Alter

Revue de phénoménologie

24 | 2016

La surprise

Dépression, inter-corporéité et inter-affectivité

Thomas Fuchs

Traducteur : Olivier Beaucé et Philippe Cabestan

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/alter/432>

DOI : 10.4000/alter.432

ISSN : 2558-7927

Éditeur :

Association ALTER, Archives Husserl (CNRS-UMR 8547)

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2016

Pagination : 197-210

ISBN : 978-2-9550449-2-6

ISSN : 1249-8947

Référence électronique

Thomas Fuchs, « Dépression, inter-corporéité et inter-affectivité », *Alter* [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 01 décembre 2017, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/alter/432> ; DOI : 10.4000/alter.432

DÉPRESSION, INTER-CORPORÉITÉ ET INTER-AFFECTIVITE

Thomas Fuchs

Introduction

La dépression compte généralement parmi les troubles de l'affectivité. Selon le point de vue actuel de la psychiatrie, elle consiste essentiellement en une perturbation généralisée de l'humeur et de l'affect, typiquement reliée à des cognitions et auto-évaluations négatives, ainsi qu'à des sentiments comme l'angoisse, la honte et la culpabilité. Elle peut le cas échéant être accompagnée de troubles corporels ou végétatifs comme une perte d'appétit, de poids ou de *libido*, des insomnies ou bien encore des inhibitions psychomotrices. Dans ces cas, le diagnostic inclut la mention : « avec des syndromes somatiques » (ICD-10). D'un autre côté, les approches dominantes en psychologie et en psychothérapie du traitement de la dépression s'appuient sur des modèles cognitifs. Selon ces derniers, le problème majeur du trouble dépressif réside dans une combinaison d'un traitement erroné de l'information et d'une pensée altérée¹.

Les deux approches ont cela en commun qu'elles considèrent la dépression comme un trouble « intérieur », mental et individuel. Cependant, et en dépit de ce point de vue dominant, les symptômes affectifs ou cognitifs de la dépression ne sont en aucun cas présents chez tous les malades. Au lieu de cela, les patients peuvent se plaindre d'épuisement constant, de nausée et de diverses formes de

¹ A. T. Beck, B. A. Alford, *Depression: Causes and treatment*, Pennsylvania, University of Pennsylvania Press, 2009, p. 224 *sqq.* ; D. A. Clark, A.T. Beck, « Cognitive theory and therapy of anxiety and depression », in *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*, P. C. Kendall, D. Watson, (éd.), San Diego, Academic Press, 1989, p. 379–411.

douleurs et de troubles sensoriels. On parle alors de « dépression masquée » ou « somatisée », afin de sauvegarder l'idée d'un trouble émotionnel primaire. Des recherches transculturelles, notamment l'étude comparative à grande échelle de 1997², mettent toutefois en évidence que le syndrome essentiel de la dépression n'est habituellement pas de nature « psychologique ». Perte de vitalité et d'impulsion, abattement, douleurs, troubles de l'appétit, du sommeil et d'autres rythmes biologiques sont des plaintes qui viennent loin devant une humeur dépressive ou l'expérience de la culpabilité. En 1920, Kurt Schneider avait déjà instauré le concept de *trouble vital* pour désigner des symptômes dépressifs proches du corps. À ceux-ci appartiennent des irritations corporelles localisées ainsi que le trouble général du sentiment vital.

Le clivage des symptômes entre symptôme somatique-extérieur et symptôme psychique-intérieur apparaît à vrai dire comme un produit d'un développement propre à la culture occidentale, qui pose une *psyché* séparée aussi bien du corps que du monde social, autrement dit, un intérieur personnel central pour lequel le corps vivant n'est qu'une sorte de champ de projections. La « somatisation » signifie alors le déplacement du contenu psychique dans la sphère corporelle secondaire. On trouve, en revanche, des concepts complètement différents dans des cultures dont les membres s'éprouvent moins comme des individus séparés que comme des parties d'une communauté ou d'un grand ensemble transcendant. Les troubles de l'humeur et du bien-être seront alors moins vécus comme des troubles individuels et intrapsychiques que comme des expériences corporelles, interpersonnelles ou encore comme des événements atmosphériques. Ainsi, dans les psychopathologies traditionnelles japonaises ou chinoises, le climat ou l'atmosphère sociale particulière comme le « *Ki* » (ou « *qi* ») sont considérés comme porteurs de troubles psychiques : *ki* signifie « air », « souffle », mais aussi « humeur » et « atmosphère », et construit par conséquent un « entre-deux » dans lequel des troubles psychiques peuvent trouver leurs origines³.

