

UNIVERSITE PARIS I PANTHÉON SORBONNE
ED de Philosophie

Laboratoire de rattachement : Institut d'histoire et de philosophie
des sciences et des techniques

THÈSE

Pour l'obtention du titre de Docteur en philosophie
Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le 1er DECEMBRE 2023 par
Elodie BOISSARD

Titre de la thèse

**Concevoir l'humeur dépressive pour comprendre la
dépression.**

Psychiatrie et philosophie des états affectifs

**Sous la direction de M. Denis FOREST, Professeur des universités à
l'université Paris 1 Panthéon Sorbonne, et M. Stéphane LEMAIRE,
Maître de conférences HDR à l'université Rennes 1**

Membres du Jury

M. Laurent Jaffro, Professeur des universités, Université Paris 1 Panthéon
Sorbonne

M. Fabrice Teroni, Professeur, Université de Genève

Mme. Raphaële Andrault, Chargée de recherches CNRS HDR, ENS de Lyon

M. Steeves Demazeux, Maître de conférences, Université Bordeaux Montaigne

M. Fabien Vinckier, Professeur des universités et praticien hospitalier,
Université Paris Cité

Résumé

Dans cette thèse, j'interroge la notion d'« humeur dépressive », en tant que symptôme historiquement central et distinctif de la dépression. Originellement vue comme un trouble affectif, la dépression fait aussi aujourd'hui l'objet de modèles comportementaux ou cognitifs. De plus, comme nous manquons d'une conception consensuelle de ce que sont les troubles psychiatriques, une conception de ce qui rend un épisode dépressif « pathologique » fait défaut, au-delà de ses critères cliniques. La dépression est-elle bien un trouble affectif, un trouble de l'humeur ? Si oui, qu'est-ce qui la différencie d'une humeur dépressive non problématique ? L'objectif est d'améliorer notre compréhension de ce trouble psychiatrique grâce à un apport en philosophie. Je mène un travail d'histoire conceptuelle, et d'analyse conceptuelle en philosophie des états affectifs et philosophie de la psychiatrie, sur la notion d'« humeur dépressive », pour caractériser le versant affectif de l'état dépressif, déterminer la manière dont il s'articule aux autres versants de l'état dépressif, et en quel sens ce dernier peut être « pathologique ». Je retrace une histoire conceptuelle de la caractérisation clinique du versant affectif des états dépressifs dans la psychiatrie française, depuis l'aliénisme jusqu'à la psychiatrie contemporaine, qui montre notamment que ce versant affectif ne se réduit pas à la tristesse. Je formule ensuite une théorie fonctionnaliste de l'humeur dépressive en philosophie des états affectifs, en termes de « croyances dépressives actives », dans laquelle cette humeur se définit comme un état affectif qui a pour effet distinctif sur les états mentaux de recruter et d'amener des croyances dépressives à se manifester. Ce sont des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation de satisfaction de ses aspirations. Enfin, je défends une théorie cognitive de la dépression en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices ». Ces croyances sont rendues particulièrement préjudiciables par une modulation de leur rôle fonctionnel par une humeur dépressive persistante. Le préjudice consiste dans ce que l'état dépressif global induit conjointement par cette humeur et ces croyances dépressives entraîne une incapacité à mobiliser certaines capacités psychologiques nécessaires pour chercher à satisfaire ses aspirations : je le formule dans les termes d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, adaptant ainsi à la dépression la conception du « pathologique » élaborée par Nordenfelt (2000) en philosophie de la psychiatrie. Cette incapacité correspond à une autoréalisation des croyances dépressives, sous la contrainte de l'humeur dépressive.

Summary

In this thesis I investigate the notion of « depressed mood » which historically the central and distinctive symptom of depression. Depression was originally seen as an affective disorder but it is now explained by behavioral and cognitive models as well. Moreover, as we lack a general definition of a psychiatric disorder, we also lack a conception of what makes a depressive episode “pathological”, beyond its clinical criteria. Is depression an affective disorder, a mood disorder? If yes, then what makes the difference between depression and a non-problematic depressed mood? The aim is to improve our understanding of this psychiatric disorder thanks to philosophy. My approach combines conceptual history and conceptual analysis in philosophy of affective states and philosophy of psychiatry on the notion of “depressed mood”, in order to characterize the affective component of a depressed state, to articulate it with the other components of such a state, and to determine in what sense such a state can be pathological. I make a conceptual history of the clinical characterization of the affective component of a depressed state in French psychiatric, from the “alienists” to contemporary psychiatry: it shows that this affective component cannot be reduced to sadness. I formulate a functionalist theory of depressed mood in philosophy of affective states, in terms of “active depressive beliefs”: this theory defines this mood as an affective state whose distinct effect on mental states is to recruit and bring depressive beliefs to manifest themselves. These beliefs are pessimistic, defeatist and self-deprecating beliefs about the possibility to reach a future situation where one’s aspirations would be satisfied. To finish, I defend a cognitivist theory of depression in terms of “self-fulfilling depressive beliefs”. These beliefs are made especially harmful by the depressed mood that modulates their functional role when it persists. The harm consists in that the depressed state jointly induced by this mood and these beliefs leads to incapacity to mobilize psychological capacities that are necessary to seek to satisfy one’s aspirations: I formulate this harm in terms of second-order incapacity to reach a minimal well-being, so that I adapt to depression the conception of “pathological” elaborated by Nordenfelt (2000) in philosophy of psychiatry. This incapacity corresponds to a self-fulfillment of depressive beliefs under the constraint of the depressed mood.

Mots-clés

Humeur dépressive – Croyances dépressives – Dépression – Philosophie des états affectifs – Philosophie des émotions – Humeur – Histoire du concept – Histoire de la psychiatrie – Douleur morale – Mélancolie – Théories des humeurs – Pathologique – Nordenfelt

Keywords

Depressed mood – Depressive beliefs – Depression – Philosophy of affective states – Philosophy of emotions – Mood – Conceptual history – History of psychiatry – Mental pain – Melancholy – theories of moods – pathological – Nordenfelt

Table des matières

| | |
|--|------------|
| Remerciements..... | 10 |
| Introduction générale..... | 13 |
| • La dépression, un problème contemporain..... | 13 |
| • L'apport de l'histoire conceptuelle et de la philosophie face à ce problème..... | 16 |
| • Qu'est-ce que la dépression cliniquement ? | 20 |
| • La question médicale de la suffisance des critères cliniques s'inscrit dans le débat de philosophie de la psychiatrie sur le « pathologique »..... | 26 |
| • Un pré-requis qui fait défaut dans le débat de philosophie de la psychiatrie sur le « pathologique » dans la dépression : une objectivation du trouble..... | 31 |
| • Une voie possible de l'objectivation de la dépression : l'élaboration d'une théorie de « l'humeur dépressive » en philosophie de l'esprit..... | 33 |
| • Un préalable à l'élaboration d'une théorie de « l'humeur dépressive » en philosophie de l'esprit : la clarification du concept lui-même par de l'histoire conceptuelle | 36 |
| • Problématique et méthode | 39 |
| | |
| Première partie : de la tristesse du mélancolique à l'humeur dépressive ... | 45 |
| Chronologie rapide de l'emploi des termes « dépressif » et « dépression » dans la psychiatrie française, en partie d'après Haustgen & Masson, 2018, p. 14..... | 63 |
| Chapitre I : Avant l'humeur dépressive : le versant affectif des « états de dépression » (1802 – années 1920) | 66 |
| 1. Les passions tristes des mélancoliques chez Pinel et Esquirol..... | 71 |
| 2. Abattement moral et stupeur dans les « états de dépression générale » chez Falret et Baillarger..... | 87 |
| 3. La « mélancolie sans délire » ou « dépression douloureuse » de Séglas | 102 |
| 4. L'« état mental neurasthénique » | 107 |
| 5. La « thymie » de Kraepelin..... | 122 |
| | |
| Chapitre II : L'« humeur dépressive » entre disposition affective fondamentale et tristesse diffuse (des années 1930 à aujourd'hui) | 130 |
| 1. L'émergence de « l'humeur dépressive » | 134 |

| | | |
|----|--|-----|
| a. | Troubles humoraux du maniaco-dépressif, tristesse et chagrin du mélancolique vrai et fatigue du neurasthénique (années 1920-1930) | 134 |
| b. | La tristesse et le dérèglement de l'humeur dans les états dépressifs-mélancoliques (années 1940) | 142 |
| c. | « L'humeur dépressive », symptôme central des états dépressifs (années 1950 – années 1970) | 154 |
| 2. | La dépression, un « trouble de l'humeur » ? (années 1980 à aujourd'hui) | 173 |
| a. | L'ambiguïté de la notion d'humeur dépressive dans la définition de la dépression comme un « trouble de l'humeur » | 175 |
| b. | La théorie du « ralentissement dépressif » de Widlöcher | 181 |
| c. | La dépression, un trouble cognitif ? | 187 |

Deuxième partie : qu'est-ce que l'humeur dépressive ?..... 193

Chapitre III : Caractérisation de l'humeur dépressive..... 204

| | | |
|------|---|-----|
| 1. | Caractérisation préliminaire de l'humeur dépressive | 205 |
| 2. | L'humeur dépressive dans le récit de Styron (2010) | 208 |
| 3. | L'humeur dépressive dans les sciences cliniques contemporaines | 213 |
| a. | Le cadre clinique contemporain de la dépression | 214 |
| b. | La phénoménologie de l'humeur dépressive | 218 |
| i. | <i>L'altération de l'état corporel global</i> | 219 |
| ii. | <i>La distance au monde</i> | 222 |
| iii. | <i>La douleur morale</i> | 230 |
| b. | Les manifestations et effets de l'humeur dépressive au niveau du corps, du comportement et des actions | 232 |
| i. | <i>Les manifestations corporelles de l'humeur dépressive : fatigue, état corporel globalement altéré, état inflammatoire, perturbations végétatives</i> | 233 |
| ii. | <i>Le ralentissement psychomoteur</i> | 237 |
| iii. | <i>Aboulie, anhédonie, perte de motivation, tendances suicidaires</i> | 239 |
| c. | Les effets de l'humeur dépressive sur les fonctions cognitives | 247 |
| d. | Les effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux | 248 |
| i. | <i>Les émotions</i> | 249 |
| ii. | <i>Les jugements</i> | 256 |
| 4. | Réquisits pour une théorie de l'humeur dépressive | 262 |

Chapitre IV : L'humeur dépressive est-elle une forme de tristesse ou de découragement ?..... 266

| | |
|---|------------|
| 1. L'humeur dépressive est-elle une humeur triste ? | 270 |
| a. La tristesse et l'humeur triste..... | 271 |
| b. La thèse de la tristesse sans objet particulier | 279 |
| <i>i. Explication de la thèse</i> | <i>279</i> |
| <i>ii. Avantages de la thèse.....</i> | <i>279</i> |
| <i>iii. Limites de la thèse.....</i> | <i>280</i> |
| c. Discussion de la thèse de la tristesse sans objet particulier | 282 |
| <i>i. Les différentes versions de la thèse</i> | <i>282</i> |
| <i>ii. Rejet des différentes versions de la thèse</i> | <i>292</i> |
| 2. L'humeur dépressive est-elle une humeur découragée, abattue ? | 298 |
| a. La thèse du découragement sans objet particulier ou abattement..... | 299 |
| b. Rejet de la thèse du découragement sans objet particulier ou abattement | 302 |
| 3. L'humeur dépressive est-elle une émotion avec un type spécifique d'objet ?..... | 309 |

Chapitre V : La théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive 316

| | |
|---|------------|
| 1. L'humeur dépressive n'est pas un pur état phénoménal..... | 317 |
| b. Exposition de la théorie du pur état phénoménal..... | 318 |
| c. Rejet de la théorie du pur état phénoménal..... | 319 |
| d. Le cas où la phénoménologie de l'humeur dépressive se réduit à ses aspects corporels : une humeur inconsciente-P en tant qu'humeur..... | 320 |
| 2. La théorie fonctionnaliste des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive | 324 |
| a. La théorie fonctionnaliste des humeurs de Griffiths (1997) | 325 |
| b. Les causes de l'humeur dépressive : multiples et non spécifiques | 328 |
| c. Les effets de l'humeur dépressive : elle recrute des croyances dépressives. | 330 |
| <i>i. Les modèles cognitifs et comportementaux de la dépression partent du constat clinique de manifestations de croyances dépressives.....</i> | <i>333</i> |
| <i>ii. L'expérience de pensée distinguant la conduite dépressive d'une simple baisse d'activité</i> | <i>334</i> |
| <i>iii. L'analogie entre le rôle fonctionnel de l'humeur dépressive et celui des désirs à l'égard de la conduite et des croyances</i> | <i>336</i> |
| d. La théorie fonctionnaliste des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive | 339 |

| | | |
|---|---|------------|
| e. | Avantages de la théorie des « croyances dépressives actives » pour l’humeur dépressive | 340 |
| 3. | Réponses aux théories intentionnalistes des humeurs | 346 |
| a. | Réponse à la théorie attitudinale | 346 |
| b. | Réponses aux théories perceptuelles | 351 |
| i. | <i>Les théories perceptuelles phénoménologiques</i> | 352 |
| ii. | <i>La théorie perceptuelle néo-jamésienne</i> | 361 |
| Troisième partie : Expliquer la dépression | | 366 |
| Chapitre VI : La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » | | 388 |
| 1. | Idéaux-types de la dépression | 390 |
| 2. | L’adaptation de la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000) à la dépression | 397 |
| a. | Le préjudice objectif induit par l’humeur dépressive | 398 |
| i. | <i>Le préjudice objectif induit par la phénoménologie affective de l’humeur dépressive : la diminution de la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions et de la capacité à agir</i> | 399 |
| ii. | <i>Le préjudice objectif induit par les manifestations corporelles et comportementales de l’humeur dépressive, notamment en termes de diminution de la capacité à agir</i> | 402 |
| iii. | <i>Le préjudice objectif induit par les effets de l’humeur dépressive sur les états mentaux : la diminution de la capacité à agir entraînée par la baisse de la motivation, des désirs et des émotions</i> | 404 |
| iv. | <i>Le préjudice objectif induit par les effets de l’humeur dépressive sur les états mentaux : l’incapacité à réguler ses émotions et ses cognitions entraînée par l’altération des fonctions cognitives</i> | 406 |
| b. | Le préjudice objectif induit par les croyances dépressives sous l’effet de la modulation de leur rôle causal par l’humeur | 407 |
| i. | <i>Le caractère préjudiciable des croyances dépressives</i> | 408 |
| ii. | <i>La modulation du rôle causal des croyances dépressives par l’humeur dépressive : intangibilité et gouvernance cognitive étendue</i> | 412 |
| iii. | <i>L’incapacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations induite conjointement par l’humeur dépressive et les croyances dépressives</i> | 420 |
| 3. | La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression | 434 |
| a. | La dépression : quand les croyances dépressives deviennent auto-réalisatrices | 435 |
| b. | Quelle conception du trouble psychiatrique pour la dépression avec la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » ? | 441 |
| Chapitre VII : Evaluation de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » | | 460 |

| | |
|---|----------------|
| 1. Le cadre thérapeutique de la dépression expliqué en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices » | 461 |
| a. Le cadre thérapeutique de la dépression..... | 461 |
| b. L'action des psychothérapies sur les « croyances dépressives auto-réalisatrices » | 467 |
| <i>i. Les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques</i> | <i>467</i> |
| <i>ii. Une psychothérapie comportementale : l'activation comportementale (AC)</i> | <i>471</i> |
| <i>iii. Les psychothérapies cognitives</i> | <i>473</i> |
| <i>iv. Une psychothérapie cognitive et comportementale de la « troisième vague » : la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)</i> | <i>477</i> |
| <i>v. La thérapie interpersonnelle (TIP).....</i> | <i>480</i> |
| <i>vi. La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience.....</i> | <i>483</i> |
| 2. Les « croyances dépressives auto-réalisatrices » dans les modèles étiologiques de la dépression..... | 486 |
| a. Neurobiologie de la dépression | 488 |
| b. Les modèles comportementaux et cognitifs..... | 495 |
| c. Les événements de vie stressants et les facteurs sociaux de la dépression..... | 498 |
| d. L'approche évolutionniste de la dépression | 502 |
| 3. Avantages de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » | 508 |
| a. Clarification de la notion de « trouble de l'humeur » | 508 |
| b. Solution au paradoxe des raisons dans la dépression..... | 510 |
| c. Distinction de la dépression, de la souffrance affective et du malheur ou mal-être | 517 |
| Conclusion générale | 519 |
| • L'objectivation de la dépression en termes de conduite préjudiciable sous la contrainte de l'humeur dépressive | 522 |
| • L'apport d'un regard philosophique sur un objet clinique : l'humeur dépressive..... | 526 |
| • Le fondement philosophique de la santé mentale en termes de capacité au bien-être dans la dépression et son extension à d'autres troubles psychiatriques..... | 530 |
| Bibliographie..... | 536 |
| Philosophie | 536 |
| Psychiatrie | 542 |

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de thèse Denis Forest, qui m'a fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse, m'a fait découvrir la philosophie de la psychiatrie, et surtout a porté et accompagné mon projet des débuts de sa conception en 2017-2018 à son achèvement en 2023, avec un investissement, un sérieux, une rigueur, mais aussi une patience et une bienveillance remarquables. Sans son apport scientifique à la thèse elle-même, sans ses invitations à participer à des événements scientifiques en parallèle de la thèse, sans son soutien pour les projets que j'ai entrepris, rien n'aurait été possible. Je le remercie infiniment de m'avoir donné ma chance, de m'avoir écoutée depuis les premiers balbutiements de mes hypothèses, et d'avoir su à la fois me laisser une grande liberté dans mon travail et me donner un cadre structurant pour progresser dans ma recherche et dans le parcours en doctorat.

Je remercie également beaucoup Stéphane Lemaire d'avoir accepté de co-diriger ma thèse. Ses conseils sur la méthode rédactionnelle et argumentative en philosophie analytique m'ont été précieux. Surtout, les échanges que nous avons eus à propos des théories des humeurs, de la nature de l'humeur dépressive, de son rôle à l'égard des croyances dépressives et de leur rôle conjoint dans la dépression m'ont permis de grandement clarifier et mettre à l'épreuve mes hypothèses, et ainsi d'améliorer la thèse finalement défendue.

Je dois également de grands remerciements à plusieurs personnes qui ont accepté de relire des passages de ma thèse et de me faire des retours à leur propos : Samuel Lépine, Mathieu Frerejouan, Steeves Demazeux, Géraldine Carrannante, Steve Humbert-Droz, Constant Bonard. Ces relectures m'ont été d'une grande aide pour améliorer la présentation de mon travail, clarifier certains points et remédier à certains défauts.

Je remercie très vivement Julien Deonna et Fabrice Teroni pour leur accueil au sein du groupe Thumos au semestre de printemps 2022 et pour tous les échanges que nous avons eus sur place et par la suite. Sans le séjour d'un semestre que j'ai effectué là-bas, ma thèse n'aurait peut-être pas abouti, ou aurait pu prendre un tour très différent : c'est là-bas que j'ai pu véritablement découvrir en quoi consiste la recherche contemporaine en philosophie analytique de l'esprit, en particulier sur les états affectifs. Je remercie également toutes les personnes qui étaient à Thumos ce semestre-là pour leur accueil, pour nos échanges, et pour les conseils que j'en ai reçus : Steve Humbert-Droz, Agnès Baehni, Mathilde Cappelli, Laura Silva, Juliette Vazard, Antoine Rebourg, Roberto Keller, Angela Abatista, Radu Bumbacea... Je remercie particulièrement Julien et Fabrice de m'avoir relu plusieurs textes écrits en parallèle de la thèse, à propos desquels leurs conseils de rédaction comme leurs explications de fond m'ont été d'une aide incommensurable.

Je remercie également Laurent Jaffro pour les discussions que nous avons eu l'occasion d'avoir sur la dépression lors de plusieurs événements scientifiques, ainsi que pour ses encouragements et son soutien.

Je remercie beaucoup Lucie Berkovitch qui m'a accueillie pendant un mois dans son service de psychiatrie, au service hospitalo-universitaire de l'hôpital Sainte-Anne : sans cette expérience absolument déterminante, ma thèse n'aurait pas non plus été la même. Je remercie beaucoup Lucie d'avoir pris sur son temps pour me faire découvrir sur le terrain son métier dont elle me parlait depuis longtemps déjà puisque nous nous sommes connues en 2014 dans le cadre du master de sciences cognitives que nous faisons alors ensemble à l'institut Jean Nicod : ma gratitude envers elle n'a d'égale que l'admiration que je lui porte, humainement et scientifiquement. Je remercie également tous les autres soignants du service, tant pour leur accueil que pour nos discussions, et pour les retours qu'ils m'avaient fait sur mon travail après m'avoir invitée à le présenter dans le séminaire de recherche de l'hôpital Sainte-Anne.

Je remercie Christophe Gauld, Héloïse Athéa et Astrid Chevance pour les colloques que nous avons organisés ensemble. Je remercie tout d'abord Astrid Chevance d'avoir accepté de co-organiser avec Christophe et moi une journée d'étude sur l'humeur dans la dépression à Paris 1 en juin 2021 ; je la remercie également de m'avoir invitée à trois reprises à donner des conférences, deux fois dans le cadre du séminaire de la chaire de philosophie à Sainte-Anne et une fois lors d'un colloque sur la mélancolie à la fondation Singer-Polignac. Je la remercie beaucoup pour tous les échanges scientifiques et plus généralement académiques que nous avons pu avoir dans ce cadre. Je remercie beaucoup Christophe pour l'investissement, le dynamisme, et la grande gentillesse, dont il a fait preuve lorsque nous avons co-organisé la journée d'études sur l'humeur dans la dépression avec Astrid. Je le remercie beaucoup d'avoir accepté de se lancer dans un autre projet dès l'année suivante, soit l'organisation d'un colloque international de philosophie de la psychiatrie à Paris 1, avec également Héloïse Athéa. Je le remercie enfin pour tous les échanges que nous avons pu avoir en marge de la thèse et de ces projets, sur la psychiatrie, les troubles psychiatriques, la dépression ou encore les émotions, qui m'ont beaucoup apporté et enseigné à propos de la manière dont la psychiatrie et la philosophie peuvent échanger. Je remercie énormément Héloïse Athéa pour tous les échanges scientifiques que nous avons pu avoir, en organisant ce colloque de philosophie de la psychiatrie, mais aussi à d'autres moments. Je la remercie particulièrement pour le grand investissement et le grand dynamisme dont elle a fait preuve dans l'organisation de cet événement.

Je remercie toutes les personnes qui avaient accepté de participer à ces événements, et avec qui j'ai également eu des échanges qui ont été déterminants dans ma recherche sur la dépression, en particulier Fabien Vinckier, Steeves Demazeux, Samuel Lépine, Céline Baeyens, Jérôme Wakefield et Julien Bernard qui étaient les conférenciers de la journée d'étude sur l'humeur dans la dépression.

Je remercie également spécialement Hugo Bottemanne, pour nos échanges scientifiques à la croisée entre philosophie et psychiatrie à propos de l'humeur dépressive, pour son invitation à présenter ma thèse dans le séminaire de recherche qu'il anime à la Pitié Salpêtrière, et pour sa participation au colloque de philosophie de la psychiatrie.

Je remercie aussi les autres doctorantes et doctorants de Denis Forest avec qui j'ai pu échanger, notamment grâce au séminaire doctoral organisé par Denis Forest une fois par mois pour nous permettre d'échanger sur nos thèses respectives : en particulier Rachel Frenette, Anthony Ferreira, Cécile Bou Farrès, Christophe Gauld, Héloïse Athéa et Anne Waeles.

Je remercie également les personnes que j'ai pu côtoyer via mon laboratoire, l'IHPST, en particulier les doctorantes et doctorants pour une part devenus entretiens docteurs, pour leur accueil chaleureux, nos échanges scientifiques, mais aussi leurs conseils précieux : Perceval Pillon, Marie Michon, Caroline Angleraux, Marco Casali, Sacha Behrend, Agathe du Crest, Louis Virenque...

Je remercie Mme Israël-Moldaver, sans qui rien n'aurait été possible, et le docteur Macotta, de m'avoir mise en contact avec elle au bon moment.

Je remercie très profondément Manuel, qui est la personne que j'aime, et qui a été présent du début à la fin de ce projet avec toute la patience et l'abnégation qu'il fallait pour supporter la manière dont je m'y suis consacrée. Sans son soutien je n'y serais pas arrivée.

Je remercie aussi beaucoup mes parents et ma sœur, qui m'ont également soutenue du début à la fin du projet, ainsi que mes grands-parents, avec une pensée toute particulière pour mon grand-père maternel qui nous a quittés peu avant la fin.

Je remercie aussi pour leur soutien mes amis, en particulier Jill Pilet, qui a plusieurs fois été la personne qui a su trouver les mots justes à me dire pour m'encourager, Damien Moulin, Laura Monfleur, Julie Beauté, Isabelle Siffert, Matthieu Taillades, Tristan Tourniaire, Lisa Dotter, Gaspard Farge, Oli Languin-Cattoën, Victoria Gonzales-Maltès, Hugo Le Jalu, Delphin Sénizergues, Géraldine Carrannante, Victor Pitron, Robin Franz, Cécile Fallo, Ivan Verschueren, Sophie Pellas, Clara Rabiau, Alexandre Jannaud, Arno Amabile, Kaelan Donatella, Tristan Puech...

Introduction générale

- La dépression, un problème contemporain

La dépression constitue de façon croissante un problème de santé publique. Sa prévalence est de plus en plus élevée. L’OMS estime sa prévalence mondiale à 5% et en fait la deuxième cause de handicap au monde¹ (Fond et al., 2018, p. 154; Tournier, 2018, p. 22). Le Baromètre santé 2017 (Gigonzac et al., 2018) a montré que dans la population active âgée de 18 à 75 ans en France, près de 10 % des personnes avaient connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, soit une augmentation de deux points entre 2010 et 2017 après une stabilité relative sur la période 2005-2010². La dépression atteint plus particulièrement certaines populations : l’OMS souligne qu’elle touche davantage les femmes que les hommes ; dans les enquêtes françaises, elle touche surtout les chômeurs, les personnes de faible niveau de revenu, les femmes, les étudiants, les 35-44 ans³ (Gigonzac et al., 2018; *La dépression en France Enquête Anadep 2005*). Elle a des facteurs psychosociaux puisqu’elle peut être déclenchée par des événements de vie stressants (Gorwood et al., 2010), ou par des difficultés chroniques : un décès, un divorce, la pauvreté, le chômage, les difficultés professionnelles comme la violence, le harcèlement ou l’épuisement au travail (Fond et al., 2018; Mauroy et al., 2018; Tournier, 2018). Elle est alors favorisée par des facteurs de vulnérabilité, en particulier les traumatismes dans l’enfance (Gorwood, 2018; Tournier, 2018). Sa prévalence est beaucoup plus élevée chez les personnes atteintes par d’autres maladies, notamment incurables ou chroniques (maladies immuno-inflammatoires,

¹ L’OMS a aussi mené entre 2001 et 2005 une étude sur la prévalence vie entière des troubles de l’humeur qui était très variable selon les pays, de 3,3% au Nigéria à 21,4% aux Etats-Unis (Tournier, 2018, p. 17). D’autres études menées aux Etats-Unis ou en France montrent généralement une prévalence d’environ 15% sur la vie entière pour la dépression (Fond et al., 2018, p. 154; Tournier, 2018, p. 17).

² L’enquête Anadep (*La dépression en France Enquête Anadep 2005*), menée en 2005 sur l’ensemble de la population résidant en France âgée de 15 à 75 ans montrait que 7,8 % des personnes interrogées avait connu un épisode dépressif caractérisé au cours de l’année précédant l’entretien, et 17,8 % au cours de leur vie.

³ Une étude américaine souligne que « le risque de dépression [est] plus élevé chez les femmes, les célibataires/divorcés, les femmes au foyer, les personnes sans activité professionnelle, avec un niveau éducatif plus bas (moins de 12 années de scolarité) ou un niveau économique proche de la pauvreté » (Tournier, 2018, p. 19).

cancer, VIH...), et elle présente de fortes comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques, particulièrement les troubles anxieux et les troubles addictifs (Achab et al., 2018; Pelissolo & Hamdani, 2018; Tournier, 2018, p. 19-20). Si la dépression est un problème aussi sérieux, c'est parce qu'un épisode dépressif moyen à sévère entraîne une incapacité de la personne à poursuivre ses activités, outre une souffrance significative. De plus, en dépit des traitements disponibles, principalement pharmacologiques (médicaments antidépresseurs) et psychothérapeutiques, seul un tiers des épisodes dépressifs pris en charge connaît une rémission, soit une disparition quasi complète des symptômes (Mauras & Gourion, 2018, p. 245). Un épisode dépressif débouche ainsi fréquemment sur une chronicisation, la dépression étant de plus en plus vue de façon paradigmatique comme une maladie chronique (Briffault, 2018, p. 27), ou bien sur une récurrence, le risque de récurrence⁴ après rémission étant estimé jusqu'à 80% à 5 ans (Fond et al., 2018, p. 154). Enfin, la dépression est une cause majeure de suicide : elle serait le premier trouble psychiatrique causant des suicides, et chez les sujets traités pour dépression un décès sur six serait lié à un suicide (Villain & Courtet, 2018, p. 163). Outre son impact humain, la dépression est dès lors également un poids sur le plan socio-économique, représentant un coût important pour nombre d'économies nationales.

