui tend à faire disparaître de la conscience un affect déplaisant ou jugé inopportun relève d'une opération de répression. Pour Freud, seul le contenu représentatif est à proprement refoulé, l'affect ne peut, quant à lui, devenir inconscient. La répression s'oppose ainsi au refoulement. Dans celui-ci tout le processus est inconscient. La répression demeure au contraire un processus conscient et l'affect n'est pas transposé dans l'inconscient mais devient préconscient. La répression de l'affect consiste en une inhibition conscient du développement de l'affect et à son exclusion hors du champ de la conscience.

L'arrêt de l'affect peut s'opérer soit d'emblée en empêchant l'affect de se former, soit après coup alors que l'affect existe déjà, pour couper court à son développement⁽⁴¹⁾. Ce processus, dont l'initiation est gérée en toute connaissance de cause par le sujet, se généralise, devient un phénomène global qui dépasse l'intention initiale de maîtrise d'une situation douloureuse, de perte relationnelle essentielle, et l'acte de retenir les affects va s'inscrire dans un mécanisme de transformation caractéristique instaurant la même distance à l'égard de tous les affects qui finissent par devenir imperceptibles⁽⁴¹⁾.

L'intention de contrôle d'une situation de deuil tend à créer une distance caracté-

rielle destinée à neutraliser l'expression affective et aboutit à un processus qui ne prend sens que par le refoulement de l'affect qui, dorénavant, échappe à la conscience, e.g., ne peut être reconnu. Le refoulement de l'imaginaire dans son ensemble réussit ainsi à modifier entièrement le caractère au point d'aboutir à une séparation totale du psychique et du somatique, conforme à la coupure entre l'affect et le mot qui se vide de tout contenu. Cette séparation de deux domaines qui coexistent en parallèle témoigne d'un refoulement portant sur le lien et se manifeste par l'impossibilité de concevoir une relation étroite entre psychique et somatique.

Cette réduction de chaque élément à sa définition littérale se retrouve, poussée à l'extrême, dans l'accès de panique où chaque manifestation corporelle est considérée comme une manifestation isolée dont l'origine est attribuée à une étiologie organique par une méconnaissance du lien avec l'affect occulté. À l'expérience subjective de l'angoisse se substitue la recherche d'une causalité objective que cautionne la démarche médicale fondée sur le même refoulement de l'affect. Un tableau analogue s'observe dans l'état dépressif où l'affect lié au deuil, rendu méconnaissable par un fonctionnement caractériel rétif, à l'affect, se limite à un phénomène de tension musculaire, localisé ou généralisé, à un état d'indifférence ou à un sentiment d'ennui ou de vide, par une rupture de toute relation affective ou par une totale absence de désir.

Cette dépression paradoxale, s'ignorant elle-même en tant que dépression, pétrifiant de plus en plus l'ensemble de la vie psychique, est une "dépression climat". Elle s'inscrit

dans le refoulement de la subjectivité, e.g., dans l'annulation du corps dans sa réalité sexuelle.

Dans la dépression "à priori", le sujet et l'objet n'existent plus parce qu'ils ne font plus qu'un avec le "surmoi corporel"⁽²⁹⁾. Équivalent d'une projection interdisant toute projection, ou projection de l'interdit de projeter, d'être autrement que dans l'interdit d'être, le surmoi corporel est l'instance intériorisée à laquelle il incombe la double tâche de refouler l'imaginaire et de lui substituer le conformisme. Instance morale, certes, qui dicte les règles de conduite, mais qui est en même temps éminemment corporelle, comme si toute action ne pouvait être que sur le corps et à travers le corps. L'espace et le temps, au lieu d'être des créations qui "émanent du corps en tant que schéma de représentation"⁽³⁷⁾, sont supplantés par des cadres de référence que l'on applique de l'extérieur, sans le corps, en dépit du corps. Le corps se transforme en corps fonctionnel dont la subjectivité est masquée. L'adaptation est une manière d'être adopté, de dépendre d'un autre pour exister, face aux choses, comme corps soumis à l'espace et au temps.

L'adaptation repose sur l'apprentissage de règles dont l'application reproduit partout du littéral. Mais le littéral n'existe que parce que le corps propre, nommé du point de vue de l'autre, est lui-même devenu littéral, et qu'en tant que tel, il vise des objets réduits à eux-mêmes, ne débordant pas leur définition. Est exclu du même coup tout glissement métaphorique ou métonymique qui coïncide avec l'ima-

ginaire et que le corps propre rend possible au moyen de la projection⁽³⁷⁾.