² O. Gureje, G. E. Simon, T. B. Üstün, « Somatization in cross-cultural perspective: A world health organization study in primary care », *American Journal of Psychiatry*, n° 154, Arlington, American Psychiatric Association, 1997, p. 989-995.

³ B. Kimura, *Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität, (Hito to Hito no Aida, 1972)*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1995 ; J. Kitanaka, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton/Oxford, Princeton University Press, 2012, p. 23 ff. Lee et coauteurs ont exploré comment les idées de la médecine traditionnelle au sujet du *qi* sont exprimées à travers un langage d'émotions corporalisées par des personnes souffrant de dépression dans la Chine contemporaine. Douleur préverbale, insomnie, et problèmes sociaux ou dysharmonie jouent un rôle important dans les descriptions des patients. Cf. D. T. S. Lee, J.

Il y a une affinité manifeste entre ces points de vue et la psychopathologie phénoménologique, dans la mesure où elle prend comme point de départ des conceptions du corps, comme celle de Maurice Merleau-Ponty⁴ ou bien de Hermann Schmitz. Le corps vivant est alors appréhendé non seulement comme le lieu primaire du sentiment de soi, du bien-être et de l'humeur, mais aussi comme le medium du contact élémentaire avec le monde⁵. Les sentiments sous-jacents du corps comme le calme ou l'inquiétude, la détente ou la tension, l'expansion ou la contraction, la fraîcheur ou la fatigue nous dévoilent la manière dont les choses se présentent dans notre vie ; ils colorent et imprègnent toutes nos expériences tournées vers le monde⁶.

Le corps vivant est toujours déjà orienté vers d'autres corps vivants, il leur est lié dès la prime enfance à travers le désir et l'empathie. La résonance corporelle des mimiques, de la gestuelle et des affects dans les interactions sociales crée une syntonie avec les autres, et instaure des ambiances élémentaires comme la chaleur, le bien-être, l'intimité, ou au contraire, le froid, la tension, l'inconfort ou la méfiance. Le corps vivant est, selon un concept de Merleau-Ponty⁷, intégré dans une sphère d'« *intercorporéité* », et devient ainsi un medium de l'inter-affectivité. De ce point de vue, les troubles mentaux devraient être considérés plutôt comme des altérations du corps vécu, de l'espace vécu et des relations sociales du patient. « Le patient est malade, c'est-à-dire, *son monde est malade* », comme le formula une fois le psychiatre phénoménologue Jan van den Berg⁸. En ce sens, la maladie n'est pas dans « le patient », mais le patient est en quelque sorte « dans la maladie ». Parce que la maladie mentale n'est pas un état dans la tête mais un mode altéré d'être-au-monde.

Kleinman, A. Kleinman, « Rethinking Depression: An ethnographic study of the experiences of depression among Chinese », *Harvard Review of Psychiatry*, n° 15, Saint-Louis, Mosby 2007, p. 1-8.

⁴ M. Merleau-Ponty, « Le philosophe et son ombre », in *Signes*, Paris, Gallimard, 1960.

⁵ T. Fuchs, « The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression », *Journal of Phenomenological Psychology*, n° 33, Leyde, Brill, 2002, p. 223-243 ; T. Fuchs, « Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia », *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, n° 12, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2005, p. 95-107 ; M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945 ; G. Stanghellini, *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*, Oxford, Oxford University Press, 2004.

⁶ A. Damasio, *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*, New York, Harcourt Brace and Co., 1999 ; T. Fuchs, « The feeling of being alive. Organic foundations of self-awareness », in *Feelings of Being Alive*, J. Fingerhut, S. Marienberg, (éd.), Berlin/New York, De Gruyter, 2012 ; M. Ratcliffe, *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford, Oxford University Press, 2008.

⁷ M. Merleau-Ponty, « Le philosophe et son ombre », *op. cit.*

⁸ J. H. van den Berg, *A different existence. Principles of phenomenological psychopathology*, Pittsburgh, Duquesne University Press, 1972, p. 46.

Ainsi, je voudrais décrire la dépression comme une maladie intercorporelle et interaffective. Dans la dépression, le corps subjectif s'isole du contact vivant avec l'environnement. Plutôt que de faire fonction de médiation avec le monde, il se densifie, se resserre et se chosifie en un corps-objet (*Körperobjekt*) qui constitue une barrière contre toutes les impulsions orientées vers l'extérieur. Mais avant de développer cette conception, je voudrais, dans un premier temps, donner un bref aperçu de la phénoménologie de l'intercorporéité et de l'interaffectivité.