Mais qu'est-ce que la dépression ? Est-elle une maladie bien définie ? En quoi se différencie-t-elle d'une baisse de moral passagère, de « la déprime », d'un « coup de blues » ? Elle est entourée d'un certain flou dans les représentations collectives : « La dépression est une maladie » pour 85% des personnes interrogées dans l'enquête française Anadep, mais 30% estiment qu'elle est « un coup de blues passager » (*La dépression en France Enquête Anadep 2005*). Comment le médecin distingue-t-il donc la dépression à proprement parler d'un simple « coup de blues » ? Les symptômes de la dépression, qu'il s'agisse de l'humeur dépressive, de la perte d'intérêt et de plaisir, de la fatigue, de la baisse d'énergie, des perturbations du sommeil et de l'appétit, ou même des idées de culpabilité et d'auto-dévalorisation, ne sont-ils pas le cortège pénible mais inévitable de perturbations dont

⁴ « Rechute et récurrence représentent l'apparition d'un nouvel épisode et se distinguent arbitrairement par la durée de l'intervalle libre. Par convention, on parle de rechute dans un délai de 6 mois après la rémission de l'épisode index, et de récurrence (ou récurrence) par la suite. » (Mauras & Gourion, 2018, p. 245)

⁵ Son coût est dû à la prise en charge de la dépression par les systèmes de santé, mais aussi à la perte de productivité entraînée par la dépression et au coût du suicide pour l'activité économique (Courtet & Vaiva, 2010; Fond et al., 2018; Martin, 2010; Mauroy et al., 2018; Villain & Courtet, 2018) ; par exemple son impact économique est évalué à 210,5 milliards de dollars aux Etats-Unis, la moitié étant due aux dépenses médicales et l'autre moitié à l'impact sur le marché du travail (Fond et al., 2018, p. 154) ; cet impact est également élevé pour la France et les autres pays européens (Martin, 2010).

s'accompagne tout moment de la vie dans lequel nous traversons des difficultés, des doutes, des déconvenues, qui nous impactent sur le plan affectif ? Comment différencier la dépression de la souffrance affective en général ? Ne serait-elle pas dans certains cas la simple expression subjective du malheur, le terme apparaissant dès lors comme un « idiome de détresse » ? Ehrenberg, sociologue connu pour ses travaux sur la dépression, commente la « réussite médicale » de ce trouble mental, qui serait le plus répandu dans le monde, en soulignant que la dépression apparaît dans les médias comme « *le mal du siècle* » : elle se serait imposée comme « *notre principal malheur intime* », dont elle « *décline aujourd'hui les facettes* », connaissant un succès analogue à celui que connurent l'hystérie et la neurasthénie à la fin du XIX^e siècle (Ehrenberg, 2008, p. 9-10). Selon Ehrenberg, les formes que prend le malheur intime sont façonnées par les valeurs et les idéaux d'une société, donc l'autonomie individuelle et l'initiative personnelle dans la nôtre : il écrit que « *la dépression incarne alors non seulement la passion d'être soi et la difficulté à l'être, mais également l'exigence d'initiative et la difficulté à l'assurer* » (Ehrenberg, 2008, p. 212). La dépression serait donc « *une manière d'être* » qui « *se présente comme une maladie de la responsabilité dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance* », le déprimé ne serait « *pas à la hauteur* », « *fatigué d'avoir à devenir lui-même* » (Ehrenberg, 2008, p. 11). Est-ce à dire que la dépression, comme d'autres catégories médicales avant elle, permettrait avant tout à un certain type de souffrance, dominant dans notre société, de s'exprimer et de recevoir une prise en charge ? Or dès lors qu'à la souffrance affective en général, même façonnée d'une manière spécifique par les formes et les catégories d'une société donnée, il ne saurait y avoir de remède véritable, l'expansion de la dépression et notre difficulté à la soigner s'expliqueraient d'elles-mêmes. Si nous ne disposons pas à ce jour d'un modèle scientifique unifié qui permettrait d'expliquer la dépression, et sur lequel le médecin pourrait s'appuyer pour la prévenir et la guérir, est-ce parce que la dépression ne peut pas être objectivée en tant que maladie ? Ou plutôt parce que nous manquons d'un modèle descriptif qui permettrait de distinguer des cas où la souffrance signale un problème spécifique que seule la médecine peut

6 Sa thèse générale à propos de la dépression est qu'elle est devenue la forme privilégiée de la souffrance et de la pathologie mentale, succédant à ce titre à des formes pathologiques d'anxiété liées à la culpabilité, du fait de profonds changements du statut de l'individu dans les sociétés contemporaines, des normes et des idéaux qui s'imposent à lui : au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, nous serions passés de sociétés contraignantes où les individus devaient se construire en conformité à des interdits très forts, en s'adaptant à un modèle disciplinaire de gestion des conduites, à des sociétés où les individus se seraient émancipés de ces contraintes mais seraient désormais soumis à l'exigence de se construire une identité propre, ce qui suppose des capacités d'initiative et d'action pour atteindre certains standards et objectifs (Ehrenberg, 2001, 2008). Si l'anxiété liée à un sentiment de culpabilité était la forme privilégiée que prenait la pathologie mentale avant ce changement social, la dépression, liée à un sentiment d'insuffisance, d'échec, d'incapacité, serait celle qu'elle prend désormais.

prendre en charge de cas où il ne s'agit que de la part inévitable de souffrance que comporte toute vie humaine, et face à laquelle la médecine elle-même pourrait bien être impuissante ? Quoiqu'il en soit, la nécessité se fait donc sentir, en amont du travail scientifique dont on attend un modèle explicatif et prédictif, de mieux cerner le phénomène lui-même de la dépression. Or, comme nous ne saurions aborder ce phénomène sans le faire dans certains termes, en mobilisant certains concepts, ce sont d'abord ces termes et ces concepts que nous rencontrons : à cet égard, c'est vers l'histoire conceptuelle et plus généralement la philosophie qu'il convient de se tourner.

- L'apport de l'histoire conceptuelle et de la philosophie face à ce problème

Si la dépression est un problème médical que nous nous efforçons avant tout de résoudre en cherchant à en élaborer un modèle scientifique⁷, à une époque où la médecine se conçoit dans le prolongement de la science, l'histoire conceptuelle et la philosophie ne pourraient-elles pas dès lors également contribuer à sa résolution ? Même envisagé comme un problème scientifique, celui de la dépression se formule dans certains termes, mobilisant un certain nombre de concepts, notamment ceux qui énoncent ses symptômes et ses critères cliniques, concepts dont les définitions et les rapports peuvent rester en partie incertains : une partie du problème pourrait dès lors tenir à des ambiguïtés conceptuelles. Ces concepts engagent certains présupposés, certains implicites, au niveau de nos conceptions et représentations, dont la mise à jour pourrait éclairer le problème d'un jour nouveau. Clarifier les termes dans lesquels certains problèmes se posent, voire les reformuler dans des termes un peu différents, constitue souvent en soi une avancée non négligeable dans leur résolution.

Ici, ce serait d'autant plus le cas que la dépression n'est pas en droit un problème strictement scientifique, mais bien médical, si bien que les termes dans lesquels nous l'abordons, les concepts à travers lesquels nous la décrivons, la concevons, et posons les questions qu'elle soulève, font d'autant moins l'objet de définitions explicites, univoques, et restreintes à une arène sociale spécifique : ce sont au contraire des concepts et des réseaux

⁷ Par exemple Xavier Briffault recense 111 120 publications scientifiques sur la dépression depuis 1945, et, 3192 études cliniques en cours sur les troubles dépressifs enregistrées en 2018 sur Clinical Trials (Briffault, 2018, p. 28)

conceptuels chargés de significations qui excèdent la science, la médecine engageant des pratiques et des représentations liées à des usages sociaux et culturels variés, au-delà des résultats scientifiques sur lesquels elle s'appuie. L'histoire conceptuelle a donc un apport particulièrement significatif à faire pour éclairer les termes dans lesquels nous abordons les problèmes médicaux, termes chargés d'une histoire qui commence souvent bien avant que la science n'ait commencé à fournir des modèles susceptibles de les résoudre, et dont l'épaisseur de sens continue de façonner notre vision des faits qu'ils permettent d'aborder. Dans le cas de la dépression, d'où vient donc ce terme lui-même ? Comment est-il entré dans le champ médical et sur quoi a-t-il ainsi attiré notre attention, en nous conférant une certaine manière de le voir ? Qu'en est-il des autres concepts qui servent à la définir : l'humeur dépressive, la fatigue, la perte d'intérêt et de plaisir ? Comment sont-ils devenus des objets cliniques, suivant quelles conceptions et représentations implicites internes au champ médical, ou importées dans ce champ via ces termes ?

La philosophie, qui fournit une réflexivité sur les concepts, et s'efforce d'en affiner les définitions et les rapports, a tout son rôle à jouer dans l'élucidation des termes dans lesquels nous abordons aujourd'hui la dépression. Elle inclut à ce titre l'histoire conceptuelle qui cherche à élucider les concepts par une reconstitution diachronique de l'évolution des significations engagées par leurs usages, mais ne s'y limite pas. Dans son entreprise plus générale de clarification des concepts, elle cherche aussi, au-delà des usages et des pratiques qui engagent ces concepts, à élucider la nature des phénomènes qu'ils désignent. La philosophie a alors en partie une démarche descriptive, d'explicitation des significations des concepts que ces usages et pratiques recouvrent, et en partie une éventuelle portée normative, à l'égard de ces usages et pratiques, une fois qu'elle a mis à jour des aspects fondamentaux des phénomènes désignés par les concepts en question, et ainsi formulé un ensemble de thèses permettant de fixer de façon cohérente le sens d'un certain réseau de concepts. Ces thèses fondamentales peuvent être de nature ontologique mais aussi épistémologique, éthique... La philosophie les soutient d'arguments à propos de ce que l'on entend le plus fondamentalement par ces concepts, des phénomènes qu'ils visent par-delà leurs ambiguïtés linguistiques et la variabilité de leurs usages. A ce titre, elle pourrait donc fournir une réflexion sur les concepts avec lesquels nous parlons de la dépression, réflexion qui se déroulerait à un niveau fondamental, interrogeant la nature des phénomènes en jeu, et qui aboutirait à clarifier ces concepts et les rapports qu'ils entretiennent, avec une éventuelle portée normative pour les usages que nous en faisons : elle pourrait nous amener à reformuler certains problèmes dans

d'autres termes, transformant ainsi la vision que nous en avons et ouvrant dès lors de nouvelles voies de résolution. Ce travail philosophique consisterait avant tout à poser des problèmes fondamentaux soulevés par les limites des définitions courantes, souvent plurielles, vagues et ambiguës, de ces concepts. Qu'est-ce donc qu'une humeur ? Qu'est-ce que la fatigue ? De quel type d'états subjectifs s'agit-il ? Dans quelle mesure engagent-elles le corps et, respectivement, l'esprit ? Peut-on dès lors les objectiver ? Apprennent-elles quelque chose au sujet sur lui-même ? Comment se prêtent-elles dès lors à une éthique médicale, soit un ensemble de règles pratiques suivant lesquelles le médecin peut en tenir compte ? Poser ces problèmes philosophiques, ces questions fondamentales que la philosophie soulève dans sa démarche réflexive à propos des concepts, permettrait d'approfondir notre compréhension de la dépression et de notre propre manière de l'aborder ; cela aboutirait peut-être à en changer les termes pour mieux les mettre en adéquation avec le phénomène, dont la nature aurait été au moins en partie élucidée dans le cours de ce travail. La philosophie pourrait ainsi apporter à la psychiatrie une définition de la dépression allant au-delà de ses critères cliniques, qui en énoncent des manifestations observables.

C'est d'autant plus le cas que la dépression est un phénomène relevant de la médecine mentale, et que les termes dans lesquels nous l'abordons engagent dès lors des conceptions, des représentations, voire des théories implicites à propos de la nature du mental, de l'esprit, ou plus généralement des phénomènes psychologiques, dont les phénomènes affectifs : autant d'objets privilégiés de la philosophie. C'est parce qu'elle se situe au niveau de réflexion le plus fondamental que l'on puisse avoir sur les concepts à travers lesquels nous abordons le réel ou l'expérience, afin de s'interroger sur l'étoffe même dont sont faits les phénomènes que nous y rencontrons, que la philosophie est le domaine par excellence qui traite de ce type d'objets. Dans le champ contemporain, c'est plus particulièrement le cas de la philosophie analytique de l'esprit : elle part des concepts eux-mêmes se rapportant à l'esprit, au mental, pour en aborder les phénomènes, et elle cherche à clarifier ces concepts, tout en élucidant la nature des phénomènes mentaux, pouvant ainsi être amenée à quitter le plan de l'expérience subjective. Démarche réflexive sur les concepts servant à parler de l'esprit, des phénomènes mentaux au sens large, ou phénomènes psychologiques, dont elle cherche à élucider la nature, la philosophie de l'esprit se donne pour tâche d'élaborer une typologie des états et phénomènes mentaux, en clarifiant les définitions des concepts qui permettent de les désigner, ce qu'elle fait en formulant des thèses à propos de leur nature, de leurs propriétés, des relations qu'ils entretiennent entre eux et avec le corps ou le comportement. Ce genre de

philosophie est donc tout indiqué pour fournir une réflexion fondamentale sur les concepts et les phénomènes qu'engage la dépression. Même si en pratique, la dépression est prise en charge par un médecin généraliste dans bon nombre de cas, elle est dans son fond un problème qui se pose avant tout au psychiatre, étymologiquement le « médecin de l'âme », car elle est supposée être un problème de l'esprit avant d'être un problème du corps. Mais de plus, la façon dont elle s'inscrit également dans le corps conduit à soulever à son propos le problème esprit-corps, ou problème philosophique des rapports entre l'esprit et le corps. Ainsi la nature de cette maladie mentale, des phénomènes qu'elle comporte, indissociablement du sens des termes dans lesquels nous l'abordons, des concepts qui nous servent à la définir et à l'expliquer, pose question d'une manière qui engage des problèmes éminemment philosophiques, puisqu'il s'agit de problèmes ayant trait à l'esprit, à ses rapports avec le corps, à la conscience, aux états mentaux (ou psychologiques), en particulier affectifs, qui sont des objets philosophiques en eux-mêmes.

S'interroger sur ces concepts qui nous servent à parler de la dépression, après avoir clarifié celles de leurs ambiguïtés qui tiennent à une évolution historique de leurs usages, dans la perspective d'élucider la nature des phénomènes qu'ils désignent, apparaît dès lors comme un travail réflexif indispensable en complément de toute enquête scientifique sur ces mêmes phénomènes. Une telle enquête, cherchant en l'occurrence à élaborer un modèle explicatif de la dépression, se déroule en effet par principe en aval du travail philosophique : elle emploie à d'autres fins les concepts que la philosophie se donne au contraire pour fin d'élucider par sa démarche réflexive, en nous renseignant sur la nature des phénomènes qu'ils recouvrent, ce qui détermine le type de connaissance que l'on peut en avoir, et conditionne le travail scientifique lui-même.

Afin de poser une question conceptuelle précise, soulevant, au-delà d'une question d'histoire conceptuelle, des problèmes philosophiques dont la résolution occupera ce travail, je vais présenter la définition clinique de la dépression, point de départ pour aborder ce phénomène. Je montrerai ensuite que cette définition clinique pose une question médicale, celle de la suffisance de ces critères cliniques, question elle-même insoluble en apparence, du fait d'une dépendance réciproque de ces critères cliniques et des recherches scientifiques

⁸ Une proportion significative des dépressions sont suivies uniquement par des médecins généralistes, habilités à prescrire des antidépresseurs, par exemple 24% des épisodes dépressifs sévères en France dans l'enquête Anadep de 2005 (*La dépression en France Enquête Anadep 2005*, p. 84). Sur la prise en charge de la dépression en médecine générale, voire l'enquête historique de Berrios & Callahan, notamment au Royaume-Uni (Berrios & Callahan, 2005).

servant à élaborer des modèles explicatifs, étiologiques ou « étiopathogéniques », de la dépression. La démarche réflexive de philosophie et d'histoire conceptuelle autour d'un concept central, celui d'« humeur dépressive », se présentera alors comme une voie de dépassement de ces rapports circulaires entre critères cliniques et recherches étiopathogéniques : l'interrogation sur le sens de ce concept, dans une perspective d'élucidation de la nature du phénomène en jeu, apparaîtra susceptible d'éclairer d'un nouveau jour la dépression elle-même, objet de ces recherches, en allant au-delà des critères cliniques.

- Qu'est-ce que la dépression cliniquement ?

Les deux principales classifications internationales de la psychiatrie sont le chapitre 6 consacré aux « troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » de la *Classification internationale des maladies* (CIM-11) publiée en 2019 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) publiée en 2013 par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Chacune de ces deux classifications comporte une catégorie « troubles dépressifs »⁹. Le trouble dépressif principal est le « trouble dépressif à épisode unique » dans la CIM-11, ou « trouble dépressif caractérisé » dans le DSM-5. Mais au-delà d'un épisode dépressif, un trouble dépressif peut prendre la forme d'épisodes récurrents, ce qui donne lieu à un diagnostic de « trouble dépressif récurrent » dans la CIM-11, ou encore d'une symptomatologie dépressive persistante, ce qui conduit à un diagnostic de trouble dépressif chronique appelé « dysthymie » dans la CIM-11 et « trouble dépressif persistant » dans le DSM-5¹⁰. Pour caractériser cliniquement la dépression, nous pouvons dans un premier temps

⁹ La CIM-11 et le DSM-5 distinguent les « troubles dépressifs » et les « troubles bipolaires » : seule la CIM-11 les rassemble encore dans une catégorie « troubles de l'humeur », qui était pourtant également présente dans les précédentes éditions du DSM. Le diagnostic d'un trouble bipolaire se fonde sur celui d'au moins un épisode maniaque (ou hypomaniaque) ; cependant ce trouble peut se traduire par une alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs, certaines caractéristiques d'un épisode dépressif pouvant suggérer un trouble bipolaire. Je ne vais pas m'intéresser aux troubles de l'humeur en général, mais uniquement à la dépression, donc laisser de côté les troubles bipolaires, y compris les caractéristiques suggérant un trouble bipolaire en cas d'épisode dépressif caractérisé sans antécédent d'épisode maniaque. La notion de « dépression unipolaire » insiste sur cette distinction.

¹⁰ A ces troubles dépressifs s'ajoutent le trouble dysphorique prémenstruel, le « trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle » dans le DSM-5, le « trouble anxieux et dépressif mixte » dans la CIM-11, le trouble dépressif spécifiquement

nous concentrer sur les symptômes dépressifs, indépendamment des aspects longitudinaux : ces symptômes sont formulés par les critères de l'épisode dépressif dans la CIM-11, qui reprennent largement les critères du « trouble dépressif caractérisé » du DSM-5.

La CIM-11 définit de la façon suivante l'épisode dépressif unique¹¹, définissant le trouble dépressif à épisode unique¹², ensuite spécifié comme léger, modéré ou grave, avec ou sans caractéristiques psychotiques¹³, et « en rémission partielle » ou « en rémission complète » :

« Le trouble dépressif à épisode unique est caractérisé par la présence ou l'antécédent d'un épisode dépressif alors qu'il n'y a pas d'antécédents d'épisodes dépressifs antérieurs. Un épisode dépressif se caractérise par une période d'humeur dépressive ou une diminution de l'intérêt pour les activités se produisant la majeure partie de la journée, presque tous les jours pendant une période d'au moins deux semaines accompagnée d'autres symptômes tels que des difficultés de concentration, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, un désespoir, des pensées récurrentes de mort ou de suicide, des modifications de l'appétit ou du sommeil, une agitation ou un retard psychomoteur et une baisse d'énergie ou une fatigue. Il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes antérieurs, qui indiqueraient la présence d'un trouble bipolaire. » (OMS, CIM-11, 6A70)

Nous voyons que la symptomatologie dépressive s'articule autour de plusieurs grands pôles : un pôle affectif, un pôle somatique, un pôle comportemental (ou « motivationnel »), et un pôle cognitif. Le pôle affectif comporte principalement « l'humeur dépressive », des « sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée », « un désespoir », et la « perte d'intérêt et de plaisir » aussi appelée « anhédonie » dans la littérature clinique. Cette dernière peut également être envisagée comme relevant plutôt d'un pôle somatique qui inclut par ailleurs « des modifications de l'appétit ou du sommeil » et « une baisse d'énergie ou une fatigue ». Un pôle comportemental est présent à travers « une agitation ou un retard psychomoteur ». Enfin un pôle cognitif est constitué de symptômes concernant à la fois les fonctions cognitives (« difficultés de concentration ») et certaines cognitions spécifiques, les

induit par une substance ou un médicament et le trouble dépressif dû à une autre affection médicale dans le DSM-5, la catégorie résiduelle « autre trouble dépressif » dans la CIM-11 et le « trouble dépressif non spécifié » dans le DSM-5.

11 <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f578635574>

12 Le trouble dépressif récurrent est « caractérisé par un antécédent ou au moins deux épisodes dépressifs séparés par plusieurs mois sans trouble significatif de l'humeur » (OMS, CIM-11, 6A71). La « dysthymie » se présente comme un trouble dépressif chronique puisqu'elle « se caractérise par une humeur dépressive persistante (c.-à-d., durant 2 ans ou plus), la majeure partie de la journée, la plupart du temps » (OMS, CIM-11, 6A72). Le « trouble anxieux et dépressif mixte se caractérise par des symptômes à la fois d'anxiété et de dépression la plupart du temps, pendant une période de deux semaines ou plus » (OMS, CIM-11, 6A73), les symptômes dépressifs mentionnés étant principalement l'humeur dépressive et la perte d'intérêt et de plaisir.

13 Les caractéristiques « psychotiques » sont les hallucinations et les idées délirantes.

pensées de mort ou de suicide, auxquelles on peut sans doute ajouter des pensées liées à l'auto-dévalorisation, à la culpabilité ou au désespoir.

La CIM-11 reprend en grande partie les critères du DSM-5¹⁴, qui toutefois définissent directement le « trouble dépressif caractérisé », plutôt qu'un épisode dépressif¹⁵ : les critères du DSM-5 consistent d'une part dans le fait de présenter un certain nombre de symptômes, et d'autre part dans certaines conditions supplémentaires dans lesquelles ces symptômes doivent être observés pour conduire à un diagnostic de trouble dépressif. Le manuel distingue deux critères centraux dont un au moins doit nécessairement être présent pour conduire à un diagnostic : (1) l'humeur dépressive et (2) la perte d'intérêt et de plaisir (ou anhédonie) (Crocq et al., 2015, p. 188). A l'un au moins de ces deux critères doivent s'ajouter au moins quatre symptômes parmi (3) les variations de poids ou d'appétit, (4) les perturbations du sommeil, (5) l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, (6) la fatigue ou perte d'énergie, (7) le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, (8) la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou l'indécision, (9) les pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires ou tentative de suicide ou plan de suicide (Crocq et al., 2015, p. 188). Tous ces symptômes, pour valoir comme critères du trouble dépressif, doivent être réunis depuis plus de deux semaines tous les jours ou presque (Crocq et al., 2015, p. 188). De plus, il faut que « *les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants* » et qu'ils soient pas « *imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale* » (Crocq et al., 2015, p. 188). Ce sont donc à la fois un critère quantitatif, en termes de durée de persistance des symptômes (au-delà de deux semaines), et un critère qualitatif, en termes de préjudice induit par les symptômes, concernant la souffrance ou l'« altération du fonctionnement » (social, professionnel, ou autre), qui doivent s'ajouter aux symptômes pour permettre de poser un diagnostic de trouble dépressif, donc de déclarer un syndrome¹⁶ dépressif « pathologique », au sens de nécessiter une prise en charge médicale.

14 Ce manuel est largement diffusé dans le monde et sert à la fois aux cliniciens à poser le diagnostic, aux chercheurs en sciences cliniques pour réaliser des études étiologiques (« étiopathogéniques ») sur la dépression, et aux chercheurs en épidémiologie pour réaliser des études sur la prévalence de la dépression : malgré les critiques épistémologiques qui lui sont adressées, il sert aujourd'hui de langue internationale à la psychiatrie (Demazeux, 2013; Demazeux & Singy, 2015). Je m'appuierai donc sur cette définition clinique de la dépression pour aborder celle-ci.

15 Notons que dès les éditions précédentes du manuel, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé suffisait de fait à celui d'un trouble dépressif caractérisé.

16 Ensemble de symptômes

Dans les critères cliniques de la dépression dans ces deux classifications internationales, l'humeur dépressive est donc un critère central mais non nécessaire du trouble dépressif, puisqu'un autre critère central¹⁷ est la perte d'intérêt et de plaisir. On peut donc avoir des diagnostics de dépression avec une perte d'intérêt et de plaisir mais sans humeur dépressive ; or nous venons de voir que la perte d'intérêt et de plaisir pouvait être envisagée comme un symptôme « somatique » ou comportemental, davantage que comme un symptôme affectif, ce qui semble remettre en question l'idée que la dépression serait un trouble fondamentalement affectif. Historiquement, c'est pourtant ce qu'elle est : la dépression est en effet apparue dans ces classifications internationales avec la catégorie « troubles dépressifs » dans le DSM-III de 1980 avec pour unique symptôme central et nécessaire cette « humeur dépressive » (Pichot et al., 1983, p. 232). Mais depuis le DSM-III-R de 1987, l'autre critère central de l'épisode dépressif caractérisé est la perte d'intérêt et de plaisir ou anhédonie (Guelfi et al., 1989, p. 250). De plus les troubles dépressifs étaient catégorisés, du DSM-III (Pichot et al., 1983) au DSM-IV-TR (Crocq et al., 2004) comme des « troubles de l'humeur », ou « troubles affectifs », avec les troubles bipolaires, mais cette notion a disparu du DSM-5 au profit de deux catégories distinctes, celle de « troubles dépressifs » et celle de « troubles bipolaires ». Est-ce que la dépression ne serait pas, ou ne serait plus, un trouble de l'humeur, au sens d'un trouble affectif ? Cette évolution reflèterait-elle une évolution de notre définition de ce trouble, qui en serait entièrement tributaire, ou bien une évolution de notre compréhension d'un trouble existant indépendamment de nos critères cliniques, ou encore une évolution du trouble dépressif lui-même, qui pouvait être affectif il y a quelque décennies et qui serait davantage comportemental, somatique ou cognitif aujourd'hui ?

Qu'en est-il dans la pratique psychiatrique ? L'« humeur dépressive » reste en réalité un symptôme distinctif et central de la dépression, dans les représentations comme dans les pratiques des cliniciens, qui dans la plupart des cas ne se réduisent pas à l'application des critères cliniques du DSM. La notion de « trouble de l'humeur » reste en usage à la fois dans la CIM-11¹⁸ et dans le vocabulaire des cliniciens, l'épisode dépressif et l'épisode maniaque étant des « épisodes thymiques », c'est-à-dire des épisodes de perturbation de l'humeur. La dépression et l'épisode dépressif étant ainsi conçus, leur diagnostic concerne largement la

¹⁷ Dans le DSM-5, on dit que ces deux symptômes font l'objet de critères « monothétiques », c'est-à-dire que l'un des deux au moins doit obligatoirement être présent, tandis que les autres symptômes font l'objet de critères « polythétiques » car un certain nombre doivent être présents mais aucun en particulier.