Dans l'hystérie, en revanche, le corps est pétri de fantasmes. Il est façonné dans la matière du rêve et il existe entre le rêve et l'hystérie une identité qui est le fait de structurer le monde à travers la projection. Cette structuration s'effectue par la création d'un espace qui est le corps et la création d'objets qui sont des objets image du corps⁽²⁸⁾ si bien que l'imaginaire hystérique et l'imaginaire onirique manifestent tous deux la même structure de l'espace et des objets dans l'espace. Tous les objets sont le corps et tous les espaces sont la projection de l'espace du corps. Aussi la structure fondamentale du rêve et de l'hystérie se ramène à l'espace d'inclusions réciproques⁽⁴²⁾ par quoi s'indique la présence du sujet lui-même à l'intérieur de lui-même, la présence du corps en tant qu'espace et objet dans l'espace.

Dans la pathologie du banal, dans la pathologie de l'adaptation⁽²⁹⁾ au contraire, l'écart est considérable entre un banal ou s'exprime la conformité de la perception aux normes sociales et une projection totalement imprégnée de l'expérience du corps. Le banal est une tentative de prendre à l'égard de soi le plus de distance possible. Cette distance s'effectue au détriment de la projection, non au moyen de la projection. Se trouvent ainsi juxtaposés l'infiniment subjectif de la projection et l'infiniment objectif du banal. De l'un à l'autre aucune médiation, et cette rupture de plans fait paraître le banal, du point de vue de l'adaptation comme une concep-

tion conformiste qui traduit et compense l'échec de la projection. Échec où se dénote l'impossibilité de transformer l'espace corporel en espace de la représentation et les objets images du corps en objets. Tout se passe comme si l'espace de la représentation, coupée de ses racines subjectives, ne pouvait être en même temps un espace corporel ni les objets des projections du corps. Par cette faille s'insinuent les somatisations qui atteignent le corps réel et qui se trouvent en corrélation négative avec la projection. Ce qui y dispose c'est que soudain le sujet adapté doit affronter une situation qui met en échec son fonctionnement caractériel, e.g., un fonctionnement qui exclue tout recours à l'imaginaire, un fonctionnement qui méconnaît toute possibilité régressive. Le conflit devient vite inélaborable créant une situation d'impasse où les termes mêmes du conflit, proches en celà du versant psychotique, sont contradictoires. Il en résulte une situation de risque maximal dans laquelle c'est le corps réel qui est en péril, quelle que soit la fonction sur laquelle porte l'atteinte somatique. Car un symptôme organique peut disparaître au profit d'un autre sans que pour autant la variabilité symptomatique modifie en quoi que ce soit l'économie globale du sujet. L'affection somatique est le fruit conjoint d'un refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire et d'une situation d'impasse. *Alors que le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire constitue la face subjective de la situation d'impasse et qu'elle se rencontre*

également chez des sujets indemnes de toute pathologie organique. La face objective de la situation d'impasse est concrétisée par les événements de vie. Le simple constat d'un mode de fonctionnement psychique privilégiant le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire chez des sujets sains, prouve que le mode de fonctionnement n'est aucunement spécifique de la pathologie organique et qu'il n'existe aucun lien entre le mode de fonctionnement psychique et les maladies organiques. Elles restent tributaires en revanche, d'une situation d'impasse qui demeure, elle, spécifique. C'est elle qui commande l'émergence de la pathologie qui ne peut concerner que le corps réel, le corps biologique.

C'est ce dernier élément, *l'élément traumatique*, que les travaux actuels, qui veulent se situer sur le versant objectif de la réalité extérieure du sujet, tentent d'étudier par l'analyse des événements vitaux assimilés à des *stress* pouvant être quantifiés⁽⁴³⁾. Le postulat est implicite: les événements de la vie seraient facteurs de *stress*. La méthode des questionnaires d'événements de vie a ainsi pour but de tenter d'offrir une approche systématique objective et quantitative de cette pathologie événementielle.

Holmes et Rahe⁽⁴⁴⁾ ont établi en 1967 le premier questionnaire standardisé d'événements. Les événements pris en compte sont définis comme l'ensemble des circonstances graves ou banales, désirables ou non, dont la survenue implique un changement dans le mode de vie habituel du sujet, un effort d'adaptation, et peuvent, par là, être facteurs de *stress*.

Il porte non pas sur l'effet isolé d'un événement, même majeur, mais sur l'effet pathogène propre à l'accumulation des événements qui sont censés pouvoir additionner leurs effets, d'où l'attribution d'un certain nombre de points par événement, permettant de calculer pour un individu donné, le nombre d'unités d'événements par an, et par suite son risque de morbidité. Sont ainsi pris en considération la mort du conjoint qui a la note maximale, le départ en vacances qui obtient la note minimale, le divorce, la prison, une blessure ou maladie personnelle, le mariage, la retraite, la grossesse, des difficultés sexuelles, la mort d'un ami proche, des succès personnels demesurés, un changement dans les conditions de vie, etc...