1. Intercorporéité et interaffectivité

Tout d'abord, il nous faut prendre congé de la représentation selon laquelle les émotions seraient uniquement « mentales » et que le monde serait dénué de toute qualité affective. L'introjection de sentiments⁹ dans une « psyché » interne est un héritage du platonisme puis plus tard du dualisme cartésien et de son invention de l'âme. En effet, nous ne vivons pas dans un pur monde physique ; le monde dont nous faisons l'expérience est toujours pourvu de qualités affectives.

Nous sentons quelque chose « dans l'air » ou nous éprouvons un « climat » entre les personnes, par exemple une humeur gaie, calme ou menaçante. Les sentiments nous parviennent, nous saisissent ; ils proviennent de situations, de personnes, d'objets qui possèdent leurs propres qualités expressives et nous attirent ou nous répugnent. Cet *espace émotionnel* ou *espace ambiant* (*Stimmungsraum*) est en premier lieu ressenti par la médiation du *corps vivant* qui s'élargit ou se resserre, s'élève ou s'enfonce, frissonne ou tremble, etc. en fonction des sentiments et des humeurs que nous ressentons. Il n'y a aucune impression sans ressenti, résonance ou affection corporels. Bien sûr je peux ne pas être conscient de mon propre corps quand je suis ému ; cependant on ne peut ressentir de la peur par exemple sans une certaine tension corporelle, des palpitations, de la dyspnée et une tendance instinctive au repli. C'est à travers ces sensations que je suis dirigé vers une situation qui provoque la peur. Le corps vivant est, comme l'affirmait William James, une caisse de résonance (*Resonanzkörper*) extrêmement

⁹ Nous traduisons ici *das Gefühl*, mais dont la signification est plus large que le seul terme de sentiment en français. Il désigne également l'impression ou la sensation. Le mot anglais *feeling* serait ici plus fidèle. [N.d.T.]

sensible, dans laquelle ce qui est interpersonnel ainsi que d'autres « vibrations » se réverbèrent¹⁰.

La kinesthésie est un élément essentiel de cette résonance. Les émotions sont des forces dynamiques qui nous motivent dans nos interactions avec l'environnement, et qui nous engagent à nous approcher ou nous éloigner, à nous élever ou nous baisser, ou à nous comporter plus spécifiquement. Autrement dit : les émotions sont d'abord des motivations corporelles à agir¹¹. En tant que telles, elles ne sont pas seulement ressenties de l'intérieur mais perceptibles aussi dans l'expression et le comportement, souvent sous la forme d'actions rudimentaires. La mimique, la gestuelle et l'attitude, engendrées par un sentiment, sont des parties de la résonance corporelle, qui renforce elle-même à nouveau le sentiment, mais qui initie aussi un processus de *résonance intercorporelle*¹² : notre corps est influencé par l'expression des autres et nous éprouvons la cinétique et l'intensité de leurs sentiments par nos propres sensations kinesthésiques et autres mouvements corporels. L'intercorporéité est ainsi un fondement de l'empathie.

Ceci semble pouvoir s'observer au mieux dans la prime enfance. Les sentiments jaillissent tout d'abord de l'interaction entre le bébé et la personne qui en prend soin. Stern¹³ a montré précisément comment des émotions sont exprimées, partagées et réglées de façon intermodale. Les bébés éprouvent des états affectifs communs en termes de flux dynamiques, d'intensités, de rythmes et d'« affects vitaux » de la même façon que la musique sera expérimentée comme une dynamique affective. Cela inclut la tendance à imiter les expressions faciales, les vocalisations, les attitudes et les mouvements des autres et ainsi s'instaure une convergence émotionnelle avec eux¹⁴. Tout ceci

¹⁰ Dans sa fameuse contribution « What is an emotion? », William James se réfère aux organes internes du corps comme « ...a sort of soundingboard, which every change of our consciousness, however slight, may make reverberate » [...une sorte de caisse de résonance, que chaque changement de notre conscience, même léger, peut faire résonner] (cf. W. James, « What is an Emotion? », *Mind*, vol. 9, n° 34, Oxford, Oxford University Press, 1884, p. 188-205). Cf. aussi T. Fuchs, S. Koch, « Embodied affectivity: on moving and being moved », *Frontiers in Psychology. Psychology for Clinical Settings*, n° 5, Pully, Frontiers Research Foundation, 2014, article 508, p. 1-12.

