

UNE DÉPRESSION EN PELURES D'OIGNON : A CHAQUE COUCHE SES LARMES

François Balta *

Il pourra vous sembler étonnant que j'ai choisi comme exemple de thérapie familiale un cas de traitement quasiment individuel.

C'est que je voudrais illustrer une notion qui m'est chère : le « système » avant d'être une réalité, est une vision de la réalité, et il est d'abord et avant tout dans la tête du thérapeute. C'est cette présence dans sa tête qui lui permet de prendre forme et de devenir une dimension du travail. Claude Bernard disait déjà : « les systèmes ne sont pas dans la nature mais dans l'esprit des hommes. »

Pour étudier un système, la présence des membres qui le composent est extrêmement importante, puisque chacun de nous sait que, malgré sa meilleure volonté et sa plus grande coopération, un patient ne peut nous dire, au mieux, que ce qu'il peut se dire, et donc, que l'observation « in vivo » du fonctionnement du groupe familial est irremplaçable, nous donnant accès à ce qui se passe et non seulement à son interprétation par le patient.

Cependant il est des cas où cette observation n'est pas possible :

- la famille est éclatée depuis longtemps et n'a plus que la réa-

(*) Institut Marcel Rivière. La Verrière, France.

lité d'un souvenir indéracinable ou d'une blessure incicatri-
sable ;

- les personnes affectivement importantes pour la personne malade sont mortes ou disparues, cette disparition pouvant même « enfin » leur donner une importance jusque-là insoupçonnable ;
- l'hospitalisation pour « éloignement du milieu familial », indication encore des plus fréquentes, rend difficile la constitution au long court d'une prise en charge de la famille sans disqualification du médecin prescripteur de cette hospitalisation ;
- le lieu d'hospitalisation, les horaires de fonctionnement des services rendent parfois peu possible une réunion de personnes qui elles-mêmes travaillent.

Faut-il alors dans ces cas renoncer à toute approche systématique du problème considéré, ou s'acharner à réaliser l'impossible : une réunion familiale ?

C'est en fonction de ces questionnements que j'ai choisi aujourd'hui de vous parler de Madame K.

L'histoire de la prise en charge de Madame K.

Madame K., 54 ans, nous est adressée par son médecin « de famille » comme on dit, pour un état dépressif sévère. Elle habite, depuis sa naissance, un petit village du Nord de la France et fait donc un voyage de 250 km pour se faire soigner.

Madame K. vit seule depuis 1976, date du décès de son mari, polonais d'origine, comme elle, et qu'un infarctus a emporté après des années de maladie cardiaque invalidante.

Plutôt que de réunir les différents éléments apparus au cours du séjour de Madame K., j'ai choisi le parti de vous retracer les entretiens successifs (au demeurant peu nombreux) que nous avons eus, en resituant à chaque fois le niveau de système envisagé en fonction des éléments émergents.

Lors du premier entretien, je vois Madame K. seule. C'est une femme digne et réservée, visiblement déprimée et coopérante, et qui répond du mieux qu'elle peut aux questions qu'elle n'aurait pas l'idée de précéder.

J'apprends donc un certain nombre de choses :

- elle a déjà été traitée pour dépression en 1973. Elle ne semble guère se souvenir des « raisons » de cette dépression, mais seulement du mode de traitement employé : des sismothérapies. C'est moi qui ferai un rapprochement qu'elle acceptera, entre cet état dépressif et le décès de sa mère, l'année précédente, d'un cancer de l'œsophage. Elle l'avait d'ailleurs soignée pendant plus d'un an avant sa mort ;
- son père est décédé de silicose alors qu'elle avait 22 ans ;
- elle est enfant d'une famille nombreuse mais insiste sur la laxité des liens conservés avec ses frères et sœurs, dispersés, me dit-elle, dans toute la France, à l'exception d'une sœur ;
- Madame K. n'a eu, elle, qu'un enfant, un fils qui vit à une vingtaine de kilomètres de chez elle, qui s'est marié en 76, un mois après le décès de son père, avec une femme peintre comme lui.