L'étude qualitative des événements cède la place à une étude quantitative permettant d'établir un score événementiel. Aussi, le primat du mesurable s'impose au détriment du vécu subjectif car le terrain sur lequel survient le *stress* désigne surtout la situation extérieure responsable des modifications biologiques enregistrées. Or, tout événement, s'il n'est pas sinon produit, est du moins constitué comme tel par le sujet et il n'existe d'événement que par l'homme et pour l'homme. Les "événements de vie" en fait, ne font que révéler un état d'adaptation qui s'effondre, par une intolérance à intégrer dans un système privilégiant la réussite du refoulement de l'imaginaire une situation de détresse ou de conflit génératrices d'une situation d'impasse qui *s'origine très tôt dans l'enfance. L'événement de vie ne fait que*

réactualiser une situation d'impasse relationnelle spécifique au sujet à rechercher sur l'ensemble de la vie. Le corps réel, soumis à un processus d'usure *dans une temporalité figée* est alors à même de laisser émerger les potentialités pathologiques de son capital génétique et immunologique. C'est ainsi que les travaux récents de la neuro-immuno-modulation permettent l'esquisse d'une approche neuro-physiopathologique corrélant, dans une relation dialectique le système nerveux et le système immunitaire. *Les états dépressifs partagent avec le stress non seulement des mécanismes neuro-endocriniens mais aussi, immunitaires.*

À la suite des travaux de Cannon, qui a démontré que les états affectifs activent les fonctions physiologiques, H.Selye⁽⁴⁵⁾ a cherché à approfondir la notion de *stress* qu'il définit comme la réaction non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. A chaque situation, le corps répond de façon stéréotypée par des changements biochimiques identiques. Même si les agents stresseurs sont divers, la réponse est la même biologiquement. Ainsi tous les agents stresseurs provoquent dans l'organisme une réponse qui leur est propre, différente pour chacun. C'est la réponse spécifique. Mais en dehors de cette réponse spécifique ces divers agents provocateurs donnent lieu, dans l'organisme à une autre réponse, commune à tous, non spécifique. L'organisme sollicité devra, pour rétablir son homéostasie, donner une double réponse spécifique et non spécifique. Double réponse à une double demande, et cette seconde demande, d'ac-

tivité non spécifique, constitue l'originalité et l'essence du *stress*. L'ensemble des désordres biologiques a été décrit par H.Selye ⁽⁴⁵⁾ sous le nom de syndrome général d'adaptation. Il évolue en trois phases: une phase d'alarme comportant la phase de surprise ou choc puis, une étape de défense ou contrechoc; ensuite survient une phase de résistance lorsque l'exposition à l'agression se prolonge; enfin la phase de l'épuisement, le stade où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter, peut conduire à des maladies de l'adaptation, et même à la mort. Très schématiquement ^(46,47) en situation de *stress*, l'hypothalamus va déclencher diverses réactions de défense; une réponse brève et immédiate hypothalamo-sympathique et une réponse lente et continue hypothalamo-hypophyso-surrénaliennne. La réponse brève et immédiate par la libération de noradrénaline par les fibres post-ganglionnaires du système sympathique est responsable des modifications cardio-vasculaires et métaboliques de la phase initiale du *stress*. La réponse lente, essentielle au cours de la phase d'adaptation, aboutit par une chaîne de réactions, à une stimulation de la synthèse du cortisol et de la corticostérone.

Une corrélation a été établie entre une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et les troubles dépressifs majeurs, e.g. avérés ⁽⁴⁸⁾. *L'état dépressif s'accompagne d'une élévation du cortisol au niveau, du plasma, du LCR, de l'excrétion urinaire, avec une altération du rythme circadien. Dans la dépression, il existe une survenue précoce*

du premier épisode sécrétoire du cortisol, parallèle à l'avance de phase des phases REM du sommeil. Et bien que le mécanisme d'une privation totale du sommeil ou d'une privation partielle spécifique des phases REM ⁽⁴⁹⁾ ne soit pas encore élucidée, cette suppression s'accompagne d'un effet antidépresseur évoluant sur 24-48 h associée à une immunostimulation. Il pourrait s'agir en association avec d'autres déterminants, et c'est notre hypothèse personnelle, par la suppression du processus du rêve, d'une économie de l'énergie de contre-investissement mobilisée par le refoulement de l'imaginaire. L'abolition de cette dépense énergétique de l'imaginaire corporel pourrait générer transitoirement une amélioration symptomatique. Toujours est-il que l'hypercortisolemie induit une immuno-suppression. Lorsque la phase d'épuisement du stress est atteinte, dans un état dépressif grave, l'hypercortisolemie affaiblit les défenses immunitaires en détruisant les tissus lymphoïdes indispensables dans la lutte contre les agents pathogènes, diminue le taux des immunoglobulines A et G, minore la réactivité mitogénique des lymphocytes ainsi que le nombre des cellules NK (natural killer) et l'activité phagocytaire des leucocytes ⁽⁵⁰⁾. Miller et Stein ⁽⁵¹⁾ ont analysé dans la littérature 24 études contrôlées des fonctions immunitaires des patients déprimés majeurs, comparés à des témoins sains et leurs propres travaux ⁽⁵²⁾, confirment des données essentiellement négatives en ce qui concerne tant les anomalies du nombre des globules blancs que celles de la fonction cellulaire qui n'apparaît pas non plus comme nettement altérée. Herbert et Cohen ⁽⁵³⁾ proposent une méta-analyse moins négative de la littérature, à partir de 14 étu-