¹¹ M. Sheets-Johnstone, « Emotion and movement. A beginning empirical-phenomenological analysis of their relationship », *Journal of Consciousness Studies*, n° 6, Exeter, Imprint Academic, 1999, p. 259-277.

¹² T. Froese, T. Fuchs, « The Extended Body: A case study in the neurophenomenology of social interaction », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2012.

¹³ D. Stern, *The interpersonal world of the infant*, New York, Basic Books, 1985.

¹⁴ W. S. Condon, « Neonatal entrainment and enculturation », in *Before Speech*, M. Bullowa (éd.), Cambridge, Cambridge University Press, 1979, p. 131-148 ; E. Hatfield, J. Cacioppo, R. L. Rapson, *Emotional contagion*, New York, Cambridge University Press, 1994.

peut être réuni sous le concept de *syntonie affective* ou d'*interaffectivité*¹⁵. Les émotions ou affects ne sont donc pas des états internes que nous expérimentons exclusivement pour nous-mêmes ou que nous devons déchiffrer chez les autres, mais ce sont d'abord des *états que nous partageons*, que nous éprouvons à travers une affectivité intercorporelle. Même si, par la suite, les sentiments sont progressivement expérimentés indépendamment de la présence de l'autre, l'intercorporéité reste le fondement d'une compréhension empathique immédiate de l'autre, qui n'a nul besoin d'une *Theory of Mind* ou d'une articulation verbale de ce qui est ressenti¹⁶.

Le lien entre le corps vivant, le soi et les autres caractérise aussi la phénoménologie de l'humeur ou tonalité affective (*Stimmung*). La phénoménologie reconnaît en général qu'une humeur n'est pas un état interne, mais imprègne et colore le champ de l'expérience dans son ensemble. Les humeurs sont ainsi par nature des atmosphères¹⁷, pénétrant l'environnement comme la chaleur ou le froid et conférant à la situation entière des qualités expressives correspondantes. Ce n'est pas un hasard si nous employons régulièrement des termes issus de la météorologie, comme par exemple « clair », « radieux », « sombre », « nuageux » ou « obscur » pour décrire aussi bien des humeurs que l'atmosphère d'une situation. D'un autre côté les humeurs contiennent toujours aussi des sentiments corporels d'arrière-plan, comme un sentiment de légèreté ou de fraîcheur dans l'allégresse, ou de lourdeur et d'épuisement dans la morosité. Le concept d'« humeur » (*Stimmung*) évoque des concepts de syntonie comme d'harmonisation et d'orchestration : les sentiments amènent le corps vivant, le soi et le monde environnant à l'unisson, de la même manière qu'une tonalité relie une suite de notes et d'accords selon les modes majeurs ou mineurs. Ils établissent par conséquent une « consonance » générale entre ce qui est ressenti corporellement, les sentiments et l'espace ambiant¹⁸.

En outre, les humeurs ou tonalités affectives relient les sentiments corporels d'arrière-plan aux possibilités d'une situation vitale donnée. Comme écrivait Heidegger, « ...la tonalité (*Stimmung*) a à chaque fois déjà ouvert l'être-au-monde en tant que totalité, et c'est elle qui

¹⁵ D. Stern, *The interpersonal world of the infant*, op. cit., p. 132.

¹⁶ T. Fuchs, H. De Jaegher, « Enactive Intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, n° 8, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2009, p. 465-486.

¹⁷ Il est intéressant de noter ici que le terme *Stimmung* peut être traduit par humeur, mais aussi par ambiance, atmosphère, climat. [N.d.T.]

¹⁸ Il se peut bien sûr que l'humeur contraste avec l'atmosphère qu'on trouve autour de soi, par exemple quand une personne triste arrive dans une fête joyeuse. Mais la plupart du temps l'humeur et l'atmosphère ambiante ont tendance à s'ajuster.

permet pour la première fois de se tourner vers... »¹⁹. Les humeurs sont par conséquent aussi bien des sentiments corporels que des manières de se trouver soi-même dans le monde. Elles signalent comment les choses « vont » dans notre vie et comment nous sommes prêts à réagir à la situation présente. De tels sentiments n'incluent pas seulement des humeurs typiques comme la joie, la sérénité, la tristesse ou la mélancolie, mais aussi ce que Ratcliffe²⁰ a nommé *sentiments existentiels* : sentiments d'éloignement ou de compression, de liberté ou d'emprisonnement, de vulnérabilité ou de sécurité, de familiarité ou d'étrangeté, de réalité ou d'irréalité, de vie ou de mort. Il semble toutefois important de noter que tous ces sentiments d'arrière-plan ne se rapportent pas seulement à un monde anonyme, mais aussi à un monde que nous partageons avec les autres, c'est-à-dire à un monde interpersonnel. Ce sont les *sentiments existentiels de l'être-avec*. C'est principalement dans notre coexistence avec les autres que nous nous sentons proches ou éloignés, familiers ou étrangers, ouverts ou fermés et même réels ou irréels²¹. L'interaffectivité n'est pas seulement un domaine particulier de nos émotions, mais la sphère globale dans laquelle notre vie affective depuis la naissance est intégrée. Le centre de cette sphère réside dans le corps vivant qui, par sa capacité à être affecté et à entrer en résonance, permet notre participation à l'espace partagé de la syntonie affective.