¹⁸ Qui continue de rassembler les deux dans une catégorie « troubles de l'humeur (troubles affectifs) »

persistance d'une « humeur dépressive », symptôme central et distinctif de la dépression, autour duquel s'ordonnent ses autres symptômes, dès lors implicitement conçus comme des manifestations, des effets, des conséquences, ou éventuellement des causes de cette humeur ou de sa persistance. Ainsi, l'entretien psychiatrique pour un suivi d'épisode dépressif (trouble dépressif), tend à s'organiser autour de l'évolution de l'humeur dépressive¹⁹. Le psychiatre demande au patient de décrire son humeur et l'évolution de celle-ci au fil des jours depuis le dernier entretien. Certains patients consignent quotidiennement par écrit l'évolution de leur humeur. Il s'agit pour le patient de situer son humeur par rapport à une « ligne de base », donc d'indiquer si elle a été plutôt basse ou plutôt haute par rapport à un niveau de référence. Ce dernier est identifié par le fait que dans ce cas la personne se sent dans son état habituel, elle se sent « normale », elle se sent « elle-même ». L'entretien psychiatrique se fonde donc sur le « ressenti » du patient pour repérer l'humeur dépressive en tant que symptôme subjectif de l'épisode dépressif. Une humeur dépressive est considérée comme une humeur basse, ce qui correspond à un manque d'énergie, d'entrain, de motivation, d'activité, tout autant qu'à une polarité négative des états affectifs. L'ajustement des médicaments est proposé en réponse à ce que le patient décrit à propos de cette humeur : le psychiatre propose par exemple d'augmenter le dosage de l'antidépresseur si le patient dit se trouver en-dessous de sa ligne de base de façon durable au fil des entretiens, sans qu'une évolution se fasse sentir. Le psychiatre s'efforce d'évaluer l'intensité de la souffrance psychique, ainsi que la présence ou non de tendances suicidaires.

En termes de symptomatologie affective, le psychiatre s'intéresse, outre l'humeur dépressive, d'une part à la sensibilité ou réactivité émotionnelle, et d'autre part à la « labilité des émotions », c'est-à-dire le passage d'un état émotionnel à un autre, qui peut devenir très vif dans certains tableaux dépressifs. Ainsi le psychiatre demande parfois au patient s'il a ressenti des émotions, au cours des jours précédant l'entretien, ou s'il se trouve au contraire dans un état de relative anesthésie ou apathie affective. Dans le cas où le patient a ressenti des émotions, il s'agit de déterminer si les émotions négatives étaient prédominantes, y compris dans des contextes qui n'en justifiaient pas l'intensité. Le psychiatre peut demander si l'irruption de ces émotions était très soudaine, conduisant à un changement très brutal d'état subjectif. Par exemple un patient peut avoir une crise de larmes en voyant tomber des feuilles

¹⁹ Je décris ici l'entretien type pour les patients hospitalisés, tel que je l'ai observé dans un service hospitalo-universitaire spécialisé dans les dépressions résistantes.

mortes, ou se sentir extrêmement triste après avoir une conversation anodine avec un proche au téléphone. Les émotions sont « labiles » si la personne passe par exemple en un instant d'une tristesse diffuse à une gaieté soudaine, sans motif ou du moins sans motif auquel ce changement émotionnel puisse paraître proportionné. Cette « labilité émotionnelle » est considérée comme un indice d'épisode dépressif s'inscrivant plutôt dans un trouble bipolaire que dépressif (Daban & Henry, 2011), au même titre que d'autres indices cliniques comme les antécédents familiaux de trouble bipolaire²⁰.

Lorsque le patient dit se sentir « dans son état normal », ne rapportant pas de baisse ou de hausse excessive ou inexplicable de son humeur, ni de labilité émotionnelle, le psychiatre conclut qu'il y a un retour à l'« euthymie », c'est-à-dire l'absence d'humeur haute ou basse. L'objectif du traitement est de stabiliser le patient dans cet état d'euthymie : il est alors considéré comme sorti de son épisode thymique, ce qui ne veut pas dire qu'il ne continue pas d'avoir ponctuellement des variations d'humeur non problématiques (dont l'intensité et la durée ne causent ni souffrance ni altération du fonctionnement social cliniquement significatives). Le retour d'une humeur durablement basse, déprimée, s'accompagnant de souffrance affective ou d'une gêne dans le fonctionnement social professionnel ou autre, marque en revanche le retour d'un épisode dépressif : si un patient qui continue d'être suivi après un épisode dépressif, rapporte une baisse d'humeur, le psychiatre demande depuis quand elle persiste, et si elle s'accompagne d'autres symptômes de l'épisode dépressif, pour éventuellement conclure à un nouvel épisode dépressif.

Même si elle est un critère clinique non nécessaire de la dépression dans les classifications psychiatriques, l'humeur dépressive reste donc le symptôme central de la dépression. Cependant le fait qu'elle soit un critère non nécessaire de l'épisode dépressif dans la CIM-11, et du trouble dépressif dans le DSM-5 traduit le fait qu'elle n'est pas toujours présente : elle est alors entendue comme un ressenti affectif qui semble être une tristesse diffuse, ou plus généralement une souffrance affective, puisque le DSM-5 l'explicite en disant que la personne « se sent triste, vide, sans espoir », ou « pleure » (Crocq et., 2015, p.188). Les critères cliniques de la CIM-11 et du DSM-5 reflètent donc le fait qu'un tel ressenti, une telle souffrance affective, peut être absente de certains tableaux cliniques dépressifs, alors centrés

²⁰ Mais un trouble bipolaire ne peut être diagnostiqué tant qu'aucun épisode maniaque ou hypomaniaque n'a été diagnostiqué. Il pourra l'être si le patient est amené par des circonstances, ou sous l'effet des médicaments, à prendre un « virage maniaque ».

sur la perte d'intérêt et de plaisir : ces tableaux cliniques peuvent alors être plutôt somatiques et comportementaux, associant par exemple à cette perte d'intérêt la fatigue et le ralentissement psychomoteur, ou bien également cognitifs, associant par exemple la perte d'intérêt et de plaisir, le ralentissement psychomoteur, les difficultés à se concentrer, l'indécision, et des idées de dévalorisation, de culpabilité, ou de mort. La symptomatologie cognitive au sens des cognitions (pensées, idées) négatives, notamment auto-dévalorisantes, semble presque toujours présente. La CIM-10 précisait qu'« *Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères.* » Par ailleurs, l'humeur dépressive et la symptomatologie comportementale et somatique, notamment la perte d'intérêt et de plaisir, loin de s'exclure, sont généralement associées. La CIM-10 ajoutait : « *L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques » par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido.* » Ce caractère polymorphe de la symptomatologie dépressive rend incertaine la nature du trouble, qui pourrait être affective, cognitive, comportementale ou somatique, cette incertitude se nouant autour de l'humeur dépressive, originellement son symptôme central et distinctif faisant d'elle un trouble affectif, un trouble de l'humeur : l'humeur dépressive, entendue comme un symptôme subjectif qui serait un ressenti affectif, une souffrance affective, semble centrale sans être à elle seule distinctive de la dépression, pouvant être absente. Les critères cliniques restent muets sur la relation qu'entretiennent les différents pôles de la symptomatologie, notamment la relation entre cette humeur dépressive et la symptomatologie non affective mais comportementale, somatique et cognitive. Si cela n'empêche pas ces critères cliniques de permettre l'identification d'un syndrome dépressif, ils sont cependant critiqués concernant leur validité à l'égard du diagnostic d'épisode ou de trouble dépressif.

- La question médicale de la suffisance des critères cliniques s'inscrit dans le débat de philosophie de la psychiatrie sur le « pathologique ».

Les critères cliniques contemporains de la dépression dans les classifications internationales sont contestés car ils seraient insuffisants à permettre de départager des cas où ce syndrome serait « normal » de cas où il serait « pathologique »²¹. Autrement dit, ces critères pourraient conduire à surdiagnostiquer la dépression²², car seraient insuffisants à garantir que le diagnostic corresponde toujours à un cas d'épisode dépressif à proprement parler, dans la mesure où celui-ci serait par définition « pathologique ». Un syndrome dépressif « normal » serait un cas où les manifestations observées ne seraient pas des manifestations d'un épisode dépressif à proprement parler (de la dépression en tant que maladie) mais seraient les manifestations d'un épisode affectif non problématique, si ce n'est en termes de souffrance affective, voué à suivre son cours et à prendre fin spontanément, par exemple un épisode de tristesse ou de découragement, réagissant à des circonstances particulières, à des événements de vie adverses. Un syndrome dépressif « pathologique » serait un cas où ces symptômes dépressifs traduiraient un problème d'ordre médical, une maladie, éventuellement causée par un épisode affectif qui aurait mal tourné, consistant en tout cas dans un processus pathogène, morbide, sur le plan psychologique ou biologique. Un présupposé implicite d'un tel questionnement sur les critères cliniques de la dépression est que la médecine ne devrait prendre en charge que les épisodes dépressifs à proprement parler, c'est-à-dire les cas pathologiques, ceux où les manifestations affectives et autres seraient bien des symptômes d'un état problématique, et non tout épisode affectif s'accompagnant de souffrance.

Serions-nous aujourd'hui amenés à prendre en charge médicalement, à travers le diagnostic de « trouble dépressif », de la souffrance affective « normale », sans la distinguer de la dépression en tant que maladie ? Il y a plusieurs raisons pour lesquelles cette distinction a de l'importance si bien que nous ne pouvons pas tout simplement renoncer à l'établir. Premièrement, traiter comme une maladie une souffrance causée par un problème non médical pourrait conduire à ignorer le véritable problème, donc à ne pas chercher à le

21 Comme l'ont montré les travaux de Demazeux (2013), l'évolution du DSM, et à sa suite de la CIM, depuis le DSM-III de 1980, vers une approche descriptive des troubles psychiatriques, qui les définit par listes disjonctives de symptômes aussi objectifs que possible (manifestations observables), a grandement amélioré la fiabilité des critères, c'est-à-dire l'accord interjuges sur le diagnostic, mais peut-être au détriment de leur validité, c'est-à-dire de leur capacité à identifier des maladies, donc à départager des cas « normaux » et « pathologiques » - ce qui cependant reste délicat en l'absence d'une théorie d'arrière-plan sur la nature des troubles psychiatriques faisant l'objet d'un consensus scientifique.

22 Et à surévaluer sa prévalence dans les enquêtes épidémiologiques fondées sur ces critères cliniques, via des questionnaires par exemple.

résoudre, au risque que les causes de la souffrance ne se maintiennent à long terme, qu'il s'agisse d'un problème professionnel, social, interpersonnel ou autre. Deuxièmement, que ce soit en termes d'efficacité dans la résolution du problème ou en termes d'allocation des ressources dont nous disposons collectivement dans une économie, il semble important de distinguer et de réserver à un traitement médical les problèmes véritablement médicaux, la médecine ayant jusqu'ici une vocation plus spécifique que celle de la prise en charge de toute forme de souffrance humaine. Troisièmement, il peut être important pour l'individu comme pour la société de savoir dans quels cas nous avons affaire à des problèmes médicaux, dans quels cas ce sont plutôt des problèmes professionnels ou sociaux, et dans quels cas un problème médical a été induit par un problème d'une autre nature. Enfin, appliquer un traitement médical à de la souffrance non « pathologique », à un épisode affectif « normal », pourrait avoir des effets iatrogènes sur son évolution (Dowrick, 2016).

La question de la suffisance des critères cliniques de la dépression fait dès lors l'objet d'un débat en psychiatrie et en philosophie de la psychiatrie. Ce domaine récent de la philosophie des sciences a émergé au tournant du XXI^e siècle, tout en s'inscrivant dans une tradition philosophique ancienne de réflexion d'une part sur les sciences, d'autre part les rapports de l'âme et du corps, ou de l'esprit et du corps : la philosophie contemporaine de la psychiatrie se consacre non seulement à réfléchir sur la psychiatrie en tant que science (du point de vue de ses objets, de ses questions, de ses méthodes, de ses raisonnements), mais aussi à discuter de la nature des troubles psychiatriques (ou troubles mentaux) en général, et à mettre en relation psychopathologie et philosophie de l'esprit en vue d'élucider certains phénomènes intervenant dans les troubles psychiatriques (Murphy, 2010).

Dans ce champ, Horwitz et Wakefield, psychiatres et philosophes de la psychiatrie dont la carrière s'est déroulée dans le milieu psychiatrique américain ayant élaboré les éditions successives du DSM, critiquent les critères cliniques contemporains de l'épisode dépressif caractérisé : dans le cadre d'une critique plus générale de l'approche descriptive du DSM, ils dénoncent l'insuffisance de cette liste disjonctive de symptômes, ainsi que du critère quantitatif qu'est la durée de présentation de ces symptômes, ramenée à deux semaines dans le DSM-5, pour que le diagnostic soit porté, si ces symptômes entraînent une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autre, cliniquement significative (Horwitz & Wakefield, 2007). Ils affirment que réunir ces symptômes, donc présenter un syndrome dépressif, même pendant deux semaines, en souffrant et en étant altéré dans son fonctionnement, peut se produire aussi bien dans des cas non pathologiques, des cas de

« tristesse normale », que dans des cas pathologiques, qui correspondraient à la dépression à proprement parler. La différence serait que tandis que la tristesse normale aurait des causes identifiables et leur serait proportionnée, la tristesse pathologique ou dépression serait une tristesse sans cause ou disproportionnée par rapport à ses causes, or les critères cliniques internationaux ne permettraient pas en eux-mêmes de faire cette distinction (Horwitz & Wakefield, 2007). Horwitz et Wakefield soutiennent dès lors que le DSM conduit à une « pathologisation » de la tristesse normale, avec pour effet d'augmenter artificiellement la prévalence de la dépression, et de conduire à la prise en charge médicale d'épisodes affectifs normaux, ne relevant nullement d'un trouble psychiatrique (Horwitz & Wakefield, 2007). Mais quand une tristesse est-elle sans cause ou disproportionnée par rapport à ses causes ? La difficulté est que même sans aller jusqu'à nier l'existence des troubles psychiatriques, comme le fit Szasz, affirmant que la maladie mentale est un « mythe », la psychiatrie n'étant que la « médicalisation des problèmes de la vie » (Szasz & Berger, 1975), il est en réalité difficile de distinguer tristesse normale et dépression, comme l'a souligné l'ouvrage collectif récemment codirigé par Wakefield et Demazeux (Wakefield & Demazeux, 2016). Cela est d'autant plus difficile que les facteurs connus de la dépression suggèrent qu'elle survient principalement dans des circonstances de vie difficiles, où il peut être difficile de déterminer si la personne souffre uniquement du fait de ces circonstances, ou si celles-ci ont de plus induit un problème d'ordre médical.

C'est la notion même de « pathologique » qui est en question, lorsque l'on se pose la question médicale de la suffisance des critères cliniques de la dépression pour permettre de la distinguer de formes courantes de souffrance affective. Qu'appelons-nous donc un état « pathologique » ? De plus, à quoi devons-nous appliquer cette notion (des états psychologiques, des comportements, des processus biologiques), et de quelle manière, pour définir la dépression comme un trouble psychiatrique ? La question du « pathologique », en lien avec la définition du trouble psychiatrique, est centrale en philosophie de la psychiatrie. Cette littérature aborde cette notion à partir de deux composantes, une composante descriptive et une composante évaluative. La composante descriptive serait un dysfonctionnement constatable à un niveau explicatif ou un autre, par exemple le niveau psychologique, ou le niveau neurobiologique, ou encore le niveau épigénétique (de l'expression des gènes sous l'effet des facteurs environnementaux). La composante évaluative serait en termes de préjudice induit par le dysfonctionnement, qu'il s'agisse uniquement de souffrance affective, ou bien d'un préjudice relatif à certaines valeurs sociales ou culturelles (le dysfonctionnement

étant considéré comme privant l'individu de certaines choses socialement ou culturellement valorisées), ou encore d'un préjudice plus objectif, en termes de diminution des performances ou capacités de l'individu entraînée par ce dysfonctionnement. Wakefield a ainsi promu une définition du « pathologique » comme concernant des conditions ou des états de l'individu mettant en jeu un « dysfonctionnement préjudiciable », où il conçoit le « dysfonctionnement » relativement aux fonctions adaptatives ou évolutives de nos traits psychologiques ou biologiques, et le préjudice relativement à des valeurs socio-culturelles (Wakefield, 1992a ; 1992b). D'autres philosophes de la psychiatrie, s'opposent à cette conception, défendant par exemple une conception du « pathologique » uniquement en termes de préjudice : selon eux, le dysfonctionnement n'importe pas car une condition préjudiciable devrait être prise en charge par la médecine, qu'elle soit ou non dysfonctionnelle, et inversement une condition dysfonctionnelle ne devrait jamais être prise en charge si elle n'est pas préjudiciable (Cooper, 2014, chapitre 3). Mais de plus, le dysfonctionnement lui-même pose problème, car il convient de le mettre en évidence de manière objective et descriptive, ce qui pour un trouble psychiatrique tel que la dépression n'a rien d'évident à première vue.

En particulier, de quoi la dépression pourrait-elle être un dysfonctionnement et en quel sens ? S'agit-il d'un dysfonctionnement biologique, psychologique ou autre ? Et relativement à quel type de fonction y aurait-il dysfonctionnement ? Wakefield (1992b) définit le dysfonctionnement, dans le cas des troubles mentaux, comme l'échec d'un trait psychologique à remplir sa fonction adaptative. Horwitz et Wakefield (2007) appliquent cette notion à la dépression en la définissant comme une tristesse « pathologique » au sens d'une tristesse échouant à remplir sa fonction adaptative de permettre de se remettre d'une perte subie : la tristesse « pathologique », sans cause ou disproportionnée par rapport à sa cause, par laquelle ils définissent la dépression, est ainsi une tristesse qui échoue à remplir sa fonction de réparation psychologique à l'égard d'une perte subie, cette perte étant sa cause, tandis que la tristesse en général serait un trait psychologique qui aurait été retenu par la sélection naturelle en vue de remplir cette fonction (Horwitz & Wakefield, 2007)

Discuter la pertinence de cette définition de la dépression en tant que trouble psychiatrique, ce serait discuter de la pertinence de lui appliquer une définition du « pathologique » combinant une composante descriptive et une composante évaluative ; ce serait ensuite discuter de la légitimité à concevoir la composante descriptive comme un dysfonctionnement consistant dans le fait qu'un trait psychologique ne remplisse pas sa fonction adaptative ; ce serait enfin discuter de la nature du préjudice à faire entrer en ligne de

compte. Mais toute cette discussion en philosophie de la psychiatrie présuppose un consensus minimal sur ce qu'est la dépression : or si Wakefield tient pour acquis qu'elle est une forme de tristesse, cette définition est loin de faire consensus, dans la mesure où même la nature fondamentalement affective de ce trouble est discutable.

- Un pré-requis qui fait défaut dans le débat de philosophie de la psychiatrie sur le « pathologique » dans la dépression : une objectivation du trouble

Ainsi, la question médicale de la suffisance des critères cliniques de la dépression, centrale à l'égard de ce problème contemporain, s'ancre directement dans le débat de la philosophie de la psychiatrie sur la définition du « pathologique » ; mais ce qui fait défaut à ce débat, dans le cas de la dépression, c'est la conception même de ce trouble. C'est seulement si l'on disposait d'une conception consensuelle de la dépression, d'une description objective unifiée de celle-ci, que l'on pourrait avoir une discussion commune sur la manière dont il convient de lui appliquer une notion de dysfonctionnement ou une notion de préjudice. Or on peut dire que cette objectivation de la dépression fait encore défaut dans la mesure où la nature même du trouble, affective, cognitive, comportementale, ou somatique, reste incertaine. Cette incertitude se traduit au niveau de la clinique par la possible absence de l'humeur dépressive, en tant que souffrance affective, dans le tableau clinique, et se retrouve au niveau des modèles explicatifs, « étiologiques » ou « étiopathogéniques » de la dépression, qui se divisent également sur la place accordée à cette humeur.

La dépression est abordée comme un trouble affectif en psychopathologie (Pasquier, 2012, 2013). L'humeur dépressive et les émotions négatives qu'elle favorise sont au cœur des psychothérapies cognitives les plus récentes centrées sur la régulation des émotions (Hayes et al., 1999, 2004; Mirabel-Sarron, 2012), mais aussi au cœur de plusieurs modèles biologiques, sur le plan neural (Mayberg, 1997; Mayberg & Fossati, 2005), ou sur le plan neurochimique, où l'humeur dépressive serait sous-tendue par des déséquilibres des monoamines (sérotonine, noradrénaline) et serait améliorée par les antidépresseurs ciblant ces derniers (Gauthier et al., 2018; Krebs et al., 2010). Cependant certaines recherches étiologiques sur la dépression ciblent davantage la symptomatologie « somatique », en particulier la fatigue (Bozoky & Corwin, 2002; Demyttenaere et al., 2005), un état inflammatoire qui pourrait sous-tendre ou

induire la dépression (Dinan, 2009; Raison & Miller, 2011), ou encore les perturbations du rythme circadien (Germain & Kupfer, 2008). Enfin la dépression possède historiquement des modèles comportementaux comme celui de Lewinsohn (Lewinsohn, 1974a) ou comme la théorie du « ralentissement dépressif » de Widlöcher (Widlöcher, 1983), des modèles cognitifs et comportementaux comme la théorie de l'impuissance apprise de Seligman (Seligman, 1975) ou la théorie du désespoir d'Abramson (Abramson et al. 1989; Abramson et al., 1995), et enfin des modèles cognitifs comme celui des « distorsions cognitives » de Beck (Beck, 1979) : ces modèles se sont développés en lien avec les thérapies cognitives et comportementales dont l'efficacité de façon générale et en particulier dans la dépression, est aujourd'hui bien établie, et qui conduisent à envisager celle-ci comme un trouble de la régulation des émotions négatives (Mirabel-Sarron, 2011a, 2011b; Mirabel-Sarron & Provencher, 2018).

Lorsqu'une place centrale est accordée à « l'humeur dépressive », on a de la dépression une vision fondamentalement affective qui sous-entend deux choses. D'une part, les autres symptômes de la dépression, cognitifs, comportementaux ou somatiques, dont la multiplicité et la variabilité en font un trouble polymorphe, ne seraient pas en eux-mêmes distinctifs de ce trouble, ou du moins pas à moins d'être associés à une humeur dépressive ; ils en seraient alors la cause ou la conséquence, ne manifestant dans tous les cas la dépression qu'en lien avec cette humeur. D'autre part, cette humeur, en tant que symptôme subjectif de la dépression, serait moins un résidu subjectif à l'égard de critères cliniques contemporains qui se veulent aussi objectifs que possible et se concentrent par conséquent sur des manifestations observables, donc plutôt somatiques ou comportementales, qu'un symptôme inéliminable à l'égard d'un trouble qui ne pourrait se concevoir que comme mettant en jeu une telle expérience subjective affective. Autrement dit, « l'humeur dépressive » serait constitutive de la dépression en tant que trouble affectif, elle en serait la manifestation distinctive, tout en ayant un rôle de cause ou de conséquence à l'égard d'un cortège de manifestations comportementales, somatiques et cognitives.

Mais alors comment rendre compte des tableaux dépressifs apparemment sans humeur dépressive ? Dans les modèles de la dépression qui nient ou remettent en question sa nature de trouble affectif, cette humeur dépressive peut tout de même présente, mais à titre de conséquence secondaire et contingente d'un dysfonctionnement par exemple comportemental ou cognitif. C'est notamment le cas dans les modèles de Seligman (1975), Beck (1979), Abramson (Abramson et al. 1989 ; Abramson et al. 1995) ou Widlöcher (1983). Même si elle

résulte la plupart du temps du problème comportemental et cognitif en jeu, par exemple en tant que souffrance affective intervenant dans des émotions négatives causées par ce problème comportemental ou cognitif, elle peut en droit être absente, ce qui permet à ces modèles de s'étendre à des tableaux dépressifs au moins en apparence sans humeur dépressive. C'est peut-être moins le cas des modèles cognitifs contemporains qui expliquent la dépression par des difficultés de régulation des émotions, et suggèrent que l'humeur dépressive résulte de déficits cognitifs qui gênent la régulation des émotions négatives, et sont entretenus en retour par cette humeur (Mirabel-Sarron, 2012) : la dépression consistant alors fondamentalement dans ce fonctionnement cognitif et affectif problématique, l'humeur dépressive semble en être constitutive, comme conséquence nécessaire, et non contingente, du problème cognitif qui en serait la cause.

L'ensemble des modèles de la dépression s'organise donc autour de l'humeur dépressive en tant que symptôme historiquement central de la dépression, en lui donnant une place variable à l'égard de ce trouble (notamment de manifestation centrale, de cause, de conséquence contingente ou de conséquence nécessaire), selon qu'ils envisagent la dépression comme un trouble fondamentalement affectif, somatique, comportemental ou cognitif.

- Une voie possible de l'objectivation de la dépression : l'élaboration d'une théorie de « l'humeur dépressive » en philosophie de l'esprit

Mais est-ce que concevoir la dépression en donnant une place centrale à l'humeur dépressive, doit nécessairement aboutir à la concevoir comme un trouble affectif qui ne pourrait pas se traduire par des tableaux cliniques sans versant affectif ? En effet qu'est-ce que l'humeur dépressive ? N'aurait-elle pas elle-même non seulement des aspects affectifs mais aussi des aspects somatiques, comportementaux ou cognitifs, susceptibles d'expliquer le reste de la symptomatologie dépressive ? Pourrait-on aller jusqu'à la concevoir sans son versant affectif lui-même ? En effet, à y regarder de plus près, il n'est pas sûr que les humeurs doivent nécessairement être définies uniquement par un aspect affectif à proprement parler, c'est-à-dire un ressenti affectif, une « phénoménologie affective » au sens d'un « effet que cela fait ». En effet une humeur se caractérise aussi par un type de pensées (de cognitions) auxquelles elle dispose, ainsi que par un type de comportement, et peut-être aussi par des manifestations

somatiques, dont elle s'accompagne typiquement : l'humeur dépressive elle-même ne consiste-t-elle pas, à première vue, tout autant dans le fait même d'entretenir un certain type de pensées négatives, auto-dévalorisantes, de manquer de motivation à agir, ou encore de ressentir de la fatigue, que dans le fait d'éprouver un certain ressenti affectif, une certaine souffrance psychologique ou d'autres aspects phénoménologiques ? Même si son versant affectif au sens de sa phénoménologie affective, en est un trait central, l'humeur dépressive ne semble pas s'y résumer. Il faudrait alors déterminer les relations qu'entretiennent ses différents aspects. Son aspect affectif pourrait ne pas être le plus fondamental. Cela pourrait alors rendre compte du fait que la dépression elle-même, tout en faisant intervenir cette humeur de façon centrale, ne soit pas pour autant un trouble fondamentalement affectif, et ne se traduise pas nécessairement par un ressenti affectif, une souffrance affective.

Dès lors, approfondir notre conception de l'humeur dépressive, en connaître la nature, en déterminant la manière dont elle est constituée par ou en relation avec différents phénomènes affectifs, cognitifs, somatiques et comportementaux, pourrait nous permettre de parvenir à l'objectivation de la dépression qui nous fait actuellement défaut. Dans la mesure où l'on pourrait élaborer une théorie philosophique de ce phénomène psychologique qu'est l'humeur dépressive, nous y trouverions une voie d'objectivation de la dépression en partant de l'expérience subjective : cette expérience serait abordée, dans le cadre d'une telle théorie, à un niveau de généralité et d'abstraction suffisant pour permettre l'objectivité sur la nature de ce phénomène.