des concernant des patients déprimés diagnostiqués sur des critères DSM IV, appariés à des témoins de même âge et de même sexe et non traités au moment des examens immuno-logiques. Leur méta-analyse, bien étayée sur le plan statistique, montre plusieurs anomalies de la fonction cellulaire: baisse de la lymphoprolifération en présence de mitogènes, baisse de l'activité NK et altération du nombre des cellules (augmentation des leucocytes, baisse des lymphocytes totaux, des lymphocytes B, T, T helper, T suppressor, ainsi que du pourcentage des cellules NK et du rapport T4/T8). Ces altérations sont plus marquées chez les patients plus âgés et hospitalisés. Une corrélation avec l'intensité de la dépression est notée pour la baisse de plusieurs paramètres de l'immunité cellulaire (prolifération des lymphocytes; activité NK). Bien que cette méta-analyse rigoureuse mette en évidence des anomalies significatives, il n'a pas été établi cependant que ces anomalies prédisposent à la maladie. Ces mêmes auteurs ont recherché une relation entre tests fonctionnels et humeur dépressive dans 9 études réalisées chez des sujets ne présentant pas de dépression caractérisée, mais seulement dans un tableau psychiatrique différent, une dimension dépressive évaluée par diverses échelles, comme le Beck Depression Inventory (B.D.I.). L'intensité de l'humeur dépressive apparaît significativement corrélée à une baisse de la prolifération mitogénique et à une baisse de l'activité NK. Ce profil ne recouvre pas exactement les corrélations mises en évidence par les auteurs avec le score à l'échelle de dépression de Hamilton dans la dépression avérée.

La privation de sommeil, utilisée comme une thérapeutique antidépressive comme nous l'avons indiqué précédam-

ment, est associée à une immunostimulation⁽⁵⁴⁾. Selon Cover et Irwin⁽⁵⁵⁾ le score aux items évaluant les troubles du sommeil dans l'échelle de dépression de Hamilton est corrélée négativement avec le paramètre immunitaire le plus constamment modifié dans les états dépressifs: l'activité NK. Les autres regroupements d'items de cette échelle ne sont pas liés à l'activité NK en dehors du ralentissement moteur si typique de la dépression.

Selon que les patients déprimés, interrogés à l'aide d'un questionnaire, attribuent l'origine de leurs troubles à un facteur externe sur lequel ils n'exercent aucun contrôle ou à un facteur interne dont ils se sentent responsables, l'activité NK diffère: elle diminue davantage chez ceux qui attribuent leur dépression à des causes extérieures dont ils seraient les victimes. En revanche, ni le nombre des cellules NK, ni les tests de lymphoprolifération ne différencient les deux groupes de patients. Ainsi, la perception du contrôle de la situation, qui renvoie au style de coping, apparaît-elle liée à cet aspect du fonctionnement immunitaire⁽⁵⁶⁾. La subjectivité et le lien à l'imaginaire permettent, en effet, une compréhension de l'attitude différente des deux groupes devant une situation de stress ou mieux de conflit, pouvant ou non évoluer en situation d'impasse suivant une combinatoire que nous allons développer plus loin.

À côté de cette voie classique et indirecte médiatisée par l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, il existerait une voie directe entre le système nerveux central et le système immunitaire sans le recours aux glandes endocrines, à travers la production et la sécrétion d'interleukines, de substances de type opioïde, ou bien d'autres neuropeptides: enkephalines,

somatostatine, du VIP et de la substance P⁽⁵⁷⁾. Un examen critique de la littérature montre que les modifications de la fonction immunitaire sont inconstantes. La diminution de l'activité fonctionnelle NK (natural Killer) est l'une des données les moins contestables. Maes⁽⁵⁸⁾ a proposé un modèle immunitaire dans la dépression. Il défend l'existence d'une activation auto-immune dans les états dépressifs. Au centre du dispositif biologique, l'augmentation de la sécrétion d'interleukine 1 beta et d'interleukine 6 est en tout premier lieu responsable de la stimulation de l'immunité humorale (auto-anticorps) et cellulaire. Quatre autres effets biologiques seraient la conséquence de cette hypothèse des interleukines:

les interleukines provoqueraient une activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, avec des taux de cortisol élevé qui en retour inhibe la sécrétion d'interleukines;

les interleukines au niveau du cerveau participeraient au déclenchement des symptômes non spécifiques du "comportement de maladie" (anorexie et amaigrissement, troubles du sommeil, inhibition psychomotrice);

l'activation immunitaire réduirait le passage du tryptophane libre plasmatique précurseur de la sérotonine, dans le cerveau;

enfin, comme dans les processus inflammatoires, ces interleukines régleraient au niveau hépatique la sécrétion des protéines de phase aigue.