En résumé, on peut dire que, contrairement à la représentation courante, cognitiviste, selon laquelle nos états mentaux et nos émotions se trouveraient dans notre tête, la phénoménologie considère les sentiments comme établis « entre les individus ». Les hommes n'ont pas de sentiments indépendamment de leurs relations et interactions corporelles avec les autres. Les sentiments reposent sur la base d'une syntonisation préréflexive avec les autres individus, indiquant l'état actuel de nos relations, intérêts et conflits, et se manifestant dans des attitudes et des expressions corporelles. Cette vision apparaît également bien répandue chez les anthropologues culturels : de nombreuses études ethnographiques, surtout dans le Pacifique et en Afrique, ont constaté que les émotions servent de moyens d'expression privilégiés pour définir et négocier les relations sociales selon un certain ordre moral²². Les émotions apparaissent dans ces études comme

¹⁹ M. Heidegger, *Être et Temps*, trad. E. Martineau, Paris, Authentica, 1985, p. 122.

²⁰ M. Ratcliffe, *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, op. cit.

²¹ Cf. S. Varga, « Depersonalization and the Sense of Realness », *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, vol. 19, n° 2, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2012, p. 103-113.

²² Pour une vue d'ensemble cf. C. Lutz, G. M. White, « The anthropology of emotions », *Annual Review of Anthropology*, n° 15, Palo Alto, Annual Reviews, 1986, p. 405-436 ; C. Lindholm, « An

émergeant d'un monde social formé et régularisé ; elles sont moins appréhendées comme des états internes, comme le conçoit la psychologie occidentale, que comme résultant du contact avec les autres. Par conséquent, dans ces cultures, on cherchera la source d'un trouble ou d'un déséquilibre émotionnel, ou bien d'une maladie mentale d'abord dans le monde social.

2. La dépression comme trouble de l'intercorporéité et de l'interaffectivité

Sur la base de ces considérations, je vais décrire à présent la dépression comme un trouble de l'intercorporéité et de l'interaffectivité. L'état dépressif peut être alors brièvement caractérisé par la constriction et par une perte de la résonance émotionnelle et de la syntonie. Ceci transforme les sentiments existentiels de l'être-avec et aboutit à des impressions de distanciation, de séparation voire d'exclusion. De cette manière la corporéité exprime également l'expérience de la perte et de la séparation, ce qui suscite un épisode dépressif sur un plan psychosocial.

2.1 Corporéité et corporification²³

Dans une profonde dépression, le corps vivant perd la légèreté, la fluidité et la liberté de mouvement d'un médium et devient un corps lourd et solide qui résiste à toutes les intentions et impulsions dirigées vers le monde. La constitution corporelle de base dans la dépression peut être vue comme une tension ou une constriction constante et gênante. La constriction peut se concentrer sur une partie unique du corps (comme si la poitrine était prise dans une cuirasse, comme si on avait une boule dans la gorge) ou bien se traduire par une *angoisse* diffuse et insondable, une étroitesse corporelle généralisée. Cette angoisse vitale et élémentaire de la dépression se différencie de l'angoisse psychologique normale non seulement par l'absence de motif mais surtout par la *fixité* de l'étroitesse. Matérialité, densité et lourdeur du corps, habituellement suspendues et ignorées, viennent maintenant au premier plan et sont ressenties comme gênantes. À cet égard, la dépression s'apparente aux maladies somatiques comme les

anthropology of emotion », in *A companion to psychological anthropology: Modernity and psycho-cultural change*, C. Casey, R. B. Edgerton (éd.), Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2007, p. 30-47.