Or c'est exactement la tâche que se donne la philosophie analytique contemporaine des états affectifs : elle les aborde en effet du point de vue de l'expérience subjective, par opposition à l'étude de leurs corrélats objectifs à proprement parler que sont leurs corrélats neurobiologiques, mais elle le fait à un niveau de généralité et d'abstraction suffisant pour formuler des théories objectives de ces états subjectifs. De plus, elle s'autorise dans certains cas à dépasser le plan de l'expérience subjective pour expliquer les phénomènes qu'elle y rencontre, en les rapportant à diverses causes tout en les articulant avec elles et entre eux, en termes fonctionnalistes, donc par des relations causales. En partant des concepts dans lesquels nous parlons des états affectifs, principalement les émotions et les humeurs, et autres phénomènes affectifs, par exemple les dispositions affectives comme les traits de caractère ou les sentiments, ce domaine de la philosophie analytique opère des distinctions entre ces concepts, qui lui permettent d'élaborer des théories générales des phénomènes qu'ils désignent et des relations qu'ils entretiennent. Cette philosophie formule ainsi des théories de

ce que sont les émotions, les humeurs, les sentiments, les désirs, etc. : ces théories s'affrontent dans un effort d'élaboration d'une théorie des états affectifs s'inscrivant plus largement dans la théorie du mental que cherchent à élaborer les théories de la philosophie de l'esprit. La philosophie des états affectifs cherche ainsi une connaissance fondamentale de la nature de ces phénomènes affectifs, interrogeant en particulier la place que le corps occupe dans les états affectifs, leur caractère intentionnel (c'est-à-dire dirigé vers un objet ou contenu intentionnel), ou encore la manière dont il convient de concevoir leur dimension évaluative. Les théories qui y sont défendues comportent dès lors des thèses ontologiques à propos des états affectifs, mais aussi des thèses à propos de leurs propriétés épistémologiques ou éthiques. Par exemple ces théories débattent pour savoir si les états affectifs consistent le plus fondamentalement dans un état du corps, dans le ressenti d'un état corporel, ou bien dans un ressenti affectif non corporel, et ce en lien ou non avec des états cognitifs. Elles débattent aussi pour savoir si le caractère intentionnel des états affectifs, c'est-à-dire orienté vers un objet ou contenu intentionnel, est un contenu de représentation de ces états affectifs eux-mêmes, ou s'il est le contenu d'états cognitifs ou de perceptions dès lors appelés « base cognitive » ou « base perceptuelle », des émotions ou des humeurs par exemple : ce contenu serait la représentation d'un certain objet, d'un certain état du monde, ou de certaines propriétés affectives ou évaluatives, représentation dès lors susceptible d'être juste ou erronée. Ces théories philosophiques des états affectifs les abordent en termes intentionnalistes mais aussi en termes fonctionnalistes, c'est-à-dire en formulant comme des relations causales les relations que ces états affectifs entretiennent entre eux et avec d'autres états mentaux, des états corporels, des stimuli, des comportements, etc. : elles déterminent ainsi un rôle fonctionnel au sens d'un rôle causal de différents types d'états affectifs. Ces théories peuvent alors avoir une portée normative à l'égard des états affectifs : un état affectif donné qui ne remplirait pas le rôle fonctionnel propre au type d'états affectifs dont il relève serait dysfonctionnel. Si une émotion est caractérisée comme un état affectif ayant un certain type de contenu intentionnel, par exemple certaines propriétés au travers desquelles elle percevrait son objet, alors une émotion pourrait à ce titre être juste ou erronée, selon que son objet posséderait effectivement ou non ces propriétés. Par exemple, on peut penser à une peur irrationnelle à la vue d'un animal inoffensif comme représentant de manière erronée son objet, cet animal : avec la propriété d'être dangereux, alors qu'il ne l'est pas.

La philosophie analytique contemporaine des états affectifs apparaît dès lors être à même de fournir les moyens d'une objectivation de la dépression, qui fait précisément défaut

à la philosophie de la psychiatrie pour débattre de la question du « pathologique » : elle pourrait nous permettre d'en élaborer une conception, une théorie, qui nous apprendrait notamment si elle est ou non un trouble affectif. Il faudrait alors commencer par élaborer une théorie de l'humeur dépressive. En déterminant la nature et le rôle fonctionnel de cet état affectif, une telle théorie nous permettrait de voir s'il est ou non possible qu'il tienne également un rôle central dans la dépression lorsque les aspects affectifs en sont apparemment absents. Nous pourrions ainsi parvenir à objectiver la dépression sur le plan de l'expérience subjective, en partant de son versant affectif dont la place pose question de façon centrale quant à la nature de ce trouble. Nous verrions alors en quel sens et de quelle manière la dépression peut être « pathologique », en voyant par exemple quel type de dysfonctionnement et quel type de préjudice elle est susceptible de faire intervenir. Cette théorie de la dépression se présenterait comme un fondement conceptuel et normatif aux critères cliniques de la dépression, ainsi qu'à leur mobilisation dans le cadre des recherches élaborant des modèles étiologiques ou étiopathogéniques de la dépression. Le travail philosophique de clarification du concept d'humeur dépressive et, indissociablement, d'élucidation du phénomène en question, aurait ainsi pleinement rempli sa tâche de fournir une réflexion fondamentale permettant de sortir d'un usage circulaire de concepts non réfléchis entre clinique et modèles étiologiques. C'est en effet de cette circularité que résulte la difficulté à déterminer ce qu'est la dépression en tant que trouble psychiatrique, ce qu'il peut y avoir de « pathologique » dans un phénomène dont la nature même reste indéterminée.

- Un préalable à l'élaboration d'une théorie de « l'humeur dépressive » en philosophie de l'esprit : la clarification du concept lui-même par de l'histoire conceptuelle

L'élucidation de la nature et des propriétés des états affectifs, en philosophie des états affectifs, dans la mesure où elle part des concepts servant à désigner ces états, est en partie tributaire de la variabilité historique du sens de ces concepts, liée à l'évolution de leurs usages. En supposant qu'il existe un phénomène affectif atemporel qui serait ce que nous appelons aujourd'hui « l'humeur dépressive », dont la philosophie de l'esprit pourrait nous fournir une théorie, les termes désignant ce phénomène ont pu varier historiquement. Or cette variabilité historique a pu laisser des traces, sous forme d'une pluralité d'acceptions de cette notion, ou de connotations dont elle serait chargée uniquement dans certains contextes. Cela

crée une première épaisseur d'ambiguïté à propos de ce que ce terme désigne, ambiguïté tenant uniquement au sens du concept, indépendamment de la deuxième épaisseur d'ambiguïté qui touche à la nature même du phénomène concerné. Dès lors, un préalable au travail d'élucidation de la nature de ce phénomène, qui est celui de la philosophie des états affectifs, serait un travail de clarification du concept lui-même, pour écarter certaines de ces acceptions et connotations, et bien s'entendre sur le phénomène que nous cherchons à élucider : ce premier travail de clarification conceptuelle serait alors celui d'une histoire conceptuelle, portant en l'occurrence sur le réseau de concepts ayant servi à désigner le versant affectif de la dépression.

Si l'on entend par « humeur dépressive » le versant affectif de la dépression, ou d'un état dépressif, ce dernier n'a pas toujours été désigné par ce terme, puisque la notion d' « état dépressif » est apparue en psychiatrie bien avant celle d' « humeur dépressive ». Dans la clinique française, la notion d' « état de dépression » ou d' « état dépressif » apparaît ainsi au XIX^e siècle dans l'aliénisme, tradition médicale qui ne fait que préfigurer la psychiatrie telle que nous la connaissons. La notion d' « humeur dépressive » apparaît au XX^e siècle, lorsque la psychiatrie est déjà instituée en tant que branche de la médecine contemporaine et prend une orientation de plus en plus biologique au niveau des traitements qu'elle met en œuvre, de ses théories des troubles mentaux, et de la conception générale qu'elle en a : la notion d'humeur est alors mobilisée en raison de sa double connotation psychologique et biologique. Mais les termes qui permettaient de désigner le versant affectif des états dépressifs, soit le phénomène dont nous voudrions élucider la nature, avant le terme d' « humeur dépressive », mettaient en lumière des aspects que cette notion dissimule : il pouvait s'agir par exemple d' « abattement », d' « accablement », de « stupeur », de « douleur morale », ou encore d' « ennui morbide ».

Inversement, la notion d' « humeur dépressive » est chargée de certaines connotations, particulièrement celle d'un état indissociablement psychologique et biologique, ou affectif et somatique, notamment dans le contexte de la psychiatrie française où elle est encore empreinte de l'acception spécifique que lui avait conférée Jean Delay. Ce dernier avait défini « l'humeur » comme une « *disposition affective fondamentale* » indissociable de ses corrélats neurobiologiques supposés, à savoir le « *cerveau thymique* » : la dépression était alors envisagée comme un « *dérèglement de l'humeur* » au sens d'une perturbation de cette disposition du fait d'une perturbation de ses corrélats neurobiologiques, responsable tout autant de la symptomatologie somatique, cognitive et comportementale, que de la

symptomatologie affective de la dépression²³ (Delay, 1946). Or c'est une telle conception de l'humeur, associée à l'hypothèse étiologique d'un mécanisme neurobiologique défaillant, qui aurait présidé à l'influence de la psychiatrie française sur la définition de la dépression comme un « trouble de l'humeur » lorsque cette nouvelle catégorie de trouble psychiatrique est apparue dans les classifications internationales, notamment dans le DSM-III de 1980 (Haustgen & Masson, 2018). Dans la psychiatrie contemporaine, la notion d'« humeur » semble s'être peu à peu départie de cette acception spécifique : elle désigne plutôt, de façon plus proche du sens commun, un état affectif prolongé ou diffus. Ainsi l'humeur est conçue par les psychiatres comme « *un état affectif qui bouge lentement sur un ou deux jours, et faiblement lié à des objets ou situations spécifiques* » (Mirabel-Sarron, 2012, p. 41) contrairement aux émotions qui sont « *des réactions adaptatives, rapides, qui interviennent en réponse à de multiples stimuli spécifiques.* » (Mirabel-Sarron, 2012, p. 41). Mais pour certains psychiatres, particulièrement en France, elle reste associée à la thèse étiologique d'un dérèglement neurobiologique, qu'ils cherchent à ajuster par les thérapies médicamenteuses. Cela va alors dans une certaine mesure de pair avec une conception de l'humeur comme indissociablement affective et somatique : c'est le sens de la notion d'« épisode thymique » qui reste définitoire des épisodes dépressifs autant que maniaques.

Enfin, dans la psychiatrie contemporaine, lorsque l'humeur dépressive n'a pas particulièrement cette acception, elle est souvent conçue comme une forme diffuse de tristesse. Le DSM-5 parle d'une « *humeur dépressive [...] signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure)* » (Crocq et al., 2015, p. 188), ce qui évoque la tristesse. Cependant le « vide » pourrait plutôt correspondre à un vide affectif et l'absence d'espoir à du découragement ; de plus ce sont là des exemples de ce que la personne peut exprimer. Le DSM-III, la décrivait comme une humeur dysphorique « *caractérisée par des symptômes tels que les suivants : déprimé, triste, cafardeux, sans*

²³ La notion de « trouble de l'humeur » ou « trouble thymique », est ainsi en partie issue des travaux de Jean Delay. Delay, qui avait fait une psychanalyse mais rejetait cette approche, s'efforçait visiblement de biologiser, et ainsi d'objectiver, à travers sa notion d'humeur, la notion d'« affect » issue de la psychanalyse freudienne dans laquelle elle « *combine à la fois une décharge quantitative de la pulsion et son retentissement dans la conscience* », ce qui « *chez Freud lui confère une autonomie psychique réelle au point qu'il peut se déplacer comme à sa guise, en se combinant à toutes sortes de représentations éloignées les unes des autres* », expliquant que « *les symptômes bizarres de l'hystérie, de l'obsession, des phobies, où l'on ne comprend pas pourquoi telle ou telle idée, souvent anodine, est à ce point « surinvestie » affectivement* » (Castel in Corbin et al., 2021, p. 423-445). « L'humeur », objectivation biologique de « l'affect », a ainsi permis à la psychiatrie de concevoir la dépression comme un trouble fondamentalement biologique en même temps qu'affectif, ce que recouvrent les notions de « trouble de l'humeur » et d'« épisode thymique », qui ne mettent la symptomatologie affective au cœur du trouble que pour suggérer son étiologie biologique.

espoir, au bout du rouleau, irritable » (Pichot et al., 1983, p. 232), ce qui ne la limitait pas à une forme de tristesse. Si « l'humeur dépressive », en tant que critère clinique, semble donc plutôt concentrer toute la symptomatologie affective de la dépression au sens d'une gamme variée d'émotions négatives s'accompagnant de souffrance affective, la tristesse en est peut-être la plus emblématique, d'où l'usage courant de l'expression « humeur dépressive » pour désigner une humeur triste. Un regard sur l'histoire de la dépression suggère une explication plausible de l'assimilation partielle de l'« humeur dépressive » à une tristesse diffuse : la dépression se présente comme l'héritière partielle de la mélancolie, c'est-à-dire qu'elle l'a remplacée dans les classifications de la psychiatrie sans toutefois correspondre exactement au même trouble mental. Dès lors, si la tristesse était le trait central de la mélancolie, qui pouvait même désigner simplement cette émotion, en dehors du contexte médical, il semble plausible que la tristesse ait été mise au premier plan de la caractérisation clinique de la dépression. Mais le versant affectif des états dépressifs, que désigne plus spécifiquement la notion d'« humeur dépressive » ne semble pourtant pas se limiter à cette émotion, ce que pourrait confirmer une histoire de sa caractérisation clinique.

Ainsi nous voyons qu'un travail d'histoire conceptuelle, permettant de dégager différentes acceptions et connotations liées à des contextes spécifiques, de la notion d'« humeur dépressive », pourrait nous permettre de dissiper certaines ambiguïtés de ce concept héritées de son histoire. Ce travail serait un préalable à l'élaboration d'une théorie de l'humeur dépressive en philosophie des états affectifs, cette théorie abordant ce concept uniquement au sens du versant affectif de l'état dépressif, afin d'élucider la nature de ce phénomène-là : les distinctions conceptuelles formulées par une telle théorie à propos de « l'humeur dépressive », pour l'inscrire dans une théorie plus générale du mental, pourraient ainsi viser directement ce phénomène, sans risquer de pouvoir être remises en cause au vu d'acceptions et de connotations alternatives du concept lui permettant de désigner, dans certains contextes, d'autres états affectifs, par exemple la tristesse. Ce travail en philosophie de l'esprit bénéficierait également de l'apport de l'histoire conceptuelle dans la mesure où les termes ayant servi à désigner ce même phénomène par le passé, s'inscrivant dans d'autres réseaux conceptuels sous-tendus par d'autres conceptions du mental ou de l'affectivité, pouvaient en éclairer d'autres aspects.

- Problématique et méthode

Au vu de l'éclatement des modèles explicatifs et des stratégies thérapeutiques de la dépression, que l'on peine à intégrer dans une vision cohérente de ce trouble psychiatrique, et *a fortiori* de sa nature, il semble difficile de lui appliquer un critère du « pathologique » en vue de résoudre la question médicale de l'insuffisance de ses critères cliniques. Cet éclatement reflète celui des symptômes de la dépression, tout autant somatiques, comportementaux ou cognitifs qu'affectifs. C'est le cas de son symptôme central lui-même, l'humeur dépressive, notion ambiguë à la charnière entre le corps et l'esprit, phénomène qui semble tout autant pouvoir être caractérisé par un simple ressenti affectif diffus que par des effets distinctifs sur les états mentaux et le comportement, voire des manifestations somatiques. Si les critères cliniques de la dépression sont le point de départ des recherches étiologiques, au sens où celles-ci présupposent des diagnostics valides de dépression, ces critères semblent ne pouvoir être améliorés en retour que grâce à l'avancée des travaux scientifiques cherchant à élaborer un modèle étiologique de la dépression. Nous pourrions remédier à cette circularité en cherchant à objectiver la dépression, au-delà de ses critères cliniques, en déterminant de quelle manière elle peut être pathologique, donc porteuse de dysfonctionnement ou de préjudice, ce qui présuppose de l'avoir tout d'abord correctement décrite en articulant ses différents aspects. Dans cette perspective, même si l'humeur dépressive n'est pas nécessaire au diagnostic de trouble dépressif dans les critères cliniques internationaux contemporains, nous interroger en priorité sur ce symptôme central serait un bon de départ, puisque cela consisterait à partir du point central de dissension des modèles : celui de la nature fondamentalement affective ou non de la dépression.

La question conceptuelle centrale que je voudrais poser à propos de la dépression est donc la suivante : qu'est-ce que l'humeur dépressive, à l'égard de la dépression ?

Cette question soulève trois grands ordres de problèmes philosophiques à propos de la dépression : le problème de la nature, notamment affective ou non, de ce trouble, celui du type de phénomène affectif que serait l'humeur dépressive, en tant que versant affectif de l'état dépressif, et le problème de l'application d'un critère du « pathologique » à un état dépressif caractérisé de façon centrale par cet état affectif.

Premièrement il y a une difficulté à cerner la nature exacte de la dépression, entre trouble affectif, somatique, cognitif ou comportemental. Historiquement se sont succédé des modèles explicatifs de la dépression qui mettent l'un ou l'autre de ces pôles au cœur de sa

conception. L'humeur dépressive elle-même est à première vue un état ou une disposition affective, mais elle pourrait aussi avoir un versant somatique, ou un versant cognitif et comportemental, ou encore avoir des relations fonctionnelles avec des aspects somatiques, cognitifs ou comportementaux. Dans ce cas, mettre en évidence ces versants ou ces relations fonctionnelles, serait un préalable pour identifier la place de l'humeur dépressive dans la dépression, et la nature de cette dernière. Ainsi par exemple si l'humeur dépressive est un état affectif avec un versant somatique et des effets spécifiques sur la cognition et le comportement, alors la dépression pourrait être un trouble affectif consistant dans une version atypique de cet état affectif, avec des symptômes somatiques, cognitifs et comportementaux, ou alors être un trouble cognitif et comportemental causé par cet état affectif, ou encore un trouble somatique causé par la persistance de cette humeur.

Deuxièmement il y a une difficulté à déterminer quel type de phénomène affectif est l'humeur dépressive. Dans l'entretien psychiatrique, elle peut être identifiée à la polarité positive ou négative des états affectifs. Mais elle peut aussi être assimilée à un état affectif global, incluant une pluralité d'états affectifs, ou encore à un état affectif spécifique sous une forme prolongée et diffuse, par exemple de la tristesse ou du découragement. Elle pourrait aussi être une disposition affective, et dans ce cas disposer à un seul type d'état affectif, par exemple un seul type d'émotion comme la tristesse, ou bien être une disposition à une pluralité d'états affectifs, par exemple une diversité d'émotions. Elle pourrait aussi relever d'un type *sui generis* d'états affectifs, les humeurs, dont une définition consensuelle fait à première vue défaut si l'on ne les définit pas simplement comme des émotions diffuses. Cette difficulté à déterminer le type de phénomène affectif qu'est l'humeur dépressive, découle clairement directement du manque d'une définition de cette humeur, mettant en jeu la question de son rôle fonctionnel : spécifier si l'humeur dépressive est une polarité affective, un état affectif global, un état affectif spécifique ou encore une disposition affective irait de pair avec une caractérisation de ce rôle fonctionnel, propre à chaque type de phénomène affectif. Ce problème suppose clairement d'aller au-delà des critères cliniques, en même temps qu'il met sur la voie d'une objectivation de la dépression.

Troisièmement, il y a une difficulté à déterminer une ligne de démarcation entre des états dépressifs « normaux » et « pathologiques », à cerner la dépression en tant que « maladie ». Or préciser la définition de l'humeur dépressive et son rôle fonctionnel pourrait permettre de déterminer ce qui distingue une humeur dépressive qui se présente sous une forme courante, banale, non « pathologique », d'une telle humeur lorsqu'elle s'inscrit dans un

état dépressif « pathologique ». Si on fait l'hypothèse qu'un tel état se compose d'une humeur dépressive, mais aussi de diverses émotions et perturbations somatiques, cognitives et comportementales, alors élucider le rôle fonctionnel de l'humeur à leur égard devrait permettre de déterminer sa place dans un état dépressif global. Cela pourrait permettre de répondre à la question de si et comment elle peut induire un tel état, et de ce qui peut rendre un tel état « pathologique » et en quel sens, au-delà du préjudice dont il s'accompagne. En effet, comment passe-t-on d'une humeur dépressive courante, « normale », d'un « coup de blues » passer tel que tout un chacun peut en faire occasionnellement l'expérience, à la dépression à proprement parler ? Si cette humeur elle-même est de la même nature sous une forme courante et lorsqu'elle s'inscrit dans une dépression, la différence serait que dans la dépression elle s'accompagne d'un cortège de symptômes qui en sont des manifestations, des effets ou des conséquences problématiques. Il semble alors que l'humeur dépressive induise un état dépressif global, incluant des éléments affectifs (émotions négatives), cognitifs (pensées pessimistes ou auto-dévalorisantes) ou comportementaux (perte de motivation à agir). Une théorie objective de cet état dépressif, grâce à une théorie de l'humeur dépressive elle-même et de son rôle fonctionnel, pourrait nous permettre de déterminer ensuite en quel sens il pourrait être dysfonctionnel ou préjudiciable.

La méthode que je vais mettre en œuvre pour traiter ces problèmes philosophiques combine l'histoire conceptuelle et l'analyse conceptuelle.

Compte tenu de la singularité de l'acception de « l'humeur » dans le contexte de la psychiatrie, je vais, dans une première partie, retracer l'émergence de « l'humeur dépressive » comme symptôme central de l'épisode dépressif, en même temps que la « dépression » est apparue, comme catégorie de la psychiatrie remplaçant la « mélancolie ». La notion d'humeur ayant été introduite en raison de sa double connotation psychologique et biologique, dans le contexte d'une orientation biologique de la psychiatrie, datant des années 1930, je vais aussi m'intéresser aux autres termes dans lesquels le versant affectif des états dépressifs a été décrit antérieurement. La tristesse, le découragement, mais aussi d'autres états affectifs, ont notamment été décrits, dans les rapports complexes qu'ils entretenaient pour constituer un versant affectif des états dépressifs, par les aliénistes, précurseurs de la psychiatrie telle que nous la connaissons. Je vais donc entreprendre une enquête historique retraçant une histoire de la dépression, depuis la première mise en évidence d'états dépressifs par les aliénistes

français dans le cours de la mélancolie, jusqu'à aujourd'hui, où la dépression a éclipsé la mélancolie dans les classifications psychiatriques et est considérée comme un trouble mental à part entière. Je m'inscrirai ici dans une littérature déjà existante d'histoire et d'histoire conceptuelle de la dépression et de la mélancolie (Callahan & Berrios, 2005; Ehrenberg, 2008; Jackson, 1986; Klibansky et al., 1989; Minois, 2003; Radden, 2009). Dans cette enquête je me concentrerai sur le versant affectif de la dépression, pour identifier en détails les états affectifs dans lesquels il consiste, et situer la notion d'humeur dépressive par rapport à ce versant affectif. Cette histoire conceptuelle me permettra déjà d'apporter quelques éléments de clarification à propos de ce que nous appelons aujourd'hui « l'humeur dépressive » : je vais chercher à caractériser de façon détaillée, à travers un corpus de textes cliniques, le versant affectif de la dépression, mais aussi à dégager les conceptions successives que les aliénistes et les psychiatres en ont eues, ainsi que de son statut à l'égard de la dépression, qu'ils aient fait ou non appel à la notion d'humeur. Cela me permettra non seulement d'élucider le sens clinique originel de cette notion, mais aussi de cerner les enjeux du statut qui lui est donné dans la dépression, concernant la nature de celle-ci, comme plutôt affective, plutôt somatique, ou plutôt cognitive et comportementale, et concernant le passage à la pathologie.

Dans une seconde partie, je pourrai alors me tourner vers les sciences cliniques contemporaines et la philosophie contemporaine des états affectifs pour faire un travail d'analyse conceptuelle visant à élaborer une théorie philosophique de l'humeur dépressive : celle-ci, à partir d'une explicitation de ce que les sciences cliniques entendent par « humeur dépressive », il s'agira donc d'aboutir à une représentation de ce phénomène, allant au-delà de ses manifestations et effets. Mon point d'entrée dans la clinique sera constitué de deux ouvrages de référence sur la dépression en français, à destination des cliniciens (Bellivier & Haffen, 2018; Goudemand, 2010) ainsi qu'un ouvrage récent de synthèse des recherches sur l'humeur dépressive intitulé « de l'humeur normale à la dépression » (Laurent & Vandell, 2016). A partir de ces ouvrages et d'études en sciences cliniques, je caractériserai l'humeur dépressive, par sa phénoménologie affective distinctive mais aussi par ses autres manifestations et ses effets au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux. En m'appuyant sur cette caractérisation je mènerai un travail d'analyse de la notion, pour proposer une théorie de cet état affectif après avoir arbitré entre les différentes théories des humeurs en philosophie contemporaine des états affectifs. Ces diverses théories des humeurs sont en désaccord sur le statut de ces états affectifs, par

exemple pour savoir s'il s'agit d'un sous-type d'émotion (DeLancey, 2006), d'états affectifs non intentionnels (Nussbaum, 2003), d'états affectifs intentionnels car percevant un état du corps, mais a-rationnels ou irrationnels, ne répondant pas à des raisons, contrairement aux émotions (Deonna & Teroni, 2009; Deonna & Teroni, 2012), ou encore d'états affectifs intentionnels et répondant à des raisons, dans la mesure où ils perçoivent des propriétés virtuelles, susceptibles d'être instanciées dans notre environnement (Tappolet, 2018).

La troisième partie s'inscrira dans la littérature en philosophie de la psychiatrie contemporaine qui s'interroge sur les critères et la nature des troubles psychiatriques (Bolton, 2008; Cooper, 2014; Murphy, 2010). Je montrerai que l'on peut appliquer une définition existante du « pathologique », celle de Nordenfelt (2000), à l'état dépressif induit par une humeur dépressive pour proposer une théorie de la dépression en tant qu'état dépressif « pathologique » en ce sens. Je combinerai donc une théorie de l'humeur dépressive issue de la philosophie contemporaine des états affectifs et ce critère du « pathologique » issu de la philosophie de la psychiatrie pour proposer une objectivation de la dépression. Pour cela, je mettrai d'abord en œuvre la théorie de l'humeur dépressive proposée dans la seconde partie pour expliquer comment cette humeur peut induire un état dépressif plus global. Je montrerai ensuite comment on peut adapter la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000) à cet état dépressif. Après élaboration de cette théorie de la dépression, j'indiquerai en quoi elle constitue une objectivation de la dépression qui peut être utile d'une part à la clinique et d'autre part aux recherches étiopathogéniques sur la dépression : je montrerai comment elle permet d'expliquer l'efficacité et l'intérêt des différents types de psychothérapies existantes, et je la situerai par rapport aux différents types de modèle étiologiques de la dépression.

Cette méthode doit me permettre de faire des contributions spécifiques, respectivement à l'histoire conceptuelle de la psychiatrie sur la notion de dépression, à la philosophie analytique contemporaine des états affectifs sur la notion d'humeur, et à la philosophie de la psychiatrie contemporaine sur la notion de trouble psychiatrique, appliquée à la dépression. Grâce au dialogue entre ces différents domaines, il s'agit de les enrichir réciproquement. Surtout, ce travail vise à un enrichissement réciproque entre philosophie et psychiatrie, en fournissant sur le concept psychiatrique d'« humeur dépressive », le type de réflexion fondamentale que la philosophie se donne pour tâche : une clarification du concept et de la nature du phénomène en jeu, en l'occurrence guidée par les pratiques liées à ce concept, tout autant qu'elle espère pouvoir les éclairer en retour.

Première partie : de la tristesse du mélancolique à l'humeur dépressive

Dans cette première partie, je vais retracer la manière dont la psychiatrie a constitué « l'humeur dépressive » comme objet clinique, symptôme de la dépression, en dégagant les conceptions successives que les psychiatres en ont eu. La psychiatrie a vu, au cours de son histoire, ses catégories cliniques être constamment remises en question sur fond d'une variété d'arrière-plans théoriques eux-mêmes en évolution : c'est particulièrement le cas des troubles affectifs, notamment la mélancolie puis la dépression, sur fond de conceptions variables des états affectifs et de l'affectivité en général. La dépression a été produite en tant que catégorie de la nosologie par unification de différents types d'états dépressifs autour d'un symptôme central, l'humeur dépressive, au cours des années 1960-1970 (Hum et al., 2010). Le distinguo ambigu entre dépression et humeur dépressive a-t-il cependant toujours existé ? Comment ces notions ont-elles été élaborées ? Pour répondre à ces questions, je vais reconstituer la mutation progressive, à travers les décennies, d'un réseau de concepts concernant l'affectivité et les troubles affectifs en psychiatrie, réseau au sein duquel la notion d'humeur dépressive apparaît dans les années 1940 à un moment historique précis, à savoir après le « tournant biologique » (Missa & Buser, 2006) pris par la psychiatrie dans l'entre-deux-guerres. D'autres termes servaient jusque-là à décrire le versant affectif des « états de dépression » depuis la caractérisation de ces derniers par les aliénistes au XIX^e siècle.

Mon travail va s'inscrire dans un ensemble de travaux consacrés à l'histoire de la dépression, de son ancêtre, la mélancolie, et du passage de l'une à l'autre. Les travaux portant sur la mélancolie retracent son origine dans l'Antiquité, comme maladie de la « bile noire », ce que signifie son étymologie, dans le cadre de la médecine des humeurs fondée par Hippocrate. Les principaux travaux sont l'ouvrage majeur *Saturne et la mélancolie* de Klibansky, Panofsky et Saxl²⁴, le travail classique intitulé *Melancholia and depression* du psychiatre et historien de la médecine anglais Jackson, *L'Encre de la mélancolie* qui rassemble vingt années d'écrits en français de Starobinski sur le sujet, *Moody mind distempered*, son pendant américain qui est la somme des travaux de Radden sur le sujet, ainsi que *l'Histoire du mal de vivre* de l'historien français Georges Minois²⁵ (Jackson, 1986;

24 Publié en anglais une première fois en 1964 mais issu de travaux commencés en allemand dans les années 1920 avant que l'arrivée au pouvoir d'Hitler ne contraigne ces historiens à l'exil.