Selon ce modèle, le système immunitaire ne jouerait pas ici, son rôle traditionnel de défense contre la maladie. Au contraire, c'est l'activation de l'axe corticotrope, observée dans les états dé-

pressifs qui, protégerait l'organisme contre une activité immunitaire excessive.

Cela pourrait signifier l'existence de deux mécanismes de rétroaction neuro-immuno-endocriniens différents permettant d'expliquer que, lors d'un deuil, l'effet immuno-dépendant et l'effet de cortico-stimulation apparaissent selon une séquence temporelle indépendante. Ainsi la diminution de la réponse immunitaire au moment du veuvage serait indépendante de la durée ou du caractère plus ou moins éprouvant de la maladie du conjoint. Le stress de la maladie du conjoint ainsi que l'anticipation psychologique de la perte ne s'avèrent pas capables de produire une réduction de la réponse immunitaire, mais seulement une hypercortisolemie. La réduction de la prolifération lymphocytaire n'apparaissant que plus tard à l'occasion de la perte réelle⁽⁵⁷⁾. L'expérience de la perte concrétise un événement de vie non modifiable qui catalyse, lors du refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire, une situation interne de détresse en une situation d'impasse. Quel que soit le motif de la perte de l'autre, qu'il s'agisse de perte relationnelle, ou de blessure narcissique, ces deux situations extérieures se figent en une situation interne d'impasse par l'impossibilité d'une pensée de la contradiction, d'une pensée de la présence et de l'absence lors d'une perte relationnelle. L'absence de l'autre ne peut être concevable, elle est le vide absolu, le deuil inélaborable. Le sujet intégré dans un espace spéculaire qui présente la particularité que les relations y sont symétriques mais non réversibles, est organisé du point de vue de l'autre, où l'autre "imaginaire" constitue le pôle absolu de la position dans l'espace.

L'interrogation concerne l'identité personnelle en ce qu'elle a de plus profond. En deçà de l'identité du nom et de l'identité du sexe, l'identité concerne celle du visage⁽²⁸⁾ interrogation qui complète la question du narcissisme.

Le visage initialement, est une donnée du monde extérieur et le sujet est celui qui d'abord n'a pas de visage, et dont le visage n'existe que du point de vue de l'autre. Le miroir est vide jusqu'à la fin du 3^{ème} mois et l'enfant, en face de sa propre image spéculaire, ne différencie pas le moi et le non-moi. Le précurseur du miroir c'est le visage de la mère. Le bébé au sein ne regarde pas le sein. Il regarde le visage de la mère et lorsqu'il tourne son regard vers le visage de la mère, ce que le bébé voit c'est lui-même. Le sujet a d'abord le visage de la mère. C'est elle qui, avant toute expérience de miroir, grâce à la circularité des échanges expressifs, donne à l'enfant l'illusion d'avoir le visage qu'il voit, son visage à elle.

Dès que se met en place la vision binoculaire, le nourrisson répond par un sourire au visage de l'adulte, pourvu que son visage soit de face et en mouvement. C'est le 1^{er} point organisateur de Spitz⁽²⁶⁾. Ce gestalt- signal appartient au visage de la mère et la dynamique évolutive de la dyade ainsi constituée, provient de l'asymétrie qui la caractérise. L'enfant est d'emblée, à travers la personnalité psychosomatique de la mère, qui véhicule des organisations complexes, plongé dans un monde humain anticipateur de son développement. La mère donne à l'enfant l'illusion d'avoir un visage, son visage à elle, objet d'identification primaire.

Le visage de la mère coïncide si parfaitement avec le champ visuel immédiat

que voir et être vu, vision et organe de la vision deviennent indiscernables. L'espace primordial réalise une organisation bidimensionnelle que fonde la relation d'inclusions réciproques. Il se caractérise par l'identité du dedans et du dehors, du petit et de grand, du tout et de la partie. Dans cet espace qui est une projection de la surface corporelle, le sujet est ce qu'il perçoit⁽⁴²⁾. L'objet, outre qu'il a le mérite de délimiter la réalité corporelle en ses apparences les plus immédiates, permet au sujet par un effort d'identification au double de se poser comme une totalité achevée. Absente dans sa fonction maternelle, la mère rend l'enfant absent à lui-même, il n'est pas reconnu, perd son identité, n'a pas de visage. L'image de l'enfant est immatérielle dans le miroir, absente comme dans le regard la mère déprimée à travers lequel l'enfant est inexistante. L'enfant ne peut que demeurer le visage de cette mère, le visage de l'absence. L'absence de soi signifie à la fois l'identification à l'autre et l'impossibilité d'être autre, d'affirmer la différence.