²³ Nous traduisons ici *Korporifizierung* par corporification, ancien terme de chimie qui désigne la condensation d'un corps fluide ou de vapeurs en un corps solide. [N.d.T.]

infections, qui se répercutent sur l'état du corps tout entier. Si le psychiatre prête attention à l'expérience corporelle du patient, alors les symptômes correspondants peuvent être trouvés correctement ; les patients se plaignent ainsi de sentiments d'épuisement, de paralysies, de douleurs, de maladies, de vertiges, d'insensibilités, etc.²⁴

La constriction n'est pas seulement vécue intracorporellement, elle bloque également l'échange entre le corps et l'environnement. Ceci se manifeste par une respiration gênée, la perte d'appétit et la constipation, par une perte de libido, d'impulsion et de spontanéité, dans un manque d'élan et un épuisement constant. La perception sensuelle et la mobilité corporelle sont réduites, ce qui est également visible dans le regard éteint du patient ou encore dans des mimiques et une gestuelle figées. Pour pouvoir agir, les patients doivent surmonter leurs inhibitions psychomotrices et se forcer même pour des tâches insignifiantes. Avec l'accroissement de l'inhibition, l'espace sensorimoteur se réduit à l'environnement proche, et s'achève par une stupeur dépressive. On peut alors décrire la dépression comme une chosification ou une « *corporification du corps vivant* (Korporifizierung des Leibes) »²⁵.

La constriction et l'enkystement du corps correspondent à des expériences psychosociales typiques de la dépression, telles que la rupture des relations sociales et des liens avec des personnes importantes de l'entourage. Ce sont des situations dans lesquelles on ne peut plus remplir ses devoirs ou faire ce à quoi on aspire, des situations d'échec social²⁶. En termes de temporalité, on peut aussi parler de situation de *désynchronisation sociale* : le mouvement de la vie est bloqué et la personne ne peut plus suivre le rythme des autres²⁷. Ces situations de séparation ou d'échec social sont perçues comme particulièrement menaçantes, puisque les patients ont l'impression de ne

²⁴ M. Ratcliffe, « A bad case of the flu? The comparative phenomenology of depression and somatic illness », *Journal of Consciousness Studies*, vol. 20, Upton Pyne, Academic Ltd., 2013, p. 198-218.

²⁵ Cette description se réfère à la forme la plus fréquente de dépression sévère qui est caractérisée par un blocage psychomoteur. Il existe une autre forme de dépression avec agitation intérieure et angoisse (« dépression agitée »), dans laquelle les patients expérimentent les mêmes contraintes. Cependant, la faiblesse d'impulsion y est moins prononcée, de sorte qu'ils essayent en vain d'échapper à leur état corporel éprouvant par des activités dénuées de tout but. Cf. T. Fuchs, « Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia », art. cit., p. 95-107.

²⁶ K. Bjorkqvist, « Social defeat as a stressor in humans », *Physiology & Behavior*, n° 73, Amsterdam, Elsevier Inc, 2001, p. 435-442 ; H. Tellenbach, *Melancholy. History of the Problem, Endogeneity, Typology, Pathogenesis, Clinical Considerations*, Pittsburgh, Duquesne University Press, 1980.

²⁷ T. Fuchs, « Melancholia as a desynchronisation. Towards a psychopathology of interpersonal time », *Psychopathology*, n° 34, Bâle/New York, S. Karger, 2001, p. 179-186.

pas disposer des ressources nécessaires pour y faire face (« *learned helplessness* »²⁸). La dépression est alors le résultat d'une réaction psychophysiologique : elle englobe sur le plan biologique des dysfonctionnements neurologiques, métaboliques, immunologiques, bio-rythmiques ainsi que d'autres dysfonctionnements organiques qui correspondent à un découplage ou une séparation de l'organisme et du monde environnant²⁹. Ces dysfonctionnements sont vécus comme une perte d'impulsion et d'intérêt, une inhibition psychomotrice, une constriction corporelle et une humeur dépressive.

2.2 Intercorporalité et interaffectivité

La constriction corporelle ne résulte pas seulement d'une impression d'oppression, d'angoisse ou de lourdeur, mais aussi d'une perte de la résonance intercorporelle, laquelle permet la compréhension empathique dans les rencontres sociales. Le corps du dépressif échoue dans l'expression des sentiments et donne aux autres très peu de repères pour leur perception empathique. La synchronisation sous-jacente de la gestuelle et des mimiques, qui accompagnent habituellement toute interaction sociale, ne se réalise pas. Cette incapacité peut se concevoir comme une forme subtile de la constriction corporelle. Les patients remarquent eux-mêmes la pétrification de leurs mimiques ; en outre, leurs propres perceptions et résonances mimétiques avec le corps des autres font défaut³⁰. Ils ne se sentent pas en mesure de communiquer émotionnellement leurs expériences et tentent en vain de compenser ces pertes de résonance par la répétition

²⁸ M. E. P. Seligman, *Helplessness. On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman and Comp., 1975.