25 Ces historiens retracent les figures successives de la mélancolie : les maladies de la bile noire dans la médecine grecque des humeurs (Jackson, 1986; Klibansky et al., 1989; Starobinski, 2012), le *taedium vitae* qui crée une vague de suicides dans

Klibansky et al., 1989; Minois, 2003; Radden, 2009; Starobinski, 2012). L'ouvrage de Klibansky, Panofsky et Saxl retrace dans un premier chapitre l'émergence de la mélancolie dans les textes des savants, philosophes et médecins, de l'Antiquité jusqu'à la fin du Moyen-Âge : ils montrent que la notion oscille entre un tempérament déterminé par la « bile noire » dans la médecine antique grecque, entretenant parfois des affinités avec le talent littéraire ou artistique, et une maladie entraînée par un excès de ce fluide et d'autres facteurs mis en correspondance avec lui, comme l'influence de certains astres. Les trois autres parties sont consacrées à la mélancolie dans la littérature et les arts. Le deuxième chapitre s'intéresse à la figure de Saturne, qui était mise en correspondance par la pensée analogique avec le tempérament mélancolique, dans la littérature et la peinture antiques et médiévales, et en était donc une allégorie. Le troisième chapitre s'intéresse d'une part aux représentations poétiques et picturales de la mélancolie comme humeur subjective qui serait « une tristesse sans cause » et à ses allégories féminines à la fin du Moyen-Âge, et d'autre part à la glorification de la mélancolie en lien avec l'émergence de la figure du génie artistique et littéraire à la Renaissance italienne, notamment dans le néo-platonisme florentin de Marsile Ficin et la gravure de Dürer (Klibansky et al., 1989). Les travaux postérieurs à cet ouvrage retracent une histoire de la mélancolie qui se termine par son remplacement par la dépression dans la nosologie psychiatrique au cours du XX^e siècle.

La mélancolie en était une catégorie depuis l'aliénisme français, précurseur, au XIX^e siècle, de la psychiatrie à proprement parler, apparue quant à elle au tournant du XX^e siècle comme branche de la médecine se consacrant aux maladies mentales dans les différents pays européens et aux Etats-Unis. La catégorie contemporaine de « troubles dépressifs », n'est que partiellement l'héritière de la mélancolie (Radden, 2009; Starobinski, 2012). Si la mélancolie

la Rome du I^{er} siècle après JC (Minois, 2003), la survivance de la notion grecque de mélancolie, au sein d'un système de quatre tempéraments déterminés par les humeurs au Moyen-Âge (Klibansky et al., 1989), l'*accidia* et la *tristitia* chez les nonnes et les moines chrétiens, parfois interprétées en termes de possession démoniaque, comme sous la plume de Sainte-Thérèse d'Avila au XVII^e siècle (Jackson, 1986; Minois, 2003; Radden, 2009), l'humeur mélancolique de la Renaissance, qui fait alors l'objet d'interprétations métaphysiques autour du saturnisme de Marsile Ficin, mais aussi d'explications médicales exposées par Robert Burton dans son *Anatomie de la mélancolie* de 1621 (Jackson, 1986; Minois, 2003; Radden, 2009; Starobinski, 2012), le développement des explications médicales en termes de chimie et de physique plutôt que de théorie humorale au XVII^e et XVIII^e siècles (Jackson, 1986), l'expression artistique de la subjectivité mélancolique dans le romantisme de la fin du XVIII^e siècle (Minois, 2003), le nihilisme du XIX^e siècle de Kierkegaard, Schopenhauer et Nietzsche à Baudelaire (Minois, 2003; Starobinski, 2012), la mélancolie traitée par le traitement moral des aliénistes (Starobinski, 2012), celle que Freud élabore comme un trouble indissociablement affectif et délirant, un trouble narcissique organisé autour d'une perte, d'un deuil impossible, en même temps que Kraepelin construit sa « psychose maniaque-dépressive » comme un trouble avant tout affectif, dont une forme est l'état dépressif comme ensemble de symptômes affectifs, végétatifs et comportementaux (Jackson, 1986; Radden, 2009) et enfin la dépression de la deuxième moitié du XX^e siècle (Jackson, 1986; Minois, 2003; Radden, 2009).

a pu désigner au cours des siècles une importante variété de conditions, allant du simple mal de vivre à des psychoses sévères, elle est initialement, chez les aliénistes, un délire, donnant lieu à des hallucinations, ou de la paranoïa ; en revanche ce n'est généralement pas le cas de la dépression telle qu'elle est définie aujourd'hui (Jackson, 1986; Radden, 2009). D'après Jackson et Radden, la continuité de la mélancolie, de l'Antiquité jusqu'au XX^e siècle, a résidé dans un tableau clinique relativement stable à travers des variantes, au centre duquel se trouvent des sentiments ou émotions : une tristesse et une peur excessives et apparemment sans cause (Jackson, 1986; Radden, 2009). Le caractère extrême de ces sentiments était considéré par la médecine comme la conséquence d'un déséquilibre des humeurs jusqu'à la Renaissance. Ensuite, lorsque la médecine moderne éclipse la médecine humorale, il est regardé comme la cause, indissociablement physique et morale, de la folie et de son cortège de manifestations pour partie corporelles, dans le cadre de la psychophysique des passions dont héritent les premiers aliénistes, Pinel et Esquirol.

Cette affectivité mélancolique est au cœur des figures littéraires et artistiques étudiées par Klibansky, Panofski et Saxl (Klibansky et al., 1989) ; elle est expliquée dans les termes de la psychanalyse par Julia Kristeva, à partir de récits de cures et d'analyses d'œuvres d'art comme le Christ mort de Holbein (Kristeva, 1989). Radden souligne que si, dans la mélancolie, le trouble affectif est le plus souvent accompagné d'un délire, en revanche la dépression renvoie à un ensemble de symptômes végétatifs, comportementaux, et sur le plan cognitif à la dépréciation de soi : cet ensemble de symptômes forme un état dépressif, qui était envisagé initialement en lui-même comme un symptôme de la mélancolie (Radden, 2009). Si le facteur d'humeur fait partie de la dépression et rassemble ses symptômes subjectifs notamment la tristesse ressentie, la définition psychiatrique contemporaine de la dépression, notamment depuis les années 1980, est moins centrée sur les états affectifs que ne l'était celle de la mélancolie, et davantage sur le comportement et les signes végétatifs, en raison selon Radden d'une inflexion de la psychiatrie vers une objectivation des symptômes, qui relègue au second plan la subjectivité (Radden, 2009). Ainsi certains mélancoliques des siècles passés, ou identifiés comme tels par les aliénistes ou par les psychiatres jusqu'aux années 1960, ne seraient peut-être pas aujourd'hui diagnostiqués comme des dépressifs. Inversement, une partie des dépressifs d'aujourd'hui, avec un tableau clinique centré sur des symptômes comportementaux et végétatifs, n'auraient peut-être pas été considérés comme des mélancoliques, en l'absence de manifestations de tristesse et de peur extrêmes.

Dans ces travaux sur l'histoire de la mélancolie, son remplacement par la dépression ne constitue donc qu'un dernier et court chapitre. Les travaux de Jackson et Radden se concentrent sur la constitution de la mélancolie comme une catégorie médicale. Le livre de Jackson reconstitue son émergence depuis l'Antiquité et met en avant ses liens avec d'autres catégories (hypocondrie, manie, deuil, mélancolie amoureuse, nostalgie...) (Jackson, 1986). Radden poursuit ce travail, repartant d'une histoire des concepts de mélancolie et de dépression, et interrogeant la continuité entre ces deux notions (Radden, 2009). Les travaux de Minois et Starobinski mettent au premier plan différents aspects du complexe d'états affectifs qui est au cœur de la mélancolie : le mal de vivre et le suicide chez Minois (Minois, 2003), la nostalgie, l'ironie, le néant, et le désespoir amoureux chez Starobinski (Starobinski, 2012). Mais qu'en est-il de la dépression elle-même, non seulement de l'histoire détaillée de son émergence et de sa constitution comme catégorie à part entière de trouble mental, mais aussi de la caractérisation de son versant affectif ?

L'histoire de la dépression a notamment fait l'objet d'un ouvrage de Callahan et Berrios, *Reinventing depression : A History of the treatment of depression in primary care* (Callahan & Berrios, 2005), ainsi que de l'ouvrage d'Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi* (Ehrenberg, 2008)²⁶. La thèse historique de Callahan et Berrios est que le diagnostic de dépression encadre aujourd'hui la prise en charge de la souffrance affective par les médecins généralistes, dont ils montrent que ces derniers ont toujours dû y faire face (Callahan & Berrios, 2005). Dénonçant le cliché selon lequel la prescription d'antidépresseurs par le médecin généraliste se serait substituée à un véritable soin, à un accompagnement des patients face à la souffrance affective en général, ces historiens montrent que les conditions de travail des médecins généralistes du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle étaient loin de leur permettre cela (Callahan & Berrios, 2005, part. I). Puis ils retracent une évolution de la médecine générale qui, au cours du XX^e siècle, a de moins en moins à soigner des maladies aiguës, et prend de plus en plus en charge des troubles chroniques voire la prévention de ces derniers, notamment les maladies cardio-vasculaires : cette évolution se produit sous l'effet des découvertes comme celle de la pénicilline et autres antibiotiques, permettant de soigner nombre de maladies aiguës, notamment infectieuses (Callahan & Berrios, 2005, Chapitre 6). La prise en charge de la souffrance affective aurait alors trouvé sa place parmi les problèmes

²⁶ Je laisse ici de côté les travaux qui ne portent pas sur la dépression elle-même mais sur des thèmes qui lui sont liés, par exemple les médicaments antidépresseurs dont l'histoire a été faite par Healy (Healy, 1997).

chroniques que le médecin généraliste prend en charge, grâce à de nouvelles catégories cliniques (anxiété, troubles du sommeil, dépression...) ainsi qu'à de nouveaux moyens thérapeutiques, notamment médicamenteux. Callahan et Berrios entrecroisent l'histoire de la médecine générale et de celle de la psychiatrie. Dans un premier temps, des années 1960 aux années 1980, la médecine générale se met à recourir massivement à des molécules qui lui sont propres, en particulier les tranquillisants (Valium, Prozac...), ce qui entraîne dès les années 1970 un débat sur la question de la médicalisation des difficultés de la vie quotidienne (Callahan & Berrios, 2005, p. 110). Les médicaments découverts par la psychiatrie (antipsychotiques, lithium, anxiolytiques, antidépresseurs) ne font pas encore partie de l'arsenal de la médecine générale (Callahan & Berrios, 2005, Chapitre 7) et celle-ci manque, dans les années 1950-1980, d'un cadre institutionnalisé pour la prise en charge des troubles émotionnels (Callahan & Berrios, 2005, p.122). Mais dans un second temps, à partir des années 1990, les antidépresseurs deviennent le nouveau médicament massivement prescrit par les généralistes, supplantant les tranquillisants, et ce dans le cadre d'un paradigme institué pour la prise en charge des troubles émotionnels (Callahan & Berrios, 2005, Chapitre 9). Avec la définition clinique de la dépression élaborée dans le DSM-III de 1980, la psychiatrie a forgé une catégorie capable de franchir ses frontières et de devenir un outil diagnostique majeur pour le médecin généraliste pour répondre à la demande de prise en charge de ces troubles : pour Callahan et Berrios, un « paradigme » combinant les critères cliniques du DSM et la prescription d'antidépresseurs, s'est ainsi mis en place dans les années 1990 (Callahan & Berrios, 2005, p. 136) et a été importé en médecine générale depuis la psychiatrie (Callahan & Berrios, 2005, p. 140-141). S'ils défendent cette thèse en retraçant en partie l'histoire de la constitution de la dépression comme catégorie clinique par la psychiatrie, via la découverte des antidépresseurs et l'opérationnalisation de ses critères cliniques, leur étude vise à inscrire les modalités de la prise en charge de la dépression dans l'histoire de la médecine générale, qui aurait pris un tournant avec la dépression sous l'influence de la psychiatrie. Comme il s'agit d'une histoire institutionnelle, Callahan et Berrios ne s'intéressent pas en détails au versant affectif de la dépression.

Ehrenberg, dont l'étude porte plutôt sur les facteurs historiques et sociologiques, de l'émergence de la « dépression » comme catégorie de trouble psychiatrique, s'intéresse à ce versant affectif, mais sous l'angle de la manière dont il fait écho aux mutations de l'individualité dans les sociétés contemporaines. A la tension interne générée par une société répressive qui contraint au refoulement des affects, faisant de l'individu paradigmatique un

angoissé, un anxieux, aurait succédé depuis les années 1960 l'impératif d'une accomplissement de soi par soi, dans une société bien plus libérale sur le plan des mœurs mais aussi de plus en plus individualiste, faisant virer le mal-être de l'angoisse à l'impuissance, à un sentiment d'être insuffisant par rapport aux standards ambiants (Ehrenberg, 2001, 2008). Ehrenberg parle d'un passage d'Œdipe à Narcisse, c'est-à-dire d'un individu tourmenté par le refoulement à un individu dont l'ego est mis à mal (Ehrenberg, 2010b). La dépression serait la maladie du siècle fixant dans une catégorie nosologique ce type spécifique de mal-être, même si l'anxiété en reste un aspect pour une partie des individus (Ehrenberg, 2008). Ehrenberg situe ainsi dans ce livre, ainsi qu'ailleurs dans ses travaux, l'émergence de la dépression dans une évolution des personnalités, des sensibilités, des affects dominants, sous l'effet d'une tendance générale au renforcement de l'individualisme et de la compétition sociale dans les sociétés contemporaines (Ehrenberg, 2001, 2008, 2010a, 2010b). Cette enquête historique et sociologique est donc caractérisée par deux aspects. D'une part, en termes d'objet, Ehrenberg aborde le versant affectif de la dépression au prisme de son hypothèse explicative sur la structure psychique globale du dépressif comme celui qui échoue à remplir des normes contemporaines d'autonomie individuelle. D'autre part, en termes de méthode, il cherche à expliquer l'émergence de ce versant affectif par des facteurs sociologiques, plutôt que de s'intéresser aux conceptions qu'en ont eu les psychiatres. Ehrenberg ne se concentre donc pas sur la manière dont les psychiatres ont caractérisé le versant affectif de la dépression du fait de leurs conceptions de la dépression et de l'affectivité.

De façon complémentaire à ces travaux, mon propre travail va d'une part se concentrer sur le versant affectif de la dépression, en cherchant plus spécifiquement à retracer l'origine de la notion d'humeur dépressive, initialement introduite pour le désigner, et qui se trouve toujours au cœur de sa caractérisation clinique contemporaine. Il s'agira de plus de chercher à expliquer son émergence par une évolution des conceptions de la psychiatrie. Mon hypothèse de travail est que ce versant affectif n'est pas identique à celui de la mélancolie, ne se résumant notamment pas à la tristesse, et que l'histoire de son émergence dans la clinique, dans le cadre de la transition de la mélancolie à la dépression, reste à retracer précisément.

Lorsque la dépression est définie, en 1980, comme un « trouble de l'humeur » au sens d'un trouble mettant en jeu de façon centrale des états affectifs, le terme « humeur » dissimule tout en le désignant le versant affectif de la dépression : il se présente comme un critère de l'épisode dépressif qui en concentre la symptomatologie affective mais il n'est pas en lui-même un terme couramment utilisé pour parler de nos états affectifs, si bien qu'il crée un

fossé entre d'une part l'expérience affective courante et les termes dans lesquels elle s'exprime, et d'autre part la manière dont les psychiatres en parlent et l'enregistrent. Antérieurement à l'introduction de ce terme, le versant affectif de la dépression avait été décrit en détails par les aliénistes. Ces derniers évitaient au contraire le terme « humeur », connotant la médecine humorale, avec laquelle leur méthode, le « traitement moral » de Pinel, entendait rompre. Quel était ce versant affectif des états de dépression décrit par les aliénistes, et correspondait-il à celui d'aujourd'hui ? Quand le terme d'humeur a-t-il été introduit ?

La notion de « dépression » arrive en psychiatrie au début du XIX^e siècle, pour parler d'affects et d'états dépressifs survenant dans le cours de la mélancolie, avec Esquirol qui explique celle-ci par une « passion dépressive » puis avec Jean-Pierre Falret et Jules Baillarger, qui parlent d'« états de dépression générale » (Haustgen & Masson, 2018). La « première formulation moderne des états dépressifs » est due selon Haustgen à l'aliéniste Jules Séglas qui identifie une mélancolie seulement affective, sans délire, c'est-à-dire sans trouble intellectuel, dans une leçon à la Salpêtrière en 1895 (Haustgen, 2014; Séglas, 1985). Le symptôme « cardinal » de cette mélancolie affective est la « douleur morale » (Haustgen & Masson, 2018, p. 5), souffrance extrême liée à un ensemble d'émotions négatives, de « passions tristes », dont l'objet est celui du délire si elle l'entraîne dans un second temps (Haustgen, 2014; Haustgen & Masson, 2018; Hum et al., 2010; Tevissen dir., 1996; Lantéri-Laura, 2003). Le substantif « tristesse » et l'adjectif « triste » sont alors employés dans un sens spécifique mais aussi dans un sens générique, pour désigner une large gamme de « passions tristes » (Pancoucke éd., 1821, p. 49) que nous qualifierions aujourd'hui d'émotions négatives : la culpabilité, l'ennui, l'abattement, etc. Cet usage générique des termes « tristesse » et « triste » provient de ce que cette émotion, la tristesse au sens spécifique, apparaît comme la plus élémentaire des émotions négatives, celle dont elles partagent toutes la tonalité ou valence négative, donc la dimension douloureuse. Si c'est à cette dimension que correspond la « douleur morale », la tristesse au sens spécifique en est l'émotion la plus emblématique, souvent dominante dans un réseau d'émotions négatives, et parfois la seule émotion dont la dimension douloureuse est alors ressentie : c'est ce qui rend compte de l'assimilation de la douleur morale à une forme extrême de tristesse.

L'« humeur » revient dans la sémiologie psychiatrique dans l'entre-deux-guerres. Le terme est alors mobilisé par Jean Delay qui l'associe à une hypothèse explicative sur le mécanisme causal, biologique, à l'œuvre dans les états dépressifs (Delay, 1946). C'est donc autour de ce symptôme que la « dépression » est ensuite définie comme un trouble qui est un

« dérèglement de l'humeur » (Hum et al., 2010). Les travaux de Delay et cette notion de « trouble de l'humeur » s'inscrivent dans le contexte d'un « tournant biologique » de la psychiatrie datant de l'entre-deux-guerres, au niveau de ses méthodes thérapeutiques comme de ses hypothèses étiologiques (Missa & Buser, 2006). La notion indissociablement biologique et psychologique d'« humeur » se substitue à la caractérisation plus riche du versant affectif des états dépressifs qui avait été faite par les aliénistes. De plus le dérèglement de l'humeur est repéré cliniquement par la tristesse, « l'humeur dépressive » étant dès lors assimilée à une forme de tristesse. Mais la tristesse (en un sens spécifique), même si elle était l'état affectif central dans la mélancolie, est loin d'être le seul à accompagner les états dépressifs. L'assimilation de l'humeur dépressive à une humeur triste fait donc disparaître de la clinique, dans une certaine mesure, la diversité des états affectifs accompagnant les états dépressifs. Or la notion de « trouble de l'humeur » est débattue par les psychiatres dès son introduction dans la nosologie, certains affirmant que « l'humeur dépressive » est loin d'être centrale dans ce trouble. Ce débat pourrait donc en partie provenir de l'ambiguïté de « l'humeur dépressive » : lorsque que celle-ci est conçue comme une forme de tristesse, la notion de « trouble de l'humeur » est en effet problématique, dès lors que la tristesse n'est pas centrale dans tous les états dépressifs.

Je vais retracer cette histoire de l'émergence de « l'humeur dépressive » dans la sémiologie psychiatrique, à travers un corpus de textes de la tradition aliéniste et de la psychiatrie : je vais m'inscrire dans le contexte français, à l'intérieur duquel je vais définir certaines bornes temporelles et spatiales.

Pour ce qui est du choix du contexte français, il se justifie de la façon suivante. L'histoire de la caractérisation du versant affectif des états dépressifs est riche dans la tradition française. Elle commence avec l'intérêt des aliénistes, notamment Esquirol, Falret et Baillarger, pour des états de dépression qu'ils sont les premiers à désigner sous ce nom. C'est en France que cette histoire prend un tournant avec la leçon de Jules Séglas qui définit la « mélancolie sans délire », puis à nouveau lorsque Delay utilise la notion d'humeur pour désigner le symptôme devenu central pour la dépression dans les classifications internationales de la psychiatrie. Si certaines parties de cette histoire se sont jouées ailleurs qu'en France, il est possible d'en tenir compte au prisme de l'histoire de la psychiatrie française. Par exemple le moment historique d'émergence de la dépression comme mélancolie

affective plutôt qu'intellectuelle ne saurait se comprendre sans le rôle important de la psychiatrie allemande : la thèse d'une origine affective du trouble est venue de Griesinger²⁷, la notion de « douleur morale » provient du psychiatre belge Guislain²⁸ inventeur du terme « phrénalgie » (Haustgen & Masson, 2018, p. 12; Tevissen dir., 1996; Lantéri-Laura, 2003), et la classification des maladies mentales de Kraepelin a joué un rôle dans l'émergence progressive des notions d'humeur et de trouble de l'humeur (Hum et al., 2010). Des éléments ayant joué un rôle majeur dans cette histoire proviennent de la psychiatrie américaine : la notion de « neurasthénie » à la fin du XIX^e siècle (Beard, 1869), la notion d'« états dépressifs névrotiques » dans les années 1940 (Hum et al., 2010), les premières échelles psychométriques de mesure de la dépression (Beck et al., 1961; Hamilton, 1986), le DSM. Si l'histoire de l'émergence de l'humeur dépressive et de la dépression n'est donc bien sûr pas exclusivement française, je vais me centrer sur la psychiatrie française, qui en a été une actrice importante, car cela va me donner un cadre structurant auquel je pourrai intégrer ponctuellement les apports des autres traditions nationales. Je vais maintenant définir des bornes temporelles et spatiales.

Sur le plan temporel, mon étude va s'étendre du début du XIX^e siècle jusqu'à aujourd'hui. Le terme « humeur » connaît une éclipse de la médecine à partir des travaux de Pinel au début du XIX^e siècle, qui le rejette car ses autopsies ont invalidé la conception humorale de la médecine, en particulier l'explication de la mélancolie par un excès de « bile noire » dans le cerveau (Pinel, 1809, 1810). Le terme revient en psychiatrie suite au « tournant biologique » de la psychiatrie datant de l'entre-deux-guerres : à la fois sous l'influence des conceptions de Kraepelin, orientées vers une étiologie biologique des troubles mentaux, et devant l'efficacité des premiers traitements biologiques curatifs que sont les traitements de choc qui apparaissent dans les années 1920, la psychiatrie évolue vers une conception biologique des troubles mentaux (Missa & Buser, 2006). Dans ce contexte, la notion d'« humeur » va être mobilisée pour les troubles affectifs en raison justement de sa

27 Le discours prononcé par ce dernier à l'ouverture de la clinique psychiatrique de l'université de Zurich intitulé « la pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande » est traduit en français par Jules Falret en ouverture des *Annales médico-psychologiques* en 1865 : Griesinger y insiste sur l'importance de tenir compte des modifications somatiques, outre les perturbations psychologiques, pour classer les formes d'aliénation mentale, et voit dans le somatique la source et le point de départ des altérations affectives et psychiques qui caractérisent celles-ci.

28 Le psychiatre belge Guislain met la douleur morale qu'il appelle « phrénalgie » au cœur de la mélancolie, lui conférant un rôle étiologique dans ce trouble, ainsi que plus généralement à la douleur, aux sentiments morbides, et aux causes morales dans les maladies mentales ; ses conceptions et observations sont livrées dans les *Leçons orales sur les phrénopathiques*, publiées en 1852 puis lues et commentées par Brierre de Boismont, Luys ou Baillarger.

connotation biologique. Entretemps elle avait continué de désigner d'une part, dans le langage courant, une disposition affective ou un état affectif, et d'autre part, en médecine, les fluides corporels. Delay, qui parle aussi de « thymie », propose à travers cette notion une conceptualisation indissociablement biologique et affective de l'ensemble des troubles mentaux (Delay, 1946). De Pinel jusqu'au tournant biologique de la psychiatrie, c'est l'ère du « traitement moral » de la mélancolie²⁹. La mélancolie est caractérisée de façon centrale par la tristesse, avec en contrepoint d'autres états affectifs comme le spleen, l'ennui, l'abattement, l'accablement. Les psychothérapies émergent au tournant du XX^e siècle : leur méthode emprunte le cadre déterministe de la science pour l'appliquer aux états « moraux » au sens de « mentaux », requalifiés de « psychologiques », dont se distinguera alors le plan des états moraux au sens de la conscience morale. Avec le tournant biologique débute l'ère des traitements biologiques de la mélancolie puis de la dépression, avec une conception bien plus biologique des états affectifs dont elles s'accompagnent, mettant au premier plan l'humeur dépressive : la clinique évacue peu à peu la mélancolie en se centrant sur les états dépressifs dont cette humeur est le symptôme, tout assimilant celle-ci à la tristesse. Cette « humeur dépressive » désigne toujours le versant affectif de la dépression dans le contexte actuel, où une étiologie biologique de la dépression est supposée sans être prouvée, tandis que sa prise en charge combine traitements médicamenteux et psychothérapies.

Pourquoi commencer cette étude historique avec Pinel ? C'est parce qu'il est l'aliéniste qui a rompu avec la conception humorale de la médecine, rejeté le terme « humeur » et ainsi ouvert la voie à une caractérisation au sein de la médecine du versant affectif de la mélancolie en termes de « passions » aussi variées que leurs causes morales, plutôt qu'en termes de signes physiques d'un excès de bile noire. Commencer avec Pinel se justifie aussi par d'autres raisons :

- Initiateur de l'aliénisme, il est le point de départ de l'histoire de la psychiatrie contemporaine comme branche de la médecine. Pinel introduit nombre de conceptions et de concepts sans lesquels nous ne saurions comprendre l'histoire institutionnelle de la psychiatrie ni celle de sa nosologie qui voit le remplacement de la mélancolie par la dépression. Il pose un cadre théorique général dans lequel la folie vient d'un dérangement du cerveau sous l'effet de causes morales, cause un abattement moral,

²⁹ Ici « moral » s'oppose à « physique » suivant la conception de Cabanis de la distinction et des liens entre le physique et le moral de l'homme (Masson et Muirheid-Delacroix, 2014, p. 140 ; Cabanis, 1805).

peut se résoudre grâce à l'autorité morale du clinicien. Cela place son « traitement moral » à la limite entre le médical et la résolution de problèmes moraux.

- Bien qu'il s'intéresse à travers la notion de mélancolie à un trouble intellectuel et non affectif comme la dépression d'aujourd'hui, Pinel met les états affectifs au cœur de ce trouble : il leur confère à son égard un rôle à la fois de cause déterminante et de symptôme central, tout particulièrement la tristesse, puisque la mélancolie est selon lui un « délire triste ». En cela, il est bien le maître d'Esquirol pour qui les passions sont « symptôme, cause et moyen curatif de l'aliénation mentale ». Esquirol a mis la notion de « passion triste et dépressive » au premier plan dans la mélancolie, préparant la caractérisation de la mélancolie sans délire par Séglas. Pinel est donc bien le point de départ de la caractérisation, dans la tradition aliéniste, du versant affectif des états dépressifs.
- Enfin même s'il n'en parle pas dans ces termes, Pinel observe déjà dans le cours de la mélancolie des états dépressifs, qui se traduisent par une altération des fonctions cognitives tout autant que des états affectifs et du comportement, s'accompagnant de perturbations somatiques (veille, sommeil, appétit, libido...).