Cette perception du double, cette illusion de l'identique, prend fin autour du 8^{ème} mois par l'émergence de la différence, lorsque l'enfant est confronté au visage de l'étranger. Si pour Spitz⁽²⁶⁾ l'angoisse du 8^{ème} mois, son deuxième point organisateur, se constitue autour de l'aspect de déplaisir provoqué par l'absence de la mère, comment expliquer alors qu'elle soit plus intense lorsque la mère est présente avec l'étranger? L'angoisse est non celle de perdre l'objet, mais de se perdre soi-même hors de l'objet. La différence du visage perçu signifiant que le sujet peut être différent de lui-même, se dédoubler. Ce qui prend fin de la sorte, c'est la coïncidence de soi-

même avec soi-même à travers le visage de la mère, ainsi que l'illusion d'être tout entier hors de soi. En précipitant une crise d'identité faisant un avec l'angoisse de dépersonnalisation, la perception de l'étranger, instaure une dialectique du soi et du non-soi, du même et de l'autre, de l'un et du multiple, cependant que s'ébauche la possibilité de relations non duelles car si l'étranger c'est soi en double, trois termes existent par là même. L'angoisse du 8^{me} mois, marque le moment qui, en même temps que la différence introduit la distance avec soi-même⁽²⁸⁾.

On sait depuis Spitz⁽²⁶⁾ qu'en général les enfants allergiques ne connaissent pas l'angoisse du 8^{me} mois. Leur expérience du visage reste celle inentamée du visage originel. La personnalité allergique n'a pas de visage, elle a le visage de l'autre et tous les autres ont le même visage.

Cependant, en ce qui concerne la pathologie auto-immune, la persistance d'une expérience si précoce doit être relativisée et la différence entre le soi et le non-soi peut exister, mais une fois instaurée elle ne peut se maintenir et s'accompagne d'une confusion entre les deux termes ainsi différenciés. Tout ce passe donc comme si une fois posée, la différence du soi et de l'autre, on ne savait plus qui est qui. Cette réduction à l'identique nécessite une intense élaboration psychique qui est médiatisée par une projection qui atténue la différence, une double identification de soi à l'autre et de l'autre à soi qui renforce la ressemblance, une idéalisation enfin qui convertit l'unique objet en objet unique.

La différence et l'absence deviennent l'irréductible d'une situation d'impasse. Ce qui en l'occurrence pose problème n'est pas l'existence de l'autre, mais l'existence

de soi relativement à l'autre. Ce que révèle la clinique.

Tant que persiste un fonctionnement qui préserve de la difficulté de se représenter soi-même comme différent du non-soi, faisant prévaloir par là-même l'imaginaire sur le réel, le sujet hors d'atteinte organique est au mieux de son équilibre psychosomatique. Aussi tant que dure, au sein de l'illusion, la coïncidence entre la projection et la réalité, il n'existe aucun dysfonctionnement immunitaire et l'atteinte organique s'inscrit en corrélation négative avec l'imaginaire. Ce qui, par contre, en l'occurrence détermine la brèche immunitaire et la poussée d'une maladie inflammatoire chronique intestinale, rectocolite ulcéro-hémorragique ou maladie de Crohn, c'est la mise en échec de la confusion du soi et du non-soi par suite de l'émergence du différent^(59,60)

Aussi, en tant que phénomène biologique, l'adaptation est la réponse univoque de l'organisme lorsqu'il n'existe qu'un refoulement se confondant avec le caractère et compensant la perte de la vie onirique et celle de l'affect par une imagination réaliste qui facilite un fonctionnement où le rôle social se substitue progressivement à la subjectivité. Lorsque le refoulement s'avère incapable de neutraliser une situation qui évolue en situation d'impasse, il se crée insidieusement parallèlement à cette vie sans psychose ni névrose, les conditions dynamiques d'une pathologie qui ne saurait être qu'organique. Pathologie de l'adaptation qui concerne le corps réel et témoigne d'une altération des processus biologiques fondamentaux, en particulier une mise en échec du système immunitaire.

Dans le processus dépressif, en définitive, la somatisation oscille entre le corps réel et le corps imaginaire. Si la projection en constitue l'axe fondamental, c'est qu'à partir d'elle il est possible à un moment donné chez l'individu, de définir ce qui caractérise l'ensemble de son économie psychosomatique.

Si la relation à l'imaginaire se maintient à la faveur de l'échec du refoulement, la somatisation ne saurait être que celle du corps imaginaire et elle se manifeste sous deux aspects essentiels selon que le conflit exclue ou inclue la contradiction. Si le conflit exclue la contradiction, c'est l'hystérie de conversion qui se manifeste à travers des somatisations relevant du figuré, *e.g.*, *des manifestations fonctionnelles qui touchent le corps imaginaire*. Si, en revanche, le conflit inclue la contradiction, c'est alors l'impasse caractéristique de la psychose. Celle-ci se définissant comme la possibilité de dépasser l'impasse par le truchement de l'altération de la structure même de la pensée.