Pendant cet entretien, le niveau de système le plus apparent est celui de cette relation avec son fils, extrêmement investie, et pourtant assez pauvre dans la réalité des échanges. Il n'est pas question pour Madame K. de demander quoi que ce soit à ce fils. Elle respecte là la règle qu'elle résume par l'adage classique « mariage-ménage ». C'est-à-dire : quand on est marié, on a sa propre famille et les parents doivent savoir se faire discrets.

Depuis qu'elle est dépressive, son fils et sa belle-fille sont plus proches d'elle, la dorlotent un peu, s'inquiètent d'elle et pour elle plus souvent.

Malgré l'existence d'une dépression en 73, et malgré l'absence de faits récents rapportés qui seraient intervenus entre elle et son fils, je choisis de recadrer la dépression de Madame K. comme prenant sens et valeur positive dans ce cadre restreint : mère - fils - belle-fille. Être déprimée, c'est protéger ses enfants d'une demande qu'elle ne peut s'autoriser à avoir, c'est déplacer cette demande d'attention en demande de soins, et je la mets donc en garde contre un traitement trop obstiné à la « guérir » qui risquerait de la confronter, et aussi ses enfants, à des attentes qu'elle a l'air de croire inopportunes. De plus, les rétro-actions à priori positives d'attention qu'elle a reçues « grâce » à son état, loin de constituer des bénéfices « secondaires », comme on dit, non sans une certaine malveillance parfois, l'ont obligée à escalader dans la dépression pour être reconnue comme « dépression grave nécessitant l'hospitalisation », ce qui a déchargé les enfants du problème.

Je l'invite donc d'abord à réfléchir aux difficultés qu'elle trouvera peut-être au décours de sa dépression avant de vou-

loir entreprendre une action à visée curative. Mais je prescris en même temps les anti-dépresseurs qu'elle me réclame, et qu'elle a déjà utilisés sans autre effet que passager.

Quelques jours plus tard, il m'est possible de voir Madame K. avec son fils et sa belle-fille. Un second niveau apparaît alors.

Ses enfants semblent tout disposés à faire ce qu'ils peuvent pour elle, mais sont visiblement dépassés par les symptômes présentés (apathie, aboulie, clinophilie...). Ils me la décrivent comme une grande phobique au cercle relationnel très restreint, n'ayant que quelques relations de voisinage superficielles et effectivement comme une femme très discrète, ne demandant jamais rien.

J'apprends surtout des choses concernant le contexte de la dépression de 73 : à la mort de sa mère, Madame K., aînée des filles, a dû régler les problèmes de la succession qui comprenait, outre quelques biens mobiliers et immobiliers de valeur surtout affective, le dernier enfant de la fratrie, âgé alors de 24 ans et dont la seule activité avait été semble-t-il d'être le soutien et la compagnie de cette mère. En héritage, Madame K. avait reçu mission de remplacer cette mère auprès de lui.

Un autre niveau apparaît là, tout à fait insuffisamment exploré dans ce cas, ce qui nous réduit à des questions sans réponse et à des hypothèses non vérifiées.

- quelle est la relation de Madame K. à ce frère ?
- quels rapports avaient-ils entre eux et avec la mère de Madame K. avant son décès ?
- quelle image du monde s'est construit ce frère avec cette mère décrite comme « rigide, autoritaire, possessive », qui pourrait servir de contexte signifiant à la dépression de Madame K. ?

Nous nous sommes limités à proposer une vision de la dépression comme protection de l'image mythique de cette mère, et comme le désir de Madame K. de ne pas la dépasser, de ne pas réussir là où sa mère avait semblé échouer : amener cet enfant à l'autonomie.

Je recadre alors, par delà la mort, la dépression comme moyen d'éviter à la mère de Madame K. d'être définitivement enterrée.

Quelques jours plus tard, Madame K., dont l'état s'est nettement amélioré, demande à me parler, ce qui est en soi déjà un changement. Elle m'apporte cette fois les éléments qui me

manquaient pour comprendre le contexte de l'actuelle dépression. C'est avec émotion et pleurs qu'elle évoque les faits.