Sur le plan spatial, je vais me restreindre aux psychiatres de deux hôpitaux parisiens : la Salpêtrière et Sainte-Anne. En effet ces deux hôpitaux ont abrité successivement le foyer des conceptions dominantes de l'humeur dépressive dans la psychiatrie française. Un dialogue s'est noué entre eux à travers l'histoire, qui se poursuit aujourd'hui par les recherches cliniques sur cette humeur, menées dans ces deux institutions par des psychiatres dont le parcours se dessine souvent entre les deux. L'histoire des états affectifs, des rapports entre tristesse et humeur dépressive, et l'histoire épistémologique de la transition de la mélancolie à la dépression dans la nosologie psychiatrique, sont ainsi entremêlées avec une troisième histoire, l'histoire institutionnelle de la psychiatrie française : celle-ci a vu un âge d'or de l'école de Sainte-Anne et de ses conceptions, influençant toute la psychiatrie des années 1950 aux années 1980, succéder à un âge d'or de l'école de la Salpêtrière qui avait la même influence au tournant du XX^e siècle. Schématiquement, on voit bien ressortir de cette triple histoire au moins deux grandes conceptions du versant affectif de la dépression, issues respectivement de l'un ou l'autre de ces hôpitaux. Une première conception de ce versant affectif est issue de l'école de la Salpêtrière au tournant du XX^e siècle : un mélange de mal-être et d'impuissance désigné à travers le spleen, l'ennui, le dégoût de vivre, le découragement l'abattement, l'accablement. La douleur morale, symptôme central de la

mélancolie, est alors la dimension douloureuse de ce complexe d'états affectifs. Une deuxième conception de ce versant affectif, en tant qu'« humeur dépressive », est issue de l'école de Sainte-Anne au milieu du XX^e siècle : c'est une disposition affective, se manifestant à travers des états affectifs douloureux, des émotions négatives, dont principalement la tristesse. Cette humeur, symptôme central des états dépressifs-mélancoliques de Delay, devient dans les classifications internationales celui de tous les états dépressifs, où elle est implicitement conçue comme un état affectif diffus assimilé à une forme de tristesse. Depuis les années 1980, les psychiatres discutent la pertinence de la notion de « trouble de l'humeur » et développent des approches de la dépression centrées sur sa symptomatologie comportementale et cognitive.

Je vais maintenant donner un rapide aperçu de l'histoire de la transition de la mélancolie à la dépression dans la nosologie, et de l'histoire institutionnelle du dialogue de la Salpêtrière et Sainte-Anne sur les états dépressifs : elles constituent l'arrière-plan de l'histoire de la caractérisation clinique du versant affectif de la dépression que je vais retracer dans les deux chapitres de cette partie.

- Histoire de la transition de la dépression à la mélancolie

Selon Lantéri-Laura, le mot français « dépression », du latin « *depressio* » qui veut dire « enfoncement », servait uniquement à parler des formations géographiques en creux et des phénomènes météorologiques de baisse de pression atmosphérique jusqu'au milieu du XIX^e siècle : il a alors pris un sens métaphorique pour désigner d'une part en sciences économiques les phases de crises économiques par opposition aux phases de prospérité et d'autre part en médecine « *un état mental de lassitude, de découragement, plus général et moins grave que la mélancolie* » (Lantéri-Laura, 2003, p. 39). Haustgen et Masson relèvent que le substantif est employé pour la première fois par Baillarger pour décrire la mélancolie avec stupeur, une mélancolie dont le tableau clinique ne comporte apparemment ni délire (désorganisation intellectuelle), ni passion douloureuse (état affectif pénible), mais un figement, une suspension de l'activité motrice et psychique, et une diminution de la sensibilité, qu'il qualifie de « dépression » (Haustgen & Masson, 2018; Baillarger 1853a). Baillarger et Falret sont par ailleurs les premiers médecins à caractériser les états dépressifs, qu'ils appellent « états de dépression », intervenant dans le cours de la mélancolie, et même selon Falret dans le cours de toute forme d'aliénation mentale : l'état de dépression en

constitue un stade initial, consistant dans un affaiblissement de l'activité motrice, des fonctions intellectuelles, affectives, et physiologiques (nutritives) (Falret 1864). Mais le terme avait déjà été employé par un autre aliéniste, Esquirol, sous forme d'adjectif : une « passion triste et dépressive » accompagne selon lui le délire partiel (bouleversement des rapports entre objets extérieurs, sensations, idées, jugements, volitions et actions) du lypémaniaque (mélancolique triste), par opposition à la passion gaie et expansive qui accompagne le délire partiel du monomaniac (Esquirol, 1838). En continuité avec son histoire remontant à l'Antiquité, la mélancolie est alors caractérisée par la tristesse et la crainte ou appréhension : signant l'entrée « mélancolie » du « Panckoucke », le *Dictionnaire des sciences médicales*, l'un des principaux dictionnaires médicaux français de la première moitié du XIX^e siècle, Esquirol nous dit que la mélancolie est « *un délire partiel sans fièvre avec crainte et tristesse prolongée* » (Esquirol, in Panckoucke dir., 1819). La forme sans délire ensuite mise en évidence par Jules Séglas, préfigure véritablement la dépression (Séglas, 1895).

Le passage de la mélancolie à la dépression s'est fait suite à l'élargissement de la base clinique des psychiatres. Avec le développement, tout au long de la première moitié du XX^e siècle, de la psychiatrie ambulatoire, de la psychiatrie de ville et des psychothérapies, en cabinet ainsi que dans les murs de l'hôpital, les cliniciens se sont mis à observer une diversité de plus en plus grande d'états dépressifs. Ces derniers allaient de tableaux légers avec de l'épuisement et de l'anxiété, qu'ils rattachent à la neurasthénie ou à la « dépression constitutionnelle », à des tableaux sévères, avec une forte souffrance psychique, parfois du délire et des hallucinations, qu'ils rattachent à la mélancolie, sous une forme simple (mélancolie vraie et mélancolie d'involution), ou sous une forme intermittente (avec alternance d'états dépressifs-mélancoliques et d'états maniaques, que Kraepelin appelle psychose maniaque-dépressive). A cela s'ajoute la notion d'états dépressifs « névrotiques », pour qualifier des états dépressifs légers à sévères mais sans délire ni hallucination : cette notion fait appel à la thèse de l'existence d'une névrose qui serait une maladie strictement psychique se traduisant par des états dépressifs (Hum et al., 2010). C'est devant cette diversification des états dépressifs observés par les cliniciens que les états mélancoliques finissent par n'apparaître que comme une variété de ces derniers : dans les années 1960, la notion d'« états dépressifs » s'impose dans les classifications psychiatriques, par exemple dans le manuel de psychiatrie de Brisset, Ey et Bernard (Brisset et al., 1960). La mélancolie se réduit progressivement, d'une maladie mentale autonome, à un syndrome mélancolique dont la manifestation aiguë définit une « crise de mélancolie » : ce syndrome est défini, outre l'état

dépressif, par la tristesse très intense ou « douleur morale », des émotions et idées traduisant un tourment de la conscience morale (culpabilité, honte, ruine, mort), et parfois le délire et les hallucinations. Finalement la notion de dépression comme catégorie de trouble mental définie à partir de l'épisode dépressif apparaît en 1980 dans le DSM-III, classification internationale qui élimine les notions de « mélancolie » et de « névrose » ainsi que tout le vocabulaire de la psychanalyse. Cette conception s'impose également dans la psychiatrie française car les cliniciens n'ont pas réussi, malgré les études menées dans des années 1950 aux années 1970, à établir des critères fiables, notamment étiologiques, pour distinguer différents types d'états dépressifs, notamment des états dépressifs névrotiques : s'il n'est pas sûr dès lors que tous les cliniciens conçoivent la dépression comme une maladie mentale dont la mélancolie serait une espèce, comme le dit Lantéri-Laura au début des années 2000 (Lantéri-Laura, 2003, pp. 46-47), elle est du moins devenue une catégorie à part entière de la nosologie, définie à partir de la notion d'état dépressif, sans distinction de types. La notion de « mélancolie » ne reste présente qu'à travers celle de « caractéristiques mélancoliques », qui désignent une sévérité du tableau clinique.

A l'égard de cette histoire, je vais m'attacher à éclairer le fait qu'une ambiguïté de l'humeur dépressive, à la fois distinguée de la tristesse et assimilée à celle-ci, a joué un rôle dans cette transition de la mélancolie à la dépression. En effet, dans l'élargissement de la base clinique, s'est joué un élargissement de la gamme des états dépressifs qui ne se caractérisent pas tous de façon centrale par la tristesse, sur le plan affectif. Cependant comme les états dépressifs les plus sévères étaient réservés aux psychiatres, notamment à ceux des hôpitaux, ces derniers avaient sous les yeux des états dépressifs particulièrement susceptibles de mettre en jeu une tristesse intense, ou une dimension douloureuse très forte, désignée comme « douleur morale » en un sens synonyme de tristesse intense, cette émotion restant vue comme l'émotion douloureuse par excellence. Cela a pu contribuer à ce que l'on conçoive « l'humeur dépressive » comme une forme de tristesse alors même que le terme avait vocation à désigner tout le versant affectif des états dépressifs, qui ne se résume pas à la tristesse. De plus, la transition de la mélancolie à la dépression ayant été progressive, une continuité a longtemps été établie entre les deux catégories nosologiques, poussant à envisager la tristesse comme le symptôme central de la dépression dans la mesure où elle était celui de la mélancolie. Enfin, l'« humeur dépressive » étant une notion floue, contrairement à l'émotion bien connue qu'est la tristesse, le terme pouvait tout aussi bien s'appliquer à des tableaux

dépressifs caractérisés par la tristesse qu'à d'autres tableaux, mettant en jeu de façon plus centrale d'autres états affectifs.

- Histoire institutionnelle du dialogue de la Salpêtrière et Sainte-Anne sur les états dépressifs

Pour faire l'histoire de l'humeur dépressive, je vais retracer un dialogue entre les psychiatres de la Salpêtrière (à partir de 1964 groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière), et d'autre part les psychiatres du groupe hospitalier Sainte-Anne (initialement asile Sainte-Anne, inauguré en 1867). Les services de psychiatrie de ces deux grands hôpitaux parisiens, de renommée internationale, ont entretenu historiquement et entretiennent aujourd'hui encore des liens étroits, tout particulièrement sur le plan des échanges intellectuels où se jouent les conceptions de la maladie mentale. Les états dépressifs, qui constituent désormais le pôle de spécialisation du service de psychiatrie adulte de la Pitié Salpêtrière, ont été au cœur de ces échanges : ils sont aussi une composante majeure du service de pathologies résistantes de l'hôpital Sainte-Anne. Ajoutons que ces deux hôpitaux psychiatriques ont été l'un et l'autre, des débuts de l'aliénisme au XIX^e siècle, jusqu'à aujourd'hui, le lieu où s'est déroulée la carrière d'une série de psychiatres dont les travaux se sont largement diffusés dans la psychiatrie française et internationale ; or nombre d'entre eux se sont consacrés aux états dépressifs, à l'humeur dépressive, ou aux troubles affectifs en général. Certains de ces psychiatres ont fait école, d'abord à la Salpêtrière qui voit la constitution de « l'école de la Salpêtrière » autour des disciples de Charcot dans les années 1880, puis à Sainte-Anne, où se constitue « l'école de Sainte-Anne » autour de Jean Delay dans les années 1940.

A un âge d'or de la Salpêtrière au XIX^e siècle succède donc un âge d'or de Sainte-Anne, en termes de clinique et de recherche, des années 1940 aux années 1980. Depuis, les deux hôpitaux sont très actifs en matière de prise en charge de la dépression et de recherche scientifique sur ce trouble. En 1921, l'asile de la Salpêtrière ferme, l'hôpital ne conservant qu'une trentaine de lit de psychiatrie adulte et une unité de psychiatrie infantile : les aliénées sont massivement déplacées vers des hôpitaux spécialisés créés en banlieue et en province, en particulier vers l'hôpital Sainte-Anne, qui avait été créé dans le but de devenir un centre de soins et de recherche pour les maladies mentales, et qui faisait partie des projets de construction d'hôpitaux visant à désengorger l'immense hospice de la Salpêtrière (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 194). Cela met fin à une première période historique où la Salpêtrière avait

été non seulement un lieu central de prise en charge de la maladie mentale en général en France, mais aussi le lieu de la première caractérisation des états dépressifs, et avec eux, de leur versant affectif. Ensuite c'est plutôt à travers l'histoire de Sainte-Anne, que je serai en mesure de retracer une évolution de cette caractérisation sous l'effet du tournant biologique de la psychiatrie, avec l'introduction des traitements de choc (cardiazol, sismothérapie...) et les découvertes conduisant au développement des antidépresseurs, qui ont modifié en profondeur la conception des états dépressifs et de l'humeur. Les années 1980 voient un retour sur le devant de la scène de la Salpêtrière, intégrée depuis 1964 au groupe de la Pitié-Salpêtrière : sous l'influence de Daniel Widlöcher, connu pour sa théorie de la dépression (Widlöcher, 1983), un service de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie y est créé, s'autonomise et se développe en lien avec une importante activité de recherche (Langlois & Pimpaud, 2012). Aujourd'hui les deux hôpitaux sont à la pointe des traitements et des recherches sur les états dépressifs.

Il me faut insister sur le fait qu'il ne s'agit pas, en dépit de l'importance qu'ont pu avoir ces hôpitaux à l'échelle internationale, de prétendre que leur histoire épuise celle de la dépression dans la psychiatrie. Mais à l'inverse, les grandes transformations qui ont marqué l'histoire de la psychiatrie internationale depuis ses origines ont à chaque fois influencé ces hôpitaux, en transformant leurs pratiques et les conceptions des psychiatres à l'égard des troubles psychiatriques. L'évolution de ces conceptions offre donc un prisme sur celles qui ont jalonné l'histoire de la psychiatrie dans son ensemble. De plus, leur importance pour le reste de la psychiatrie française, voire internationale, ne doit pas être sous-estimée. Par exemple, d'après Goldstein, le « traitement moral » de Pinel peut être considéré comme l'acte de naissance de la psychiatrie moderne (Goldstein, 1997). Robert Castel considère que les aliénistes parisiens, notamment ceux de la Salpêtrière, ont été les « *missi dominici* » de la psychiatrie naissante au XIX^e siècle, et ont répandu leurs conceptions et leurs techniques dans les hôpitaux qui étaient progressivement créés dans toute la France (Castel, 1978). C'est de l'école de la Salpêtrière et de ses querelles internes que sont en partie nées les psychothérapies, au début du XX^e siècle, en particulier grâce à Pierre Janet qui perdit sa place au sein de cet hôpital en raison de sa conception du psychisme incompatible avec celle des aliénistes plus fidèles à Charcot, comme le souligne Pierre-Henri Castel (Castel, 1998). Cette innovation, émanée de l'hôpital psychiatrique, y fait retour lorsque s'y créent, à partir des années 1920, des services de consultation en psychothérapie : l'illustration en est claire avec la création en 1926 à l'hôpital de la Pitié d'un centre de psychothérapie pour malades

dépressifs, non aliénés mais nécessitant des soins médicaux, avec un dispensaire et un service d'hospitalisation de trente lits (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 213). Environ à la même époque, Sainte-Anne a été l'un des premiers hôpitaux psychiatriques du monde à recourir aux électrochocs, comme le souligne Missa dans son livre sur la « psychiatrie biologique » c'est-à-dire l'orientation de la psychiatrie vers une conception biologique des troubles mentaux suite à la découverte de traitements biologiques efficaces (Missa & Buser, 2006). C'est également à Sainte-Anne, que les travaux de Delay et Deniker en psychopharmacologie ont contribué au développement des premiers antidépresseurs. Au cœur de ces hôpitaux, la caractérisation des états dépressifs et de l'humeur dépressive s'est donc trouvée en lien avec des innovations majeures sur le plan thérapeutique et avec les grands glissements théoriques qui ont accompagné ces changements thérapeutiques.

- Plan de l'histoire affective de l'émergence de l'humeur dépressive comme objet de la psychiatrie

Dans un premier chapitre, je vais m'intéresser à l'âge d'or de l'aliénisme à la Salpêtrière, de l'arrivée de Pinel en 1802, jusqu'aux années 1920. Sur le plan thérapeutique c'est la période du traitement moral, suivant lequel le clinicien, en position d'autorité par rapport à l'aliénée, doit s'adresser aux restes de raison en elle pour la guérir, en la convaincant d'y revenir complètement. Sur le plan nosologique, les origines de la dépression s'y trouvent dans les caractérisations de la mélancolie, considérée comme une forme de l'aliénation mentale induite par des désordres affectifs. Sur le plan explicatif, la tristesse, considérée comme une passion, y joue alors un rôle central, à la fois comme symptôme et comme cause, mais le versant affectif des états dépressifs eux-mêmes, ne s'y réduit pas : ce versant affectif est désigné à travers le spleen, l'ennui, le dégoût de la vie, le découragement, l'abattement, l'accablement. La « mélancolie sans délire » de Séglas consiste dans un état affectif qui « prolonge » un état somatique et cause à son tour une « douleur morale » (Haustgen, 2014 ; Séglas, 1895). Entre 1890 et 1920 apparaît une nouvelle catégorie, la neurasthénie, un syndrome d'épuisement nerveux, survenant sur fond de certaines dispositions à cause d'un surmenage qui peut être émotionnel : celle-ci se traduit aussi par des états dépressifs, accompagnés d'obsessions et d'anxiété mais aussi d'un état affectif diffus qui n'est pas tant de la tristesse que de l'abattement voire de l'accablement moral.

Dans le deuxième chapitre, je vais mettre en évidence l'élaboration d'une nouvelle conception de l'humeur, dans le contexte de l'apparition de traitements biologiques à Sainte-Anne des années 1930 aux années 1950. L'efficacité des électrochocs sur les états dépressifs et mélancoliques suggère à Delay la détermination cérébrale d'une disposition affective fondamentale qu'il appelle « humeur » ou « thymie ». Il lui confère un rôle explicatif central dans l'ensemble des troubles mentaux, qu'il s'agisse des troubles dépressifs et maniaques d'une part, ou des troubles schizoïdes d'autre part (Delay, 1946). Cela permet à ses successeurs, principalement Henri Ey, de réorganiser les états dépressifs, en considérant qu'ils ont tous une origine biologique qui serait une altération de l'humeur comprise comme thymie. La tristesse serait l'état affectif le plus central par lequel se traduit le dérèglement de l'humeur, d'où l'assimilation de l'humeur dépressive à une forme de tristesse en même temps qu'elle sert à définir la dépression comme son symptôme central. Dans les années 1980, la dépression, devenue catégorie à part entière de trouble mental en tant que « trouble de l'humeur », est vue comme combinant trois pôles symptomatiques que sont le pôle végétatif, le pôle affectif et le pôle cognitif et comportemental. La notion de « trouble de l'humeur » est d'emblée remise en question à travers les travaux de Widlöcher à la Pitié-Salpêtrière : le « ralentissement psychomoteur », plutôt que l'humeur dépressive, y occupe une place centrale dans la dépression. Enfin, des travaux encore plus récents se concentrent plutôt sur la symptomatologie cognitive, et sur des déficits cognitifs qui seraient également à l'origine des symptômes affectifs et comportementaux.

Chronologie rapide de l'emploi des termes « dépressif » et « dépression » dans la psychiatrie française, en partie d'après Haustgen & Masson, 2018, p. 14

1838. Esquirol emploie l'expression « **passion dépressive** ». Dans l'introduction au tome 1 de *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, il dit que l'aliénation mentale consiste dans le délire, ayant défini ailleurs le délire comme le bouleversement des rapports entre la réalité, les sensations, les idées, les jugements et la volonté (Esquirol, *Dictionnaire des sciences médicales*, Pancoucke éd., 1814, vol. 8, p. 251). Il distingue alors cinq types de délire dont la « *lypémanie (mélancolie des anciens) : délire sur un objet ou un petit nombre d'objets avec une passion triste et dépressive* » (Esquirol, 1838, p. 22). Les autres types sont la monomanie, qui est aussi un délire sur un objet ou un petit nombre d'objets mais avec une passion gaie et expansive, la manie dans laquelle le délire s'étend à un grand nombre d'objets et s'accompagne d'excitation, la démence dans laquelle on déraisonne parce que les organes produisant la pensée sont en déclin, et l'idiotie dans laquelle ces mêmes organes n'ont jamais eu la conformation requise pour « raisonner juste ».

1853. Baillarger emploie pour la première fois le substantif « **dépression** » dans sa leçon « *De la mélancolie avec stupeur* », pour décrire celle-ci comme une forme pathologique de tristesse : « *La stupidité sera donc, dans la plupart des cas, la tristesse passée à l'état de maladie. Combien de fois on est triste sans savoir pourquoi : l'action de la pensée est suspendue, les rapports avec le monde extérieur existent à peine ; c'est comme un rêve dans la veille. [...] Forcez un peu les teintes, ajoutez quelques nuances, et vous avez sous les yeux le lypémanique stupide, aliéné sans délire, automate sans spontanéité, **dépression bien caractérisée de la sensibilité.*** » (Baillarger, 1853a, p. 254)

1864. J-P Falret parle de « *l'état général de dépression et de torpeur physique et morale qui caractérise essentiellement la mélancolie, sans idées prédominantes bien marquées* » (Falret, 1864, introduction, XXXV)

Années 1870 : Le terme de dépression (mélancolique) remplace celui de lypémanie dans les certificats médicaux (Haustgen et Masson, 2018, p. 14).

1885. Dans son *Manuel pratique de médecine mentale*³⁰, le **docteur Régis** (ancien médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, médecin de la maison de santé du Castel d'Andorte) définit la dépression et son opposé l'excitation comme des éléments « fonctionnels » généraux parmi les éléments symptomatiques de l'aliénation mentale (qui incluent aussi des éléments « constitutionnels », à savoir des lésions développementales généralisées ou partielles et des affaiblissements généralisés ou partiels, ainsi que des éléments « fonctionnels » partiels, cf. p. 72). Ce sont des troubles de l'activité générale qui « *consiste dans la réaction de l'organisme sous l'influence des impressions psychiques* » : l'excès de réaction définit l'excitation et le défaut de réaction définit la dépression (Régis, 1885, p. 76). « *La dépression est l'état opposé*

³⁰ Préfacé par Benjamin Ball, professeur de médecine à la faculté de Paris et premier titulaire de la chaire des maladies mentales créée à Sainte-Anne en 1877.

à l'excitation. Elle consiste dans un défaut d'expansion de l'activité générale qui peut aller depuis la simple concentration de la réaction de l'organisme jusqu'à son anéantissement complet. Elle se traduit alors, extérieurement, par l'immobilité absolue ou stupeur. A un degré moindre elle peut porter plus spécialement soit sur la sphère intellectuelle, soit sur la sphère morale, soit enfin sur la sphère physique, dans lesquelles elle se manifeste par un degré plus ou moins marqué de lenteur et de paresse dans le fonctionnement habituel. La dépression, comme l'excitation, sert à caractériser une classe de folies généralisées, les folies avec dépression ou mélancolies. » (Régis, 1885, p. 77)

1895. Jules Séglas (médecin à la Salpêtrière), dans la dixième leçon à la Salpêtrière, décrit la « **mélancolie sans délire** », qui est la « première formulation moderne des états dépressifs » selon Haustgen (Haustgen, 2014).

1903. Dans le *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet³¹, Séglas écrit le chapitre IV sur la « séméiologie des affections mentales » et y définit, parmi les « symptômes psychiques », la « dépression » et « l'excitation » comme des « états cénesthétiques morbides » (Ballet, 1903, p. 169). Il écrit : « *Les termes de dépression et d'excitation, envisagés dans leur acception la plus générale, peuvent servir à désigner tous les états psychopathiques, dans lesquels on rencontre, 'une façon transitoire ou prolongée et à un degré quelconque, un complexus symptomatique caractérisé par ces trois ordres de symptômes connexes. A. Dans les états de dépression. 1° Une diminution, un ralentissement de l'activité intellectuelle. 2° Un état émotionnel pénible, dépression morale, tristesse, découragement, crainte, anxiété. 3° Une diminution dans l'activité des différentes fonctions organiques.* » (Ballet, 1903, pp. 169-170).

1883-1915 : traduction française des huit éditions successives du *Traité de psychiatrie de Kraepelin* (voir *La Revue des sciences psychologiques*, 1913 pour la huitième édition) qui ramène toutes les formes d'aliénation mentales à deux principales, la **psychose maniaque dépressive ou psychose maniaco-dépressive** et la démence précoce. Cette psychose a des phases dépressives pouvant se traduire par de véritables accès mélancoliques, caractérisées par un syndrome mélancolique qui inclut un état dépressif, une vive douleur morale, des idées délirantes de culpabilité, de ruine, de mort, parfois des hallucinations et des velléités de suicide. Les psychiatres français affirment qu'un état ou syndrome mélancolique peut s'inscrire dans le cours d'une mélancolie vraie (ou simple), qui serait une maladie distincte de la psychose maniaco-dépressive de Kraepelin, ce dernier n'ayant pas les moyens selon eux de prouver que seule cette dernière existe, dans les cas où l'on n'observe pas d'alternance entre des états dépressifs et des états maniaques. Cette mélancolie vraie est plutôt vue comme un trouble réactionnel.

1938. Montassut, dans *La Dépression constitutionnelle*, préfacé par Henri Claude, décrit une maladie d'origine constitutionnelle, donc endogène, même si elle survient dans des circonstances spécifiques (choc émotionnel, épuisement...) qui se traduit par un état de

³¹ Neurologue et aliéniste formé par Charcot à la Salpêtrière, qui occupe plus tard la chaire des maladies mentales et de l'encéphale à Sainte-Anne, et dont le *Traité* reste longtemps un ouvrage de référence.

dépression. Il renomme donc « dépression » ce que l'on appelait neurasthénie des années 1890 aux années 1930, et conçoit ainsi des états dépressifs d'origine constitutionnelle pour les distinguer d'états dépressifs qu'on juge réactionnels.

Années 1940 : on parle d' « états dépressifs » pour les états dépressifs mélancoliques que l'on rattache à la psychose maniaco-dépressive, pour les états dépressifs mélancoliques qu'on rattache à la mélancolie vraie, plutôt conçus comme réactionnels, et pour des états dépressifs non mélancoliques qu'on suppose plutôt « constitutionnels » qui correspondent aux états dépressifs précédemment attribués à la neurasthénie.

Années 1950 : tripartition des « états dépressifs » en endogènes, jugés relever de la psychose maniaco-dépressive de Kraepelin, **réactionnels, et névrotiques** (Hum et al., 2010, pp. 9-10). Les états dépressifs réactionnels sont considérés comme d'origine exogène, et les états névrotiques sont plutôt considérés comme constitutionnels ou psychogènes au sens où les circonstances qui les déclenchent n'ont un effet que parce qu'elles agissent sur une constitution psychologique vulnérable, la notion de névrose désignant une maladie psychique ou psychologique.

1960. Brisset, Ey et Bernard, dans leur *Manuel de psychiatrie*, définissent les « états dépressifs » par l'élément sémiologique central qu'est l'humeur qui « s'abaisse puis devient triste », ainsi que par les autres symptômes, comportementaux, psychiques et somatiques de l'état de dépression, dans un chapitre intitulé « états dépressifs et crises de mélancolie » (Brisset et al., 1960). Les « crises de mélancolie » sont des accès qui peuvent survenir sur fond d'un état de dépression et se caractérisent par une douleur morale intense, le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices, l'aboulie, et parfois les idées délirantes et hallucinations.

1980. Le DSM-III définit les « troubles affectifs », qui sont les troubles dépressifs et bipolaires. Le « trouble dépressif majeur » est défini à partir de « l'épisode dépressif majeur », lui-même défini par une liste de symptômes : « l'humeur dépressive » comme symptôme central, nécessaire, et des symptômes secondaires, comportementaux, cognitifs, et somatiques. La notion de « mélancolie » est conservée uniquement pour les « caractéristiques mélancoliques » dont peuvent s'accompagner des épisodes dépressifs sévères.

1980-1981. Elaboration d'une échelle de mesure du ralentissement psychomoteur par Roland Jouvent et Daniel Widlöcher (psychiatres à la Salpêtrière) (Jouvent, et al., 1980 ; Jouvent et al., 1981 ; Widlöcher, 1981a)

1983. Widlöcher publie l'ouvrage collectif *Le ralentissement dépressif* (Widlöcher, 1983).

1987. Elaboration d'une échelle polydimensionnelle de l'humeur dépressive par Jouvent (Jouvent, et al., 1987)

Chapitre I : Avant l'humeur dépressive : le versant affectif des « états de dépression » (1802 – années 1920)

Dans la langue des aliénistes, « moral » s'oppose à « physique », suivant Cabanis, tout particulièrement pour définir le « traitement moral » puis la « douleur morale » (Masson & Muirheid-Delacroix, 2014; Cabanis 1805). Le « moral » englobe le domaine de ce qui est « intellectuel », en termes de contenus, de pensées, de processus : nous parlerions aujourd'hui du « cognitif ». Mais dans le « moral » se trouvent aussi des phénomènes que nous qualifierions d'« affectifs », en particulier les « passions » qui correspondent à ce que nous appelons aujourd'hui les « émotions » (tristesse, colère, joie), et des phénomènes que nous appellerions bien « moraux » au sens où ils concernent la conscience morale. Les phénomènes d'ordre « physique » sont ceux qui se rapportent au corps : la médecine les désigne comme le domaine du « somatique » par opposition au domaine « mental », celui de l'esprit et de l'âme. L'aliénation mentale concerne l'esprit mais elle a aussi des symptômes physiques, « somatiques », qui concernent des facultés « nutritives » (l'appétit, le sommeil, les fonctions sexuelles), des fonctions « organiques » (se rapportant aux organes, au fonctionnement interne du corps), des phénomènes « physiologiques », (concernant des processus d'ensemble, notamment cardiaques ou respiratoires), des phénomènes « moteurs » et « locomoteurs », c'est-à-dire concernant la capacité à faire des gestes, se déplacer, etc. Les aliénistes héritent en fait de la conception datant de l'Antiquité, d'Aristote, dans laquelle l'âme est hiérarchisée en différents domaines de facultés ou fonctions par lesquels elle anime le corps et l'esprit, selon Starobinski (2012, p. 240).