Une fois constituée, la psychose modifie à tel point l'économie psychosomatique que les atteintes du corps réel sont absorbées par le corps imaginaire.

L'instauration d'une thérapeutique neuroleptique⁽⁶¹⁾ si elle entraîne une sédation du processus projectif, une abrasion des phénomènes délirants, ne correspond pas pour autant à la fin de toute maladie. La guérison symptomatique qui s'obtient au détriment de l'imaginaire qui l'alimente, s'opère par une adaptation à la réalité, un retour à la normalité. Elle est l'équivalent d'un refoulement réussi de la fonction de

l'imaginaire. *Et à notre avis, c'est par un mécanisme analogue que semblent agir les médications anti-dépressives lors de la suppression dans le sommeil, de la période REM des rêves. La démarche est similaire en ce qui concerne les anxiolytiques qui par l'occultation des manifestations corporelles de l'angoisse complètent le silence de l'affect.*

Dans la dépression, si la relation à l'imaginaire disparaît à la faveur du refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire, le conflit relationnel s'amorce d'emblée en des termes extrêmes excluant toute médiation. L'alternative simple, propre au conflit névrotique, se convertit en une alternative absolue, une véritable impasse. L'inaccessibilité de l'imaginaire dispose alors à une somatisation du corps réel, à une *maladie* organique.

En d'autres termes, alors que dans la dépression tant névrotique que psychotique, une distance existe entre les deux instances du surmoi et du moi, celle qui condamne et celle qui est condamnée, dans la dépression "à priori" il n'existe plus aucun écart entre ces deux instances. Le moi est le surmoi. Il n'existe plus ni sujet ni objet mais un objet unique qui est sujet unique. *Alors que l'angoisse se manifeste chaque fois que surgit la possibilité de perdre un objet qui est soi-même, dans la dépression la perte est devenue toute la réalité. La perte d'un objet concrétise celle de tous les autres en même temps que de soi⁽⁴¹⁾. Lequel n'existe qu'en se niant lui-même. Être le non être, à travers l'interdiction d'être. Le conflit cesse en même temps que le désir d'être. La dépression est conciliation de soi par absence de soi et l'impasse, cette dualité interne qui fait défaut.*

Abstract

The author reviews the concepts related to the study of depression, including its classification and diagnostic criteria.

The work of several authors on this theme is analysed, allowing to have a clearer notion of the processes (internal and external, psycho-affective and physiological) that integrate the depressive syndrome and lead to somatization.

The recent regarding immune reaction to depressive situations are also referred.

Key-words: Psychosomatics; Depression; Somatization.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kraepelin E. *Psychiatrie ein lehrbuch für studierende und merzte*. 1915 A Abel, Leipzig.
2. Lange J. Über melancholie. *Z Neurol Psychiat* 1926; 101: 293-319.
3. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Manuel de Psychiatrie*. Paris, Masson, 1967.
4. Bover P, Guelfi JD. Troubles somatiques et états dépressifs. *Ann Medico-Psychol* 1978; 136(10): 1167-1182.
5. Angst J. La dépression masquée du point de vue transculturel in P. Kielholz. *La Dépression masquée*. 1973 H. Huber Bale.
6. Berner P, Berner D. Approche transculturelle de la dépression. *Psychologie Médicale* 1987; 19(12): 2205-2209.
7. Collomb H. Les aspects transculturels des dépressions in, *Dépressions RP*. 1978; 28; 39: 3025-3030.
8. Widlocher D, Des Lauriers A. Le ralentissement, symptôme privilégié de la symptomatologie dépressive, in *La maladie dépressive*, 1983 Ciba, Rueil-Malmaison.
9. Abraham K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. *Oeuvres complètes*, tome 1. Paris, Payot, 1965.
10. Freud S. Deuil et mélancolie, in. *Métopsychologie*. 1968, Gallimard. Paris.
11. Freud S. *Psychologie collective et analyse du moi*. Paris, Payot, 1953.
12. Freud S. Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*. 1969, PUF. Paris.
13. Freud S. Le moi et le ça, in *Essais de Psychanalyse*. Paris, Payot, 1964.
14. Nunberg H. *Principes de Psychanalyse*. Paris, PUF, 1957.
15. Abraham K. Les états maniaco-dépressifs et les étapes prégénitales d'organisation de la libido. *Oeuvres complètes*, tome II. Paris, Payot, 1966.
16. Abraham N. Torok M. *L'écorce et le noyau*. 1978, Aubier-Flammarion. Paris.
17. Rosenberg B. Le travail de la mélancolie ou la fonction élaborative de l'identification ou le rôle du masochisme dans la résolution de l'accès mélancolique, in Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. *Monographie de la Rev. Franç. Psychanalyse*. Paris, PUF, 1991.
18. Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Paris, PUF, 1959.
19. Klein M. *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1987.
20. Bergeret J. *La dépression et les états limites*. Paris, Payot, 1980.
21. Jacobson E. The regulation of Self Esteem in Anthony J, Benedek T. *Depression and human existence*. Boston,, Little Brown & Co, 1975.
22. Hartman H. *Essays on Ego Psychology*. New York, International Universities Press, 1964.
23. Kernberg O. *Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques*. Paris, PUF, 1989.
24. Bibring E. The mechanism of depression in Greenacre P. *Affective disorders*. New York, International Universities Press, 1953.
25. Mahler M. *Psychose Infantile*. Paris, Payot, 1974.
26. Spitz R. *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. Paris, PUF, 1968.
27. Bowlby J. Attachement and loss, vol, II *Separation*. New-York, Basic Book, 1973.
28. Sami-Ali M. *Corps réel-corps imaginaire*. Paris, Dunod, 1977.