²⁹ Cela correspond à une réaction de stress organique prolongé, affectant avant tout le système cortisol-CRH-ACTH, le système nerveux sympathique ainsi que la régulation des transmetteurs de sérotonine dans le système limbique, et entraîne une désynchronisation des hormones et des cycles sommeil-éveil (cf. M. van Berger, D. Calker, D. Riemann, « Sleep and manipulations of the sleep-wake rhythm in depression », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl., n° 418, Copenhagen, Munksgaard International Publishers, 2003, p. 83-91 ; T. A. Wehr, F. K. Goodwin, « Biological rhythms in manic-depressive illness », in *Circadian Rhythms in Psychiatry*, T. A. Wehr, F. K. Goodwin, (éd.), Pacific Grove, Boxwood, 1983, p. 129-184.). Sous un aspect éthologique, on peut aussi appréhender la dépression comme une sorte de réaction de « faire le mort » ou de « *social-defeat* » (cf. I. Eibl-Eibesfeldt, *Grundriss der vergleichenden Verhaltensforschung*, Munich, Piper, 1969).

³⁰ C. Bourke, K. Douglas, R. Porter, « Processing of facial emotion expression in major depression: a review », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n° 44, Carlton South, Blackwell Science, 2010, p. 681-696 ; G. Csukly, P. Czobor, E. Szily, B. Takács, L. Simon, « Facial expression recognition in depressed subjects: the impact of intensity level and arousal dimension », *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 197, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, p. 98-103 ; S. M. Persad, J. Polivy, « Differences between depressed and non-depressed individuals in the recognition of and response to facial emotional cues », *Journal of Abnormal Psychology*, n° 102, Washington D.C., American Psychological Association, 1993, p. 358-368.

stéréotypée de leurs plaintes. La perte de résonance corporelle concerne plus généralement l'expérience des qualités affectives et de l'atmosphère. Plus la dépression est profonde, plus les qualités attractives de l'environnement deviennent particulièrement faibles. Les patients ne peuvent plus se sentir saisis par des sentiments, ou émus par des situations et par les autres. Le mal-être dépressif peut s'interpréter alors comme un échec de la « syntonisation » avec l'espace ambiant, comme une *perte de participation sympathique au monde des relations sociales*.

Le versant affectif du devenir-malade réside précisément dans l'incapacité à pouvoir ressentir corporellement des sentiments comme la tristesse, la joie ou encore l'enjouement. Cet état est d'autant plus atroce qu'il ne se réalise pas par une apathie ou une indifférence pure (comme lors d'une lésion du lobe frontal), mais par une constriction corporelle douloureuse. Kurt Schneider a écrit ainsi que « les troubles du sentiment vital sont si intenses que les sentiments psychiques ne peuvent pas vraiment se manifester »³¹. Les patients se plaignent d'une « sensation d'insensibilité » et d'une impuissance à éprouver de la sympathie pour leurs proches. Dans son récit autobiographique, Solomon³² décrit sa dépression comme « ...une perte de sentiment, un engourdissement, [qui] a infecté toutes mes relations humaines. Je me fichais de l'amour ; de mon travail ; de la famille ; des amis... »³³. Par suite, les patients perdent leur participation à l'espace commun de la syntonie affective.

Certes il y a des émotions qui persistent malgré la perte de résonance, avant tout les sentiments de culpabilité, d'inquiétude ou de désespoir. Ces émotions présentent cependant quelques aspects caractéristiques : 1) elles ne relient pas le sujet avec le monde et les autres mais au contraire l'isolent ; 2) leurs qualités corporelles se caractérisent par la constriction et le raidissement, et correspondent à l'état dépressif de la corporification ; 3) elles sont d'emblée inscrites corporellement dans l'humeur dépressive prédominante au lieu de jaillir comme sentiments indépendants ; c'est pourquoi leurs objets sont aussi bien ubiquitaires qu'arbitraires.

³¹ K. Schneider, « Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände », *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, n° 59, Dordrecht, Springer, 1920, p. 281-286.

³² A. Solomon, *The noonday demon: An atlas of depression*, Londres, Vintage Books, 2001, p. 45.

³³ En anglais dans le texte. [N.d.T.]