Dans ce chapitre je vais retracer la manière dont, en observant attentivement les mélancoliques, les aliénistes de la Salpêtrière mettent en évidence les états dépressifs au cours du XIX^e siècle (Haustgen & Masson, 2018; Hum et al., 2010; Lantéri-Laura, 2003). Je vais plus particulièrement mettre en évidence la manière dont ils caractérisent leur versant affectif, puis montrer que celui-ci se retrouve dans le tableau clinique de la neurasthénie et dans les états dépressifs de la psychose maniaque-dépressive de Kraepelin.

Dans un premier temps, je vais montrer comment Pinel et Esquirol conçoivent la mélancolie comme un trouble intellectuel causé par des « passions tristes », dont la principale est la tristesse à proprement parler : cependant, comme « tristes » a ici un sens générique, ces passions incluent aussi d'autres états affectifs, principalement « l'ennui » (Esquirol) et le

« dégoût de vivre » (Pinel) qui sont synonymes du « spleen »³², et « l'abattement » (Pinel) ou « l'accablement » (Esquirol) qui sont des formes extrêmes de découragement, ainsi que l'anxiété ou « crainte ». Esquirol qualifie toute passion triste de « dépressive » (Esquirol, 1838, p. 22), introduisant ce terme pour évoquer l'effet d'une telle passion, à la fois sur le moral et le physique : elle provoque un abaissement, un déclin des facultés, ainsi évoqué de façon métaphorique par un terme qui désigne par ailleurs un creux ou une « déclinaison » dans un terrain géographique, ou une baisse de pression atmosphérique. L'effet d'abaissement concerne à la fois les facultés affectives, intellectuelles, et physiques. La tristesse en un sens spécifique, passion centrale de la mélancolie, est particulièrement « dépressive » puisque les aliénistes décrivent longuement ses effets physiques de suspension des facultés motrices, nutritives, plus généralement vitales, ainsi que ses effets moraux d'inhibition ou d'oppression des facultés affectives, intellectuelles, morales en général. Par cet effet « dépressif » sur l'ensemble des facultés, la tristesse entraîne dès lors un état global dont le versant affectif est l'abattement ou l'accablement, celui-ci reflétant une « chute des forces », ou bien l'ennui ou dégoût de vivre, un mélange de mal-être affectif et d'un sentiment d'impuissance, qui se présente comme une version légère de l'abattement ou accablement. Mais l'ennui ou dégoût de vivre peut aussi entraîner la tristesse plutôt que d'en résulter : il peut alors en être la cause mais aussi l'objet, le sujet se désespérant d'être ainsi en proie au mal-être et réduit à l'impuissance. L'« abattement » et l'« accablement » en est une version aggravée, dans laquelle le sentiment d'impuissance finit par prendre le dessus sur le mal-être : le mélancolique sent ses forces surpassées par une force insurmontable, d'où le vécu d'un état d'aliénation.

Dans un second temps je montrerai comment les aliénistes de la génération suivante, Falret et Baillarger, mettent en évidence des « états de dépression générale » : ces états ne sont pas uniquement affectifs, mais concernent toutes les « facultés » de l'individu, (facultés physiques donc nutritives et motrices ; facultés morales donc intellectuelles et affectives) ; ils surviennent dans le cours de l'aliénation mentale, dont ils caractérisent des phases ou des formes mélancoliques. Ils sont aussi les premiers à parler de « douleur morale » (Haustgen & Masson, 2018). Les différentes passions tristes intervenant dans la mélancolie, soit la tristesse elle-même, « l'ennui », le « dégoût de vivre », « l'abattement », « l'accablement », la crainte,

³² La définition du spleen dans le *Panckoucke* lui donne pour synonymes « l'ennui » et « le dégoût de vivre » (*Dictionnaire des sciences médicales*, Pancoucke éd., 1821, p. 323).

sont alors envisagées comme composant un versant affectif de ces états de dépression. Mais ce versant affectif peut aussi précéder et annoncer un état de dépression, ou plus généralement d'aliénation mentale : il en constituerait un premier stade ou serait susceptible d'entraîner l'aliénation, en favorisant le basculement de l'individu dans l'état de dépression générale qui en est une forme déclarée. Or la tristesse à proprement parler peut être secondaire voire paraître absente du versant affectif d'un tel état de dépression, dominé par l'abattement ou accablement : Baillarger introduit même la notion de « stupeur » et se demande s'il s'agit d'une forme extrême de tristesse (Baillarger, 1853a). Ces états de dépression semblent cependant être généralement causés par la tristesse elle-même, qui reste le symptôme central de la mélancolie : cette dernière a donc distinctement pour symptômes d'une part la tristesse et d'autre part les états de dépression dont le versant affectif est plutôt dominé par l'ennui, le dégoût de vivre, l'abattement, l'accablement, voire la stupeur.

Dans un troisième temps je montrerai que c'est ce réseau conceptuel (entre l'état de dépression, son versant affectif, la tristesse et la mélancolie) que fixe ensuite Séglas dans des termes nouveaux dans sa leçon sur la « mélancolie sans délire » (Séglas, 1895) : l'aliénation mentale y est définie au niveau du versant affectif lui-même sans réduire celui-ci à une passion ayant un rôle causal à l'égard d'un trouble intellectuel. De ce fait il y aurait quelque chose de pathologique dans un état affectif lui-même, état affectif qui correspond en fait au versant affectif des états de dépression. Cet état affectif global altéré proviendrait alors d'une altération de la sensibilité, et il entraînerait la « douleur morale » en favorisant un ensemble de passions tristes dont elle est la dimension douloureuse (Séglas, 1895). Cette douleur morale pourrait, de manière secondaire, induire des perturbations intellectuelles et s'accompagner de perturbations somatiques plus profondes, qui l'entretiennent en retour : Séglas met ici en place les relations fonctionnelles qui servent aujourd'hui à décrire les états dépressifs, entre les trois grands pôles symptomatologiques somatique, affectif, et comportemental et cognitif, ce qui justifie l'affirmation de Haustgen selon laquelle Séglas fournit la « première formulation moderne des états dépressifs » (Haustgen, 2014)

Le versant affectif de l'état dépressif trouvant son origine dans des perturbations somatiques, sa caractérisation par Séglas implique une conception de l'affectivité très différente de celle de Pinel et Esquirol, dans laquelle les phénomènes affectifs sont des passions, qui ont surtout des causes morales et dérangent l'esprit en perturbant le fonctionnement du cerveau. Comment rendre compte de cette évolution ? Au cours du XIX^e siècle, la pratique médicale des aliénistes s'institutionnalise peu à peu, et ils accumulent un

savoir issu de la clinique tout autant que résidant dans les ouvrages théoriques des grands maîtres : leur pratique devient un « continent clinique » autonome, leur lexique évolue, suivant un lent « bricolage sémiologique » face à l'ambiguïté des symptômes de la maladie mentale, pour reprendre les thèses et les termes de Demazeux (2019). Or ils quittent peu à peu le cadre ancien de la psychophysique des passions³³, et sont influencés par les conceptions d'une nouvelle branche médicale apparue en Allemagne et désignée du nom de « psychiatrie ». C'est d'elle que provient l'idée que les phénomènes affectifs s'inscrivent dans le prolongement de la sensibilité, comme en témoigne par exemple la traduction française du discours de Griesinger sur « la pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande » dans les *Annales médico-psychologiques* en 1865. De cette psychiatrie allemande provient également l'idée que l'aliénation mentale peut être fondamentalement affective (Haustgen & Masson, 2018; Hum et al., 2010; Lantéri-Laura, 2003; Masson & Muirheid-Delacroix, 2014). Une autre conséquence de l'abandon de la psychophysique des passions est que le « spleen » ou « ennui » ou « dégoût de vivre » sort du champ médical (Rigoli, 2018). Il ne refera surface en médecine que de façon marginale au début du XX^e siècle³⁴. Les aliénistes ne s'interrogent donc plus sur l'aliénation mentale en termes de présence ou d'absence de passions causant un dérangement de l'esprit, mais en termes d'altération de la sensibilité entraînant des états affectifs dans lesquels peut déjà résider une forme d'aliénation mentale. C'est le fait que les aliénistes déplacent leur conception de l'aliénation mentale, de ses manifestations intellectuelles, vers l'affectivité et la sensibilité elles-mêmes qui les conduit à s'approprier la notion de « douleur morale » issue de celle de « phrénalgie » forgée par le psychiatre belge Guislain (Haustgen & Masson, 2018; Masson & Muirheid-Delacroix, 2014).

33 Dans laquelle l'aliénation mentale est un dérangement de l'esprit, lié à une perturbation du fonctionnement du cerveau par les passions qui agissent directement dessus, à titre de causes morales (donc via l'esprit sur le cerveau, qui dérange ensuite l'esprit en retour), ou via une perturbation physique au niveau des centres de la sensibilité eux-mêmes reliés au cerveau (donc via ces centres nerveux sur le cerveau, ce qui dérange alors l'esprit). Dans ce cadre l'ennui est « l'envers de la passion » au sens de son extinction par absence de sollicitation ou épuisement des centres nerveux sur lesquels elle agit (Rigoli, 2018).

34 L'ennui et le spleen disparaissent de la médecine des traités des aliénistes et des dictionnaires médicaux au milieu du XIX^e siècle et ne refont surface en médecine que dans quelques ouvrages du début du XX^e siècle : présent dans les dictionnaires de médecine antérieurs, comme le *Panckoucke* achevé d'être publié en 1822, le spleen est absent des dictionnaires de médecine postérieurs, comme le *Andral* achevé d'être publié en 1836, la deuxième édition de l'*Adélon* publiée de 1832 à 1846, et surtout le *Jaccoud*, principal dictionnaire médical de la deuxième moitié du XIX^e siècle (publié de 1864 à 1886), alors qu'il sera de retour dans le *Littre* de médecine de 1873, dans sa réédition en 1908, ou encore dans le *Larousse médical* de 1924. En dépit de cette résurgence un peu marginale au tournant du XX^e siècle, le spleen passe au milieu du XIX^e siècle de la médecine à la littérature, dont il devient un thème majeur de cette période, notamment chez Baudelaire qui publie ses *Fleurs du Mal*, dont la section principale s'intitule « Spleen et idéal », pour la première fois en 1857, recueil réédité trois fois entre 1861 et 1868. 1857 est aussi la date de publication de *Madame Bovary*, dont l'ennui légendaire a fait la renommée de Flaubert.

Si l'altération de l'affectivité trouve une cause en dehors de l'affectivité elle-même, c'est dans la sensibilité organique : cela se traduit donc en premier lieu par une altération du sentiment de soi appelé « cénesthésie ». Cette dernière serait la base de la vie affective, dont elle soutiendrait tous les ressentis : d'après Starobinski, ce terme a été établi dans le domaine français par Ribot, qui l'emprunte toujours à la psychologie allemande, pour désigner le sentiment organique de soi, c'est-à-dire l'ensemble de toutes les sensations que l'on a, qui constituent le soi (Starobinski, 1977, pp. 10-11). C'est dans ce contexte que le versant affectif des états dépressif va être envisagé par Séglaas comme résultant d'une altération de la cénesthésie, donc d'un désordre somatique, qui serait dès lors à l'origine de l'état de dépression tout entier. En résulte une forme d'aliénation mentale fondamentalement affective, définie par l'état de dépression et les passions tristes, et caractérisée, à titre de symptôme central, par la dimension douloureuse de ces passions tristes (qui ne se résument pas à la tristesse à proprement parler), soit la douleur morale : la « mélancolie sans délire » (Séglaas, 1895).

Dans un quatrième temps je m'intéresserai à la catégorie de « neurasthénie » apparue à la fin du XIX^e siècle. En effet son tableau clinique est caractérisé par « l'état mental neurasthénique », dont la composante affective correspond au versant affectif des états dépressifs, puisque l'on y retrouve la gamme de ses états affectifs, l'ennui, l'abattement, le découragement, la tristesse, l'anxiété. Cette composante affective qui n'est pas le tout de « l'état mental neurasthénique » : s'y ajoutent certaines idées, de nature anxieuse, hypocondriaque ou obsessionnelle notamment. Quant au reste de l'état de dépression (somatique et psychomoteur), il figure aussi dans la composition du tableau clinique neurasthénique car l'épuisement qui cause l'état mental neurasthénique, est à la fois physique et mental. L'épuisement du neurasthénique provient d'un « surmenage », intellectuel ou affectif : nous verrons qu'il peut alors venir d'une émotion sous forme de choc émotionnel ou d'une usure émotionnelle. Lorsque le neurasthénique est triste, sa tristesse porte sur son propre état, sur son « impuissance », son incapacité à poursuivre ses activités comme à remédier à son propre état, qualifiée par ce terme.

Dans un cinquième et dernier temps, je montrerai que l'œuvre de Kraepelin, traduite en français au début du XX^e siècle et dont l'influence a alors été grande sur la psychiatrie française naissante, introduit la notion d' « humeur » ou « thymie » pour désigner le versant affectif des états dépressifs, que Kraepelin inscrit dans le cours d'une nouvelle maladie : la psychose maniaque-dépressive.

1. Les passions tristes des mélancoliques chez Pinel et Esquirol

- Les passions tristes : l'ennui ou dégoût de vivre, l'abattement ou accablement, la tristesse, la crainte

L'ennui ou dégoût de vivre peut devenir morbide et conduire à l'aliénation mentale ; l'abattement ou l'accablement résultent de l'aliénation, lorsque les forces physiques et morales de l'aliéné diminuent. Une étude récente sur l'histoire de « l'ennui pathologique » souligne que l'ennui, ou dégoût de vivre, ou encore le spleen, est traditionnellement, dans la « psychophysique des passions » dont héritent Pinel et Esquirol, conçu comme « l'envers des passions », soit une absence de passion qui est vécue comme un mal-être affectif, ainsi qu'un défaut, un déclin de la force vitale que manifestent les passions : il signifierait l'extinction des fonctions affectives et vitales, par exemple chez les héros de Racine, tout comme le spleen, qui en est le proche parent sinon le synonyme, présent dans la littérature anglaise tout autant que dans la médecine depuis l'ouvrage *The English malady* de George Cheyne en 1733 (Rigoli, 2018). Cet ennui morbide était un thème littéraire et artistique depuis le milieu XVIII^e siècle, par exemple dans la comédie *Sidney* de Gresset de 1745 régulièrement rééditée jusqu'à la fin du XVIII^e siècle (citée dans l'article « spleen » du dictionnaire médical édité par Pancoucke en 1821), dans les lettres de Mme de Maintenon (comme « mal de vivre »), chez Senancour (avec l'ennui des *Rêveries sur la nature primitive de l'homme*, 1791, et le « vague des désirs » d'Oberman, 1804), chez Rousseau (avec l'ennui de la vie dans l'*Émile*), chez Mme de Staël, ou encore chez Chateaubriand (dans *René* et à travers le « vague des passions » dans le *Génie du christianisme*) (Rigoli, 2018). Pinel fait entrer cet « ennui », ce « dégoût de vivre » dans la médecine comme une passion triste pouvant induire la mélancolie, même si c'est plutôt la tristesse à proprement parler qui cause ce trouble, et le caractérise de façon centrale : l'ennui ou dégoût de vivre peut favoriser la tristesse, ou l'évolution vers un état mélancolique sous l'effet d'une telle passion. Ces états affectifs ont toute leur place dans le champ de la médecine dès lors que celle-ci commence à inclure une approche médicale de la « folie », de l'aliénation mentale : de longs articles leur sont consacrés dans le *Panckoucke*, publié de 1812 à 1822, principal dictionnaire médical de référence de cette période, dont certains sont signés de Pinel ou Esquirol, qui leur consacrent par ailleurs des descriptions conséquentes à travers les cas cliniques rapportés dans leurs traités.

La tristesse est la passion centrale dans la mélancolie, et son symptôme le plus caractéristique dans la tradition aliéniste. La mélancolie en tant que maladie est caractérisée depuis l'Antiquité par la tristesse et la crainte (Radden, 2009). La crainte, allant de l'appréhension à la terreur, est très présente dans les tableaux cliniques, mais c'est plutôt par les « passions tristes », en un sens générique, et plus encore par la tristesse en un sens spécifique, que Pinel et Esquirol définissent la mélancolie. Un emploi du terme « mélancolie » pour désigner une forme de tristesse, remonte à la Renaissance, ce qui renforce l'assimilation entre les deux notions : Klibansky, Panofsky et Saxl montrent qu'à ce moment-là le terme se met à désigner, notamment dans la poésie, une disposition temporaire à être triste³⁵ (Klibansky et al., 1989, p. 351-354). Or ces historiens affirment que ce sens n'est pas resté confiné à la poésie, mais a gagné le langage commun, pour devenir finalement « *le sens normal du terme dans la pensée et le discours modernes* » (p. 353). Mais de plus Pinel et Esquirol ne sauraient concevoir la mélancolie comme une forme morbide de spleen, puisque cet état affectif fait référence, du fait de son étymologie³⁶, à la médecine humorale issue

35 < 1. La mélancolie comme humeur subjective dans la poésie de la fin du Moyen Âge. Il est une branche de l'évolution du mot « mélancolie » qui, au fil des époques, en a fait un synonyme de « tristesse sans cause ». « Mélancolie » a bientôt signifié état d'âme temporaire, sentiment d'abattement indépendant de toute circonstance pathologique ou physiologique, un sentiment que Robert Burton (tout en protestant contre l'extension du terme) définit comme une « disposition mélancolique transitoire », par opposition au « tempérament mélancolique » ou à la « maladie de mélancolie ». Ainsi, pouvait-on dire de quelqu'un qu'il était « mélancolique aujourd'hui » ce qui eût été impensable au Moyen Âge ; qui plus est, l'adjectif « mélancolique » pouvait, par glissement, non seulement désigner la personne mais aussi l'objet qui induisait son humeur, en sorte que l'on pouvait parler d'espaces mélancoliques, de lumière mélancolique, de notes mélancoliques ou de paysages mélancoliques. C'est là une transformation qui ne s'opéra pas dans les écrits médicaux ou scientifiques, mais dans un type de littérature qui s'attachait essentiellement à observer et à représenter la sensibilité humaine comme quelque chose qui possédait une valeur en soi – c'est-à-dire dans la poésie lyrique, narrative, et aussi dans les romans en prose. Le mot « mélancolie », que l'on voit apparaître de plus en plus souvent dans les écrits populaires de la fin du Moyen Âge, trouva rapidement sa place chez les auteurs de belles-lettres, qui l'adoptèrent afin de colorer leurs descriptions des inclinations et des états de l'esprit. En se l'appropriant, ces auteurs modifièrent et déplacèrent la signification, à l'origine pathologique, de la notion de mélancolie, de sorte qu'elle s'assimila progressivement à l'idée d'une « humeur » plus ou moins passagère. Ainsi, parallèlement à son sens proprement scientifique et médical, le mot acquit une autre signification, que l'on peut dire « poétique ». Cette acception se forgea une histoire propre ; une fois fixée, elle trouva sa place dans l'usage commun aucun des termes du langage ésotérique des sciences ne put jamais le faire. Cela ne veut pas dire, bien entendu, que les deux notions originelles de mélancolie – la mélancolie comme maladie et la mélancolie comme tempérament – disparurent entièrement de la littérature et de l'usage commun. Les auteurs de poésie amoureuse lyrique, par exemple, continuaient à utiliser le mot de mélancolie comme un synonyme de folie et, dans les portraits, « mélancolie » conservait toujours le sens de disposition permanente. Cependant l'usage traditionnel, sauf dans les écrits scientifiques, tendait de plus en plus vers une définition de la mélancolie comme humeur subjective et passagère, jusqu'au jour où enfin la nouvelle définition « poétique » le supplanta au point de devenir le sens normal du terme dans la pensée et le discours modernes. [...] « Se mélancolier » signifiait « devenir triste » ou « entretenir de tristes pensées », et l'adjectif « mélancolieux » pouvait aussi bien décrire l'humeur d'un être triste et maussade (« on l'a trouvé mélancolieux et iré », ou « Alexandre mélancoliquement pensant à ses pertes ») que le regard d'un chien fou (« le chien enragé regarde de travers et plus mélancoliquement que de coutume »), l'impression causée par la nuit, ou encore l'humeur engendrée par un objet « triste ». « Je suis entrée en grant mélancolie » soupire l'une des héroïnes amoureuses des Cents Ballades d'amant et de dame de Christine de Pisan, lorsqu'elle croit que son chevalier servant l'a trahie ; quant au songe visionnaire – procédé d'usage courant dans la poésie narrative du Moyen Âge, que le narrateur introduit, en général, lorsqu'il se trouve dans une solitude champêtre – il n'est plus désormais invoqué sous l'effet de la lassitude ou du chagrin de l'écrivain, mais sous l'effet de sa « mélancolie ». » (Klibansky et al., 1989, pp. 351-354)

36 Le « spleen », arrivé dans la langue française au milieu du siècle précédent, depuis l'anglais où il était apparu au XIV^e siècle, dérive du latin « splen » qui désigne la rate, parfois vue comme le siège de la mélancolie puisque ce serait elle qui

d'Hippocrate et Galien, que Pinel et Esquirol rejettent. Ces derniers inaugurent en effet une approche médicale moderne de l'aliénation mentale en commençant avant tout par rompre explicitement avec cette conception humorale. Dans leurs traités respectifs, ils écrivent que leurs autopsies leur ont prouvé que le cerveau des mélancoliques ne renfermait pas de bile noire, ce n'est donc pas un excès de cette « humeur » qui cause ce trouble³⁷ (Esquirol, 1838; Pinel, 1810). Dans les dictionnaires médicaux du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, le *Dictionnaire des sciences médicales* (Pancoucke éd., 1818), le *Dictionnaire de médecine* (Adelon dir., 1824, 1837), le *Littré médical* (1873, 1908), le *Larousse médical* (1924), le terme « humeurs » signifie les « fluides corporels », les parties de l'organisme qui sont liquides plutôt que solides, mais aucune d'elles n'est regardée comme la cause de la mélancolie ou plus généralement de l'aliénation mentale. Dans d'autres dictionnaires, le terme n'est même pas référencé : le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Andral dir., 1833), le *Dictionnaire universel de matière médicale* (Mérat et Lens dir., 1831), le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (Jaccoud dir., 1873), le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre dir., 1885). Pinel et Esquirol mettent donc en avant la tristesse dans la mélancolie, comme passion centrale de celle-ci. Esquirol introduit le terme de « lypémanie » à la place de celui de « mélancolie », parce que ce dernier a selon lui deux défauts : d'une part il connote la tradition humorale, c'est-à-dire suggère que l'origine du trouble est un excès de bile noire, ce qu'Esquirol rejette à la suite son maître Pinel ; d'autre part, il a été employé pour toute forme de délire partiel³⁸, gai ou triste, ce délire

sécréterait la « bile noire », humeur responsable cette maladie mentale comme en témoigne l'étymologie grecque (de « mélas », « noir », et « khole », la « bile »). Cet état affectif est donc historiquement étroitement lié à la conception humorale de la mélancolie. Dans son entrée sur le spleen, le « Pancoucke » nous dit : « *Le spleen est cette maladie mentale dans laquelle l'homme est las de vivre. Dans toutes les circonstances de la vie, à toute heure, en tout lieu, l'ennui le poursuit. [...] Cette maladie a sans doute reçu ce nom, parce qu'on pensait que la rate en était le siège.* » (Pancoucke éd., 1821, p. 323). La description de celui qui souffre du spleen évoque nettement la mélancolie : « *Les personnes affectées du spleen sont tristes, taciturnes, ou si elles rompent leur silence accoutumé, c'est pour exhaler des plaintes ; en général elles recherchent la solitude et voient tout au travers d'un prisme lugubre. Le passé leur inspire d'inutiles regrets ; elles gémissent sur le présent, et l'avenir les épouvante ; rien ne peut les distraire ou longtemps ou complètement ; elles ne cèdent qu'à regret aux influences sociales, aux relations d'amitié, et se montrent encore moins sensibles aux liaisons du cœur et aux jouissances de l'étude. [...] On les reconnaît parfois à leur démarche mal assurée, aux regards obliques, à l'expression morne ou indélébile de leur physionomie à une sorte d'apathie qui entraîne la lenteur de toutes les fonctions, surtout de la respiration et de la circulation. Le pouls est lent et faible, l'appétit peu prononcé, les digestions languissent [...]* » (Pancoucke éd., 1821, p. 325-326)

³⁷ Dans le troisième tome de la *Nosographie philosophique*, Pinel invalide la conception humorale de la mélancolie – donc rejette le terme « humeur » – par les connaissances récentes en anatomie : Galien en aurait fait des théories vaines, auxquelles font écho les caractérisations de ce comportement en termes d'« une humeur atrabilaire redondante, une couleur brune, une habitude de corps maigre et desséchée, une taciturnité sombre, etc. » (Pinel, 1810, p. 85-86).

³⁸ Trouble intellectuel qui n'affecte pas nécessairement l'ensemble des facultés et se restreint généralement à un objet.

désignant simplement un trouble intellectuel, à quoi Esquirol propose de réserver le terme de « monomanie » (Esquirol, 1838 p. 398). Or celle-ci se divise se présente « sous deux formes opposées », l'une « ayant pour signe caractéristique un délire partiel et une passion excitante ou gaie », et l'autre étant « caractérisée par un délire partiel et une passion triste et oppressive » (Esquirol, 1838, p. 404). Esquirol réserve alors le terme « monomanie » à la première, et forge pour la seconde le néologisme « lypémanie » en associant le terme grec qui désigne la tristesse et celui qui désigne la manie ou folie, pour remplacer celui de « mélancolie », tout en désignant plus précisément par là une forme d'aliénation mentale, dans laquelle une passion « triste » et « oppressive » « produi[t] » « un délire fixe et permanent » et « des désirs et des déterminations relatifs au caractère de la passion dominante » (Esquirol, 1838, p. 404). Esquirol veut introduire dans la langue médicale un terme plus précis que celui de « mélancolie », et laisser celui-ci « aux moralistes et aux poètes, qui, dans leurs expressions, ne sont pas obligés à autant de sévérité que les médecins », car « dans le langage vulgaire », le terme de « mélancolie » désigne « l'état habituel de tristesse de quelques individus » : Esquirol dit qu'il peut y être conservé « au tempérament dans lequel prédomine le système hépatique, et désigner la disposition aux idées fixes, à la tristesse » (Esquirol, 1838, p. 399). Cependant, cette association entre la mélancolie et la tristesse dans la langue courante est indissociable de l'emploi du terme « mélancolie » par des médecins pour désigner une forme de folie dominée par la tristesse, ou des passions tristes au sens large, Esquirol citant sa caractérisation par la tristesse et la crainte, ou simplement par la tristesse, chez les anciens, notamment Hippocrate, mais aussi chez ses contemporains dont Pinel (Esquirol, 1838, p. 403-405) : sous le néologisme de « lypémanie » Esquirol en fait une de ses principales formes d'aliénation mentale dont le trait central est bien cette tristesse ou passion triste, dans la mesure où elle a induit un délire, puisqu'elle est mise au premier plan par l'étymologie du terme.

Dans l'introduction du traité, il en fait la première des cinq « formes générales de la folie » et la définit ainsi : « 1° Lypémanie (mélancolie des anciens) délire sur un objet ou un petit nombre d'objets avec prédominance d'une passion triste et dépressive » (Esquirol, 1838, p. 22). Si la tristesse, ou toute passion triste est « dépressive », ou « oppressive » comme Esquirol l'écrit dans le chapitre consacré à la lypémanie, c'est en raison du type d'effets qu'elle a sur l'ensemble des facultés morales et physiques : elle frappe le corps et l'esprit d'une manière qui bouleverse l'exercice de ces facultés, voire conduit à leur suspension.