Son fils a dû faire abattre son chien il y a quelques mois. Il avait mordu un enfant et avait des comportements agressifs. Or Madame K. gardait ce chien chaque week-end et pendant les vacances. C'était l'être auquel elle se confiait, à qui elle parlait, et qui meublait ainsi secrètement la solitude de son veuvage. Elle était d'ailleurs habituée à ce type de monologue, son mari étant plutôt taciturne et silencieux. Personne ne soupçonnait l'importance de cette relation. En s'occupant du chien, elle rendait service et personne n'aurait été penser que c'était plutôt le chien qui s'occupait d'elle. On ne lui a donc pas demandé son avis quand il s'est agi de faire piquer cette bête, pensant même sans doute que cela lui ferait un travail de moins.

Plutôt que de voir la dépression dans sa dimension d'agressivité (même retournée), je préfère la recadrer à nouveau comme une protection pour le fils, un moyen de ne pas lui dire de choses blessantes ou culpabilisantes. Et je renouvelle mon conseil de rester encore déprimée, tant que ces choses ne sont pas encore digérées, et qu'il lui semble impossible de dire à son fils ce qu'elle pense et ce qu'elle ressent. Fils qu'elle semble d'ailleurs traiter comme quelqu'un de bien fragile et limité.

Une semaine plus tard je revois Madame K. qui va de mieux en mieux mais qui se plaint de quelques vertiges, qu'elle impute d'abord au traitement.

Ma façon de travailler avec elle ce problème s'inspire très largement de l'approche Gestalt telle que Fritz Perls l'a développée. Je considère la patiente et ses vertiges comme deux entités séparées en interaction, et je tente de faire se développer ces interactions plutôt que de supprimer le pôle symptomatique.

Je lui demande donc de parler comme si elle était les vertiges et de dire ce qu'ils obligent à faire, mais à la première personne. Ce qui donne, en résumé, le résultat suivant : « nous te faisons tourner la tête, et ainsi nous t'obligeons à t'appuyer sur quelqu'un, nous t'obligeons à demander de l'aide. »

Il m'est alors possible, connaissant les difficultés de Madame K. à demander quelque chose pour elle, de recadrer les vertiges dont elle souffre comme une ingénieuse astuce pour contourner la difficulté qu'elle a à demander. Je l'invite donc à profiter au maximum de ces vertiges, de ne pas tenter de les diminuer, mais au contraire de les exagérer si elle le peut tant qu'elle ne se sent pas prête à demander ce dont elle a besoin.

Quelques jours plus tard les vertiges ont disparu, et Madame K. s'autorise plus de contacts avec les autres pensionnaires du pavillon.

Madame K. demande alors à sortir, se sentant suffisamment améliorée pour reprendre sa vie de tous les jours. Elle a bien en prévision quelques activités, mais rien ne semble être de l'ordre d'une modification de ses règles de fonctionnement, rien qui remette en cause ses principes de ne rien demander, aucun réaménagement de ses relations tant avec son fils qu'avec sa fratrie ou son entourage.

Cette demande de sortie peut donc être comprise plus comme la marque d'une fuite devant le changement que comme un changement réel. Elle utilise là l'amélioration et le contexte hospitalier comme protection des règles de son fonctionnement. Un autre argument va dans ce sens : son désir, ayant constaté le bienfait qu'elle avait su tirer d'avoir parlé à quelqu'un de continuer à parler ... à la mère de sa belle-fille !

J'accepte cependant cette sortie, tout en lui conseillant de choisir quelqu'un de plus extérieur comme interlocuteur, à moins qu'elle ne l'envisage comme un moyen de parler indirectement à ses enfants.

Dans la mesure où l'amélioration symptomatique ne semble pas liée à une modification du contexte psychologique qui a rendu nécessaire le recours à des manifestations dépressives, une rechute, sous forme identique ou différente, est tout à fait prévisible. Je me garde cependant de les lui prophétiser, comme il a été montré, il y a des prédictions qui sont auto-réalisatrices.

J'étais en train de rédiger ce travail lorsque j'ai reçu un appel téléphonique du médecin-traitant de Madame K. me demandant sa réadmission pour une réapparition des manifestations dépressives.