Conclusion

La dépression n'est pas un trouble « interne », psychologique ou mental, mais un « désaccord », une dysharmonie du corps vécu, qui permet normalement notre participation à un espace commun. Dans la dépression, le corps perd sa fonction de médiateur de l'attention au monde et il est corporifié, réifié en un corps-objet (*Körper-Objekt*). Cela se manifeste par une constriction corporelle généralisée ou localisée, par la domination de la matérialité et de la lourdeur. Le corps n'ouvre plus le patient au monde, mais se pose comme un obstacle pour l'atteindre. La séparation d'avec le monde et les autres réactive l'expérience élémentaire d'être-rejeté, qui est liée aux sentiments de honte et de culpabilité. Parce que le corps vivant est la base de l'être-soi, la corporification signifie finalement toujours déjà une déréalisation prononcée. On peut donc décrire la dépression profonde, mélancolique, comme une dépersonnalisation spécifique, à savoir, une *forme corporelle-affective de dépersonnalisation*³⁴.

Enfin se manifestent aussi dans la sphère de la corporéité les expériences qui suscitent des dépressions. Il s'agit d'expériences fondamentales de séparations, comme celles qui se manifestent déjà dans la dépression anaclitique du nourrisson séparé de sa mère³⁵, et que l'on retrouve plus tard avec la perte d'un être cher ; des expériences de l'échec, de la perte de rôles sociaux importants. Lors de ces expériences de séparation, le dépressif réagit comme une personne, c'est-à-dire comme une unité corps-esprit ou psychique-organique. La dépression est dans ce cas là incontestablement une chute dans la maladie au sens biologique, qui va de pair avec des dysfonctionnements neurobiologiques et organiques, avec des dérégulations du système hormonal et du biorythme, une altération métabolique et immunologique. Ces troubles signifient aussi, sur un plan biologique, un découplage partiel et une désynchronisation entre l'organisme et le monde environnant³⁶. Mais en même temps, tous ces troubles biologiques, qui engendrent dans sa globalité la constriction corporelle de la dépression, sont l'expression d'un trouble de l'intercorporéité et des relations interpersonnelles, qui sont par ailleurs

³⁴ A. Kraus, « Melancholie: Eine Art von Depersonalisation? », in *Affekt und affektive Störungen*, T. Fuchs, C. Mundt (éd.), Paderborn, Schöningh, 2002, p. 169-186 ; G. Stanghellini, *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*, op. cit.

³⁵ R.A. Spitz, « Hospitalism – An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood », *Psychoanalytic Study of the Child*, n° 1, New Haven/Yale, University Press, 1945, p. 53-74.

³⁶ T. Fuchs, « Melancholia as a desynchronisation. Towards a psychopathology of interpersonal time », art. cit.

supportées par un espace ambiant commun. Nous participons à cet espace ambiant grâce à une syntonie et une résonance corporelle et émotionnelle fondamentale. Dans la dépression, cette syntonisation échoue, et le corps vivant subjectif se rétracte jusqu'aux seules limites du corps matériel.

Pour finir, on peut se demander pourquoi la psychopathologie a la plupart du temps délaissé le fondement corporel et interaffectif de la dépression, et s'est concentrée à la place sur les symptômes psychiques individuels. La raison majeure de ce délaissement réside peut-être dans le fait que la psychiatrie n'a pas une conception rigoureuse du corps vivant, ou plutôt de l'unité organique d'une personne. Le traditionnel dualisme de l'esprit et du corps a seulement été remplacé par un monisme réductionniste, qui conçoit le cerveau comme le véritable héritier de l'esprit et qui de nouveau ignore l'unité vivante de l'organisme³⁷. Que la dépression soit associée à l'esprit, à l'âme ou au cerveau – dans tous ces cas elle est séparée du corps vivant et est déportée dans une sorte de récipient intérieur. Par conséquent, l'expérience corporelle du patient sera considérée au mieux comme une « somatisation » secondaire. Au contraire, l'intercorporéité et l'inter-affectivité sont les dimensions cruciales d'une conception « écologique » de la dépression. Si nous voulons la désigner comme un désordre affectif, nous ne devrions alors pas comprendre ce concept comme un état intra-individuel d'une psyché, peut-être même seulement localisable dans le cerveau, mais comme un désaccord (*Verstimmung*) au sens d'une impossibilité de s'accorder à l'espace atmosphérique et interaffectif, auquel nous participons tous.

Traduction de Olivier Beaucé, revue par Philippe Cabestan

³⁷ T. Fuchs, *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine ökologisch-phenomenologische Konzeption*, Stuttgart, Kohlhammer, 4^e éd., 2012.