29. Sami Ali M. *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris, Dunod, 1987.
30. Sifneos P. The prevalence of "alexithymic" characteristics psychosomatic patients in *Topics of Psychosomatic Research*. 1972, S.Karger. Bale, 255-262.
31. Marty P, De M'Uzan M. La pensée opératoire. *Rev Franç Psychanalyse* 1963; 27, 345-355.
32. Marty P. La dépression essentielle. *Rev Franç Psychanalyse* 1968; 32, 595 -598.
33. Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris, Payot, 1976.
34. Marty P. *L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot, 1280.
35. Sami-Ali M. *Le Banal*. Paris, Gallimard, 1980.
36. Zorn F. *Mars*. Paris, Gallimard, 1979.
37. Sami-Ali M. *De la projection, une étude psychanalytique*. Paris, Payot, 1970. Nouv. édit. 1986. Dunod. Paris.
38. Sami-Ali M. *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie*. Paris, Dunod, 1984.
39. Freud S. *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1967.
40. Freud S. *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF, 1967.
41. Sami-Ali M. *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique*. Paris, Dunod, 1997.
42. Sami-Ali M. *L'espace Imaginaire*. Paris, Gallimard, 1974.
43. Gorot J. Somatisation et événements in *Figures de la dépendance*. Autour d'Albert Memmi. Colloque de Cerisy La Salle. Paris, PUF, 1991.
44. Holmes RW, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967, 11: 213-218.
45. Selye H. *Le stress de la vie*. Paris, Gallimard, 1962.
46. Poirier M.F. Biologie du stress. *Psychologie Médicale* 1987; 19: 11, 2027-2029.
47. Loo P, Loo H. *Le stress permanent*. Paris, Masson, 1986.
48. Villemain F. *Stress et immunologie. Neuro-immuno-modulation*. Paris, PUF, 1989.
49. Vogel G, Vogel F, Mc Abgee RS, Thurmond AJ. Improvement of depression by R.E.M. sleep deprivation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37. 247-253.
50. Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M and all. Suppression of lymphocyte stimulation after bereavement. *JAMA* 1983; 250: 374-377.
51. Miller AH, Stein M. The immune system and depression in: Tasman A, Riba MB. *Review of psychiatry* 1992, American Psychiatric Press, 11: 181-201. Washington DC.
52. Miller AH, Spencer RL, Mc Ewen B. Depression, adrenal steroids and the immune system. *Annals of Medecine* 1993; 25: 481-487.
53. Herbert TB, Cohen S. Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 1992. 113: 472-486.
54. Dinges DF, Douglas SD, Hamarman S et al. Sleep deprivation and immune function. *Advances in Neuro-immunology* 1995; 5: 97-110.
55. Cover H, Irwin M. Immunity and depression: insomnia, retardation, and reduction of natural killer cell activity. *J Behav Med* 1994, 17: 217-223.
56. Reynaert C, Janne P, Bosly A et al. From health locus of control to immune control: internal locus of control has a buffering effect on natural killer cell activity decrease in major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 294-300.
57. Andreoli A, Taban Ch, Garrone G. Stress, dépression, immunité: nouvelles perspectives de recherche dans le domaine de la psycho-immunologie. *Ann Méd-Psychol* 1989; 147(1) 35-46.
58. Maes M. Evidence for an immune response in major depression: a review and hypothesis. *Progr Neuro-Psychopharmacol & Biol Psychiat* 1995; 19: 11-38.
60. Gorot J. La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn: un trouble de l'identité de soi. *Psychiatries* 1998; 124-125: 33-41.
61. Gorot J. Espace corporel et suivi thérapeutique de patients atteints d'une maladie Inflammatoire chronique de l'intestin. *Nervure*. 1997; 10:7,51-56.
62. Gorot J. Processus projectif et neuroleptiques. *Psychiatries* 1981; 3; 45: 51-56.