L'intérêt de ce coup de fil n'est pas tant de vérifier le côté opératoire de la distinction des niveaux de changement, que d'apporter de nouvelles informations sur un autre niveau de fonctionnement du symptôme : depuis plusieurs mois, avant même sa venue dans notre hôpital, Madame K. avait une relation (secrète et discrète) avec un homme de son âge, veuf lui aussi. Mais le destin s'oppose à cette relation, partagée pourtant semblerait-il, car ce monsieur vit chez ses enfants, et, là encore, il n'est pas question pour Madame K. de se permettre de troubler l'harmonie des familles...

En conclusion

Il m'a semblé intéressant de vous présenter ce cas, à plus d'un titre, et c'est sur quelques points particuliers que je désire insister pour terminer.

- Notre vision du « système » est souvent, me semble-t-il, trop rigide ; trop souvent encore nous le définissons arbitrairement, par habitude et par facilité, comme « la famille », les gens qui habitent sous le même toit. Or, chacun de nous est pris et appartient à une multitude de réseaux qui peuvent être considérés comme systèmes en tant que tel, ou sous-système d'autre chose, ou systèmes juxtaposés. C'est au thérapeute qu'il appartient de définir le champ sur lequel il veut travailler, et c'est à lui qu'il incombe d'en avoir une vue souple et modifiable en fonction de l'émergence du matériel.

Dans l'histoire de Madame K., le système a ainsi été successivement Elle/son fils/sa belle-fille puis elle/sa mère morte/sa fratrie puis elle/son fils/le chien de son fils puis elle/ses vertiges/les autres. De plus, le coup de fil de son médecin nous a rappelé l'existence concomittente d'autres niveaux de fonctionnement passés inaperçus, ou dont nous n'avons su rendre l'émergence possible.

L'intérêt de cette flexibilité me semble être de respecter au plus près les singularités de chaque patient et sa démarche évolutive propre dans sa rencontre avec tel thérapeute.

- Notre définition de notre travail comme étant « de thérapie familiale » risque parfois de nous faire oublier que les objets, les animaux, des personnes totalement étrangères à la famille, ou des absents, définitifs ou temporaires, ont autant sinon plus d'importance dans l'équilibre mental d'une personne. C'est pourquoi il me semble préférable de se désigner en tant que thérapeute par sa référence théorique plutôt que par la limitation de son champ d'investigation.
- Un autre point sur lequel je souhaite insister, c'est la conséquence bénéfique que je trouve personnellement dans l'utilisation d'une approche systémique. Le travail psychiatrique tel qu'il est conçu classiquement consiste souvent en un jeu de « chercher la faille », vous saurez d'où vient le mal. ceci n'est pas sans retentissement sur le système soignants-soignés lui-même. Combien de rancœur, d'incompréhension, de jugements négatifs de rejet de part et d'autre sont issus de ces données de départ.

Ici, le thérapeute cherche avec obstination le niveau des fonctions positives des symptômes, c'est-à-dire que d'emblée il lui faut regarder ses patients et leur entourage autrement que comme des imbéciles, des traumatisés ou des incapables.

La thérapie systémique, ce peut être aussi le traitement de la Psychiatrie malade de ses rôles et de ses règles de fonctionnement.

- Pour terminer, signalons que d'« oignon », il n'y en a pas. Cet « effet-pelure » n'est dû qu'à la dynamique de la rencontre patient-thérapeute : c'est une création illusoire de l'« histoire thérapeutique ». Tous les niveaux co-existaient à l'entrée de Madame K., et d'autres encore, insoupçonnés ou négligés. Au fur et à mesure que nous passons dans le temps, nous entretenons l'illusion d'avancer plus profond dans la compréhension, d'enrichir notre savoir. Nous ne faisons que permettre/interdire/suivre l'émergence d'un des niveaux d'une réalité complexe... D'oignon il n'y en a pas, et ces « couches » sont sans doute trop nombreuses pour s'épuiser dans Une réalité qui, en dernier ressort, ne « réalise » que les limites de la rencontre.