A titre de passion, la tristesse est alors un authentique objet médical, comme en témoigne la longueur de l'article qui lui est consacré dans le *Dictionnaire des sciences médicales*. Ce dictionnaire nous apprend que la tristesse, cette passion qui se rapporte à une perte, a de très forts effets tant sur le corps que sur l'esprit :

« Rien n'est plus manifeste que les caractères de la tristesse, lorsque l'idée d'un mal irrévocable ou toujours présent obsède la pensée incessamment. A la première nouvelle d'une perte cruelle, de la mort ou de l'abandon d'un être chéri, à la vue de la misère, du déshonneur, d'une blessure dangereuse, d'une maladie funeste, ou d'autres causes de douleur, on se sent frappé à l'estomac ; l'appétit se suspend tout à coup ; tout le corps pâlit, se refroidit, le visage paraît abattu, décharné par la flaccidité et la chute subite des forces musculaires ; on languit ; le pouls devient faible, lent, car le sang se retire vers le cœur et les gros vaisseaux, à mesure qu'il déserte l'extérieur ou le système de la circulation capillaire. Alors tout l'appareil des gros vaisseaux gorgés subitement de sang, se trouve gonflé : de là l'oppression singulière que l'on éprouve et qui fait exhaler de gros soupirs. On sent son cœur étreint et comme serré de liens ; c'est ainsi que dans l'amour trompé ou dans tout autre violent chagrin on éprouve un crève-cœur, effet si réel que le cœur s'est crevé chez certains hommes, tels que le roi d'Espagne Philippe II, apprenant la destruction de son invincible Armada par une tempête, et le pape Jules II en voyant les progrès des armes françaises en Italie. » (Pancoucke éd., 1821, p. 43-44)

La forme extrême de cette tristesse, que l'on rencontre dans les tableaux mélancoliques les plus sévères, est silencieuse, et les mélancoliques finissent par en mourir : *« La grande tristesse, en effet, est profonde, morne, sans pleurs, sans paroles ; mais elle suffoque et tue. »* (Pancoucke éd., 1821, p. 44). L'oppression ou la dépression des facultés, notamment vitales, peut donc aller jusqu'à leur suspension totale et ainsi à la mort.

Conformément à l'approche psychophysique des passions, ces effets de la tristesse sont expliqués par le fait que, caractérisée par une obsession pour son objet, cette passion attire les forces vitales vers le siège de l'intellect qu'est le cerveau, les retirant ainsi au reste du corps qui s'affaiblit et dépérit :

« La tristesse, en effet, ronge l'existence, parce qu'elle a le privilège d'exercer fortement les organes intellectuels où elle attire les forces ; on devient méditatif, lent, observateur, à mesure que les fonctions digestives languissent davantage. [...] Fuyons donc cet abattement de l'âme d'autant plus difficile à combattre que la cause en est souvent inconnue. » (Pancoucke éd., 1821, p. 47)

La tristesse en un sens générique englobe toutes les passions tristes comme l'envie, la commisération, la pitié, la pudeur, la honte (Pancoucke éd., 1821, p. 49), toutes susceptibles de déboucher sur cette forme profonde, prolongée, qui peut conduire à la mort. La tristesse en un sens spécifique est la passion qui répond à une perte, et se spécifie encore suivant le type de perte à laquelle elle répond, par exemple à travers le deuil et la nostalgie :

« On sait combien la nostalgie est une tristesse douloureuse et souvent mortelle. Telles sont encore tant de sources secrètes de consommation qui creusent la plupart des tombeaux, comme les soucis de la misère, les chagrins domestiques, les jalousies cachées, les ambitions déçues, les tourments d'un amour frustré, l'abandon dans la vieillesse, la viduité ou le célibat, et mille peines causées par des pertes ou la mauvaise conduite des personnes qui nous sont les plus chères. » (Panckoucke dir., 1821, p. 49).

Cette tristesse mène à l'abattement et à l'accablement, qui sont des formes extrêmes du découragement. L'abattement est défini dans le *Dictionnaire de médecine* d'Adelon des années 1820 comme une « chute notable des forces » à la fois sur le plan moral où il s'agit d'« une sorte de découragement porté à un degré considérable », et sur le plan physique où il porte sur les fonctions locomotrices ; dans l'accablement s'ajoute un sentiment de pesanteur³⁹. Le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* d'Andral, publié en 1829, définit l'abattement comme une chute pathologique des forces nerveuses, qui peut provenir d'une maladie, ou bien se présenter de manière autonome, ses causes étant alors inconnues : dans tous les cas il est caractérisé par une diminution « des mouvements, des sensations, des fonctions morales et intellectuelles », quoiqu'il se prête à une distinction entre abattement physique (fonctions locomotrices), et moral (fonctions intellectuelles et affectives)⁴⁰.

- Le rôle des passions tristes dans la mélancolie ou lypémanie

³⁹ « Il importe, pour la précision du langage, de ne pas confondre l'abattement avec l'accablement, l'affaissement, la langueur, l'épuisement, la faiblesse. L'accablement consiste, comme l'abattement, dans une chute subite et considérable des forces ; mais il s'y joint un sentiment particulier de pesanteur générale : il semble aux malades qu'ils soient accablés sous leur propre poids. Le mot affaissement exprime spécialement cette augmentation rapide de la faiblesse et de la maigreur qui survient dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, lorsqu'elle tend prochainement vers une terminaison funeste. Souvent l'affaissement n'a lieu que dans les derniers jours de l'existence : la face hippocratique est alors un de ses traits caractéristiques. La langueur et l'épuisement surviennent généralement avec lenteur. Ils diffèrent déjà par cette circonstance de l'abattement et de l'accablement : ils diffèrent l'un de l'autre en ce point, que l'épuisement est le résultat de certaines causes qui lui sont propres, comme les évacuations abondantes, la privation des aliments nécessaires, la fatigue excessive du corps ou de l'esprit. Quant au mot faiblesse, il est en quelque chose générique ; il comprend toute langueur des forces, quelles que soient les causes qui la produisent, la rapidité avec laquelle elle survient, la forme sous laquelle elle se présente. » (Chomel, in Adelon ed., 1821).

⁴⁰ « Terme figuré ou métaphorique par lequel on désigne, en pathologie, une diminution notable et soudaine des phénomènes de la puissance nerveuse, c'est-à-dire des mouvements, des sensations et des fonctions morales et intellectuelles. Bien que l'abattement ne soit le plus souvent qu'un des symptômes d'une affection aiguë plus ou moins compliquée, il n'en est pas moins vrai qu'il existe quelques fois seul, et pour ainsi dire à l'état simple. Dans ces cas il constitue réellement une maladie qui a ses causes, ses phénomènes propres, son siège, et qui réclame des moyens thérapeutiques particuliers [...] L'abattement présente des variations d'intensité et d'étendue. Je veux dire, par ce dernier mot, que l'abattement peut être général ou partiel. Il est général quand tous les phénomènes de l'innervation sont subitement diminués et comme enrayés ; il est partiel, lorsque cette diminution ne frappe que quelques uns de ces phénomènes. On l'a divisé en abattement physique et en abattement moral, suivant qu'il porte sur les fonctions locomotrices ou sur les fonctions intellectuelles et affectives. L'abattement, considéré en lui-même et comme un état morbide simple ou élémentaire, est caractérisé suffisamment par la définition que nous en avons donnée. » (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Andral, 1829, pp. 1-3)

Pinel et Esquirol conçoivent alors la mélancolie, ou lypémanie pour Esquirol, comme un « délire triste », soit un trouble intellectuel, un dérangement de l'esprit, causé par une passion triste, principalement la tristesse à proprement parler : cette passion en est dès lors le symptôme central, mais aussi l'une des principales causes, ainsi que la principale cible thérapeutique pour le « traitement moral ». Comment la tristesse, la mélancolie, l'ennui ou dégoût de vivre, et l'accablement ou abattement s'agencent-ils ? L'« ennui » ou le « dégoût de vivre », prédispose à la mélancolie, voire l'entraîne. Un tempérament mélancolique peut en effet prédisposer à sombrer dans l'aliénation suite à une perte, or ce tempérament se traduit par une tendance à l'ennui ou dégoût de vivre, qui joue ainsi un rôle de prédisposition à l'égard de la mélancolie. La mélancolie est alors causée à proprement parler par la tristesse en un sens spécifique. En tant que « délire triste », elle est un trouble de nature intellectuelle⁴¹ que cette passion entraîne en causant un dérangement de l'esprit, via son action sur le cerveau : le délire a alors une thématique triste, empruntant son objet à cette passion. Ces objets sont toujours des objets perdus, ce qui définit bien la mélancolie par la tristesse, en tant qu'émotion ou passion répondant à une perte : un être cher, un amour, un pays, un bien, un statut social...⁴². Enfin cette passion, ayant entraîné l'aliénation, cède place à l'« abattement » ou « accablement », suite à l'épuisement des forces du mélancolique.

41 Dans le dictionnaire d'Adélon, l'article signé de Georget nous dit que le délire, c'est l'ensemble des « actes » (p. 396) d'un esprit qui sort des « bornes de la raison », ce qui est l'effet de « désordres des fonctions du cerveau » (p. 395). Ces désordres causent en effet les « désordres de l'intelligence », qui vont de « l'esprit faux, qui n'aperçoit pas les qualités réelles des corps, le véritable état des choses, jusqu'au délire le plus voisin de la perte réelle de connaissance » (p. 396). Sur cet éventail, on peut faire l'inventaire et donner un nom particulier à « toutes les aberrations mentales un peu singulières, pour en faire ensuite autant de lésions spéciales, historiées et classées dans les systèmes de nosologie » (p. 396). Ce n'est pas l'absence d'intervention de la volonté dans les actes de l'esprit qui définit le délire, car les actions des aliénées sont soutenues par leur volonté, alors même qu'ils n'ont pas conscience de leur trouble, alors qu'inversement nous faisons sans volonté voire sans conscience, de nombreux actes automatiques qui restent pourtant dans les bornes de la raison. Pour Georget, il est des choses que l'esprit conçoit et des rapports qu'il aperçoit sans qu'ils aient été explicitement vus, ce qui fait que « personne ne se méprendra, dans l'immense majorité des cas, sur l'état d'un malade qui délire, d'un individu qui est ivre, et d'un aliéné qui déraisonne » (p. 396). Le délire ne peut véritablement être défini ou caractérisé, pas plus que la raison. Les délires sont donc ensuite distingués par des traits formels (chronique ou aigu), les symptômes somatiques dont ils s'accompagnent (fièvre), etc. (Georget, Adélon dir., 1823, tome 6, pp. 395-406). Dans le dictionnaire de Pancoucke, Esquirol définit plus précisément le délire : « Un homme est en délire lorsque ses sensations ne sont point en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont point en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont point en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations ne sont point en rapport avec sa volonté. » (Esquirol, Pancoucke éd., 1814, vol. 8, p. 251) Cette définition, compatible avec celle de Georget, définit le délire comme une absence de rapport, qu'on peut comprendre comme une désorganisation des relations, entre le monde extérieur, la sensibilité, les idées et les actions de l'individu.

42 Pinel cite quelques cas célèbres de ce « délire triste ». Le Tasse était amoureux d'Eléonore, sœur du duc de Ferare, or cette passion lui causa des persécutions affreuses « qui exaspèrent les dispositions qu'il avait pour la mélancolie : bientôt défiance ombrageuse, terreurs pusillanimes, passion portée à l'excès pour la jeune princesse, délire exclusif: il se voyait toujours environné de poisons et de supplices, et poursuivi par un lutin avec lequel il prétendait avoir des entretiens très suivis : son jugement était d'ailleurs très sain. » (Pinel, 1810, p. 90) D'un médecin suisse, Zimmermann, Pinel nous dit que

Pour Pinel, l'aliénation mentale est toute intellectuelle, même si elle a des manifestations sur le plan physique autant que moral, les passions agissant avant tout sinon exclusivement sur le plan moral. Pour Esquirol, les passions sont plus centrales et agissent sur le plan physique tout autant que moral pour entraîner le dérangement du cerveau et avec lui de l'esprit. Qu'il qualifie la passion triste induisant la lypémanie de « dépressive » ou « oppressive », reflète son attention au versant physique tout autant que moral de la passion et de ses effets dans l'aliénation mentale : ces adjectifs évoquent une diminution de l'activité, des forces, tout autant physiques que morales, d'où un état général d'affaiblissement que les aliénistes de la génération suivante qualifieront d'« état de dépression », faisant par la suite un usage substantivé du terme pour désigner l'abaissement, la diminution ou l'affaiblissement des facultés. Esquirol, par son approche psychophysique de la passion triste dans la lypémanie ou mélancolie, inaugure donc la tradition de caractérisation clinique de celle-ci, par la *dépression*, outre la tristesse et la crainte, caractérisation qui perdure jusqu'au début du XX^e siècle, puisque le Littré de 1908 nous dit : « *Aujourd'hui ces deux expressions, lypémanie et mélancolie, sont presque toujours employées indifféremment dans un sens identique, celui de folie ayant pour caractères délirants principaux : la tristesse, la dépression, la terreur.* » Je vais maintenant montrer comment cette explication générale de la mélancolie se spécifie chez chacun de ces deux aliénistes, en l'illustrant par leurs textes cliniques.

Pinel promeut le « traitement moral » : les aliénées sont égarées sur le plan moral, en proie à un trouble intellectuel dont les passions sont la principale cause⁴³. Les passions sont une cible de ce traitement, qui soigne sur ce plan moral, donc sur le plan des objets et des raisons de ces passions, bien plus que de leurs éventuels facteurs et effets physiques. Ce

le chagrin causé par la Révolution française et la menace de voir son pays envahi lui causèrent un délire exclusif de voir l'ennemi entrer chez lui et dévaster sa maison, attesté par sa correspondance (Pinel, 1810, p. 90).

⁴³ « *Dans la mélancolie primitive ou acquise, la face est livide, le corps maigre, le caractère très irascible ; on est d'une défiance ombrageuse, le pouls est lent et concentré ; le sommeil est agité et troublé par des objets de terreur et des images lugubres ; on est toujours tourmenté de quelques idées singulières, ou possédé d'une passion dominante qui devient extrême ; on a un penchant marqué pour l'inactivité et la vie sédentaire. Mais les affections de l'âme sont susceptibles de la plus grande violence ; l'amour est porté jusqu'au délire, la piété jusqu'au fanatisme, la colère jusqu'à une fureur frénétique, le désir de la vengeance jusqu'à la cruauté la plus barbare. On réunit une ardente et profonde persévérance pour un objet idolâtré, avec la plus inconstante mobilité pour tout ce qui lui est étranger ; une taciturnité sombre est souvent interrompue par les saillies passagères d'une gaieté vive et comme convulsive. En avançant vers une vieillesse précoce, le corps se flétrit et se dessèche, la morosité naturelle du caractère se renforce par le progrès de l'âge ; le trouble croissant de la raison finit par une sorte d'aliénation d'esprit, ou plutôt par une association bizarre et forcée d'un certain ordre d'idées, avec les émotions les plus vives et les plus tumultueuses.* » (Pinel, 1810, p. 91-92)

traitement consiste principalement à détourner le mélancolique de l'objet de sa tristesse⁴⁴. Pinel appelle en fait « mélancolie » tout délire exclusif, qui peut prendre une forme « positive », caractérisée par des idées de grandeur, préfigurant ce que l'on appelle aujourd'hui l'état ou l'épisode maniaque, et une forme « négative », caractérisée par des idées pessimistes et des états affectifs négatifs, soit un état dépressif⁴⁵. Dans le second cas, l'état des mélancoliques provient selon Pinel d'« *une tristesse profonde et concentrée qui ne change point d'objet et finit par amener le délire !* » (Pinel, 1809, p. 165). Voici comment Pinel décrit ces mélancoliques, tristes à propos généralement de la mort, d'un amour malheureux ou d'un deuil :

« Un homme faible et timide tient quelques propos inconsidérés durant l'an 2^e de la République ; il est regardé comme un royaliste, et menacé de perdre la vie ; il entre dans des perplexités extrêmes, perd le sommeil, abandonne ses travaux ordinaires ; renfermé ensuite à Bicêtre comme aliéné, il est resté si profondément pénétré de l'idée d'une mort sinistre, qu'il ne cesse de provoquer l'exécution du prétendu décret lancé contre lui, et qu'aucun des moyens qu'on a tentés n'a pu le ramener à lui-même. Ce n'est pas sans émotion que j'ai vu des aliénés, victimes d'une âme sensible et tendre, répéter jour et nuit le nom chéri d'une épouse ou d'un fils enlevés par une mort prématurée, et dont l'image leur était toujours présente. Un jeune homme égaré par un amour malheureux, était dominé par une si puissante illusion, que toute femme étrangère qui venait dans l'hospice lui paraissait être son ancienne amante, qu'il la désignait sous le nom de Marie Adeleine, et ne cessait de lui parler avec l'accent le plus passionné. » (Pinel, 1809, pp. 166-167)

Ces mélancoliques tristes sont obsédés par certaines idées fixes, très vives dans leur esprit, relativement à l'objet de leur tristesse, et sont emportés au-delà d'eux-mêmes par des émotions très fortes qui s'y rapportent, ce qui peut les conduire au suicide (Pinel, 1809, p. 168). Il y a dès lors délire au sens explicité par Esquirol dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, d'une perturbation des relations entre le monde extérieur, la sensibilité, les idées, les volitions et les actions (Esquirol, in Pancoucke éd. 1814, p. 251) : la place prise par les idées qui se rapportent à l'objet de la tristesse est telle qu'elles sont sans rapport avec la présence ou l'importance de cet objet dans le monde extérieur, les mélancoliques se fixant sur

⁴⁴ C'est à la Salpêtrière que Pinel a inventé le « traitement moral ». L'hôpital venait d'être restructuré pour accueillir la quasi-totalité des aliénées de la région parisienne, environ 600 « folles », lorsque Pinel devient médecin-chef de cet hôpital, avec Landré-Beauvais pour médecin-adjoint (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 178), les hommes étant à Bicêtre. Pinel teste alors son traitement sur une cinquantaine d'aliénées qu'on estimait curables (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 180). Ce traitement fondé sur l'établissement d'une relation de confiance et d'autorité entre le médecin et sa malade peut être vu comme un traitement visant à la réhabilitation morale des « folles » en dissipant les passions qui les aliénaient.

⁴⁵ Dans le *Traité médico-philosophique*, Pinel définit la mélancolie comme un « délire exclusif » qui peut prendre deux formes, ou bien « *une bouffissure d'orgueil, et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses ou un pouvoir sans bornes* », forme dans laquelle on reconnaît les états maniaques, avant la lettre, ou bien « *l'abatement le plus pusillanime, une consternation profonde, ou même le désespoir* », ce qui s'apparente à un état dépressif (Pinel, 1809, p. 165).

cet objet au point de cesser de juger correctement du monde extérieur⁴⁶. Le tempérament mélancolique est celui qui favorise la fixation des idées sur des objets de tristesse (Pinel, 1809, p. 170-172). Lorsque la mélancolie est déclarée, « [*l]es idées des mélancoliques en délire ont souvent une telle ténacité et semblent gravées si profondément dans leur mémoire, qu'elles leur semblent toujours présentes et que tous les moyens qu'on peut tenter deviennent inefficaces »* : les mélancoliques se convainquent de la véracité de leurs idées, ou tombent dans une perplexité extrême si on s'efforce de leur en démontrer la fausseté (Pinel, 1809, p. 173).

Ce délire triste peut trouver son origine dans un état affectif que Pinel appelle le « dégoût de vivre ». Il s'apparente à une version légère de l'« abattement », mêlant mal-être affectif et sentiment d'impuissance. Le « dégoût de la vie » est relevé par Pinel parmi les causes et prédispositions à la mélancolie dans la « description générale » qu'il en fait dans la *Nosographie philosophique* (volume 3, 1813), ce « dégoût » étant causé par la conscience d'un « dépérissement de la santé »⁴⁷. Face au « délire triste », l'aliéniste doit appliquer un traitement moral, qui va extraire le mélancolique de son délire. Or la première étape de ce traitement est de « relever le courage » du mélancolique : le sortir du découragement, de l'état d'abattement, auquel il avait été conduit par sa tristesse. Dans la section sur les « préceptes à suivre dans direction des mélancoliques », Pinel préconise de rassurer, et de témoigner intérêt et soutien aux mélancoliques, que caractérise un découragement profond, outre des craintes sans fondement. Il nous raconte le cas d'une jeune aliénée morose qui refuse la nourriture : on tente de la forcer à manger en vain, on utilise une méthode ancienne qui est de la menacer de la doucher à l'eau froide si elle ne mange pas, et finalement ce sont des marques d'intérêt qu'on lui a témoignées et des propos consolants et doux qui la guérissent...⁴⁸ Il faut donc

46 Esquirol écrit : « *Pour raisonner juste, l'attention doit s'arrêter plus ou moins longtemps sur les objets qui frappent nos sens, et sur lesquels nous devons porter notre jugement ; mais si une disposition interne et malade [...] donne aux idées de celui qui est dans le délire plus de fixité, que n'a de force l'impression qu'il reçoit des objets extérieurs, comme dans la mélancolie, l'attention n'est plus successivement ni suffisamment arrêtée sur ces divers objets ; dès lors, point de jugement.* » (p. 251).

47 Ces causes de la mélancolie sont « *comme dans l'hypocondrie, la tristesse, des chagrins profonds, la frayeur, les travaux du cabinet, le dégoût de la vie, qui tient au dépérissement de la santé, un sentiment trop énergique de ses devoirs, une imagination qui multiplie à l'infini et exagère les malheurs de la vie, etc., l'interruption d'un genre de vie actif, l'amour violent, l'excès dans les plaisirs vénériens, l'abus des enivrants ou des narcotiques, des maladies précédentes traitées sans méthode, la suppression d'une saignée habituelle, d'une hémorragie, du flux hémorroïdal, celle d'un cautère, etc.* » (Pinel, *Nosographie philosophique*, p. 90)

48 En fait le traitement moral est avant tout la mise en place d'une relation et d'une attitude propre à toute psychothérapie, d'un climat de sympathie, d'écoute et de bienveillance permettant à la personne de retrouver sa dignité, climat toutefois accompagné d'une autorité dont le médecin ne doit pas se départir, quitte à faire usage de « répression » si la malade oppose

mettre fin au découragement ou abattement, en relevant les forces morales, davantage que les forces physiques, car le changement à obtenir chez l'aliénée est moral, s'agissant pour elle de se détourner de l'objet de son délire exclusif, reprenant ainsi le dessus sur la fixation morbide de ses idées sur cet objet. Relever ses forces morales est le préalable à la dissipation du délire par l'aliéniste : la réussite du traitement moral est dès lors favorisée par le fait que le médecin vive auprès de ses malades, les connaisse intimement et connaisse ainsi l'objet de leur délire⁴⁹.

Esquirol⁵⁰ s'intéresse avant tout aux passions, qui requièrent un traitement à la fois physique et moral, en tant que « symptômes, causes, et moyens curatifs » de l'aliénation mentale, pour reprendre le titre de sa thèse (Esquirol, 1805). Il s'intéresse encore plus que Pinel au versant physique des passions, car il les conçoit différemment. Dans sa conception, elles ne sont pas uniquement des causes morales de l'aliénation mentale, qui n'entraînent des effets physiques que corrélativement au dérangement du cerveau qu'elles ont directement provoqué en troublant l'esprit : elles en sont aussi des causes physiques, dérangeant directement le cerveau via des effets sur le corps, dont le système nerveux. Avec cette

trop de résistances : le but est de normaliser la malade, ce qui passe par une pédagogie morale qui suppose de dompter sa volonté égarée par la passion (Postel et Quételet, 1994, p. 155-160)

⁴⁹ Dans la section « traitement de la mélancolie », Pinel donne des exemples de guérisons obtenues par un moyen adroit ou un artifice propre à détruire l'idée exclusive qui est l'objet particulier de la mélancolie. Il admet l'utilité des traitements physiques dans la mesure où le délire peut parfois être dissipé par une impression forte ou brusque. Mais quand elle est « invétérée », la mélancolie a peu d'espoir de guérison, même quand elle est récente. C'est la disposition du mélancolique à un changement moral qui est déterminante, changement que l'on peut favoriser au mieux par un changement notable de la manière de vivre, par des exercices du corps, des distractions, des voyages... car tout cela permet de le détourner de l'objet de sa passion dominante, sur lequel porte le délire (Pinel, 1810, p. 93-95).

⁵⁰ D'abord étudiant de Pinel auprès de qui il apprend la clinique au chevet des malades, c'est-à-dire à reconnaître les formes de l'aliénation mentale classées dans la *Nosographie philosophique* (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 178-179), Esquirol devient « surveillant des folles » en 1811, puis médecin adjoint de la Salpêtrière en 1812. Il commence son propre enseignement clinique dès 1817, puis il part pour l'hôpital de Charenton en 1825 (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 181). Lorsqu'il étudie sous la direction de Pinel, il publie en 1805 sa thèse de médecine intitulée *Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Il y développe une conception de l'aliénation mentale qui, tout en rejetant la médecine humorale, donne une place centrale aux aspects somatiques, à travers une théorie très physiologique des passions de leur rôle. Cette dimension somatique, cette prise en compte de « l'homme physique », est revendiquée par Esquirol, car elle est ce qui lui permet de faire le lien entre les passions, qui ont été jusqu'ici l'objet des moralistes, et l'aliénation mentale, qui a été laissée aux métaphysiciens, alors que ce lien lui paraît majeur si l'on veut comprendre et remédier à l'aliénation mentale ; il écrit ainsi, des métaphysiciens et des moralistes : « *Les uns et les autres ont perdu de vue le véritable point de départ ; ils ont négligé l'homme physique, et se sont jetés dans de vaines théories.* » (Esquirol, 1805). Pour Esquirol, c'est grâce aux observations beaucoup plus précises des aliénés auxquelles on a pu procéder depuis Pinel que ce lien est apparu, parce que, outre la lésion des facultés intellectuelles qui caractérise l'aliénation, ses déterminants physiques ont pu être découverts, qui eux-mêmes la causent via leurs effets sur les passions.

conception vont de pair une attention plus grande aux caractéristiques physiques des passions et un traitement tout autant physique que moral. Certes les passions et l'aliénation mentale ne correspondent pas nécessairement à des lésions anatomiques, mais si les passions causant bien l'aliénation sur le plan physique tout autant que mental ou moral, c'est parce qu'elles se traduisent par un désordre fonctionnel, c'est-à-dire un désordre du système nerveux, en particulier une perturbation des centres de la sensibilité, qui vient perturber le cerveau, siège de l'esprit, pouvant ainsi conduire à l'aliénation⁵¹. Esquirol développe en conséquence une vision différente du traitement moral, à l'appui duquel des moyens physiques pas seulement hygiéniques peuvent être employés : comme les passions ont des causes à la fois physiques et morales, le rôle qu'Esquirol confère aux passions dans la guérison suppose de faire subir aux malades des secousses physiques tout autant que morales, susceptibles de restaurer leur équilibre (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 181-182)⁵².

Ces inflexions à l'égard des conceptions de Pinel le conduisent à une caractérisation de la mélancolie qui accentue encore le rôle de la tristesse, comme le reflète le terme de « lypémanie », et lui confère un rôle causal à la fois physique et moral dans l'aliénation. Dans sa thèse, Esquirol distingue une mélancolie morale, où l'aliénation est passionnelle (les passions se concentrent sur un seul objet), d'une mélancolie intellectuelle où prime le délire (les idées se fixent sur un seul objet) (Esquirol, 1805). Esquirol distingue ainsi l'état affectif de tristesse, « d'abattement et de consternation », qui est au cœur de la mélancolie morale ou

51 Esquirol développe une théorie dans laquelle le cerveau (« encéphalon ») est le centre de la sensibilité, recevant les impressions ou affections des autres organes, et en même temps est le siège de l'esprit, si bien que les désordres de la sensibilité peuvent déranger le cerveau et mener à l'aliénation, tout autant que l'état de nos idées et affections morales peut agir en retour sur notre sensibilité, sur les propriétés vitales de nos organes : « *nos sensations elles-mêmes sont soumises à l'empire de nos idées et de nos affections. Celui dont tous les projets réussissent, dont les affections sont gaies, dont le cœur est satisfait et l'esprit content, recevra des objets extérieurs des impressions bien différentes de celles que ces mêmes objets feront sur les sens d'un homme agité de soucis déchirants, de sentiments pénibles* » (Esquirol, 1805). Inversement les perturbations au niveau des centres de la sensibilité, notamment l'épigastre, modifient les facultés intellectuelles et morales via l'encéphale. Les phénomènes de la sensibilité influent sur le cerveau, mais via des foyers d'action et de communication disséminés dans le corps, conception des rapports du physique et du moral qui est celle de Cabanis (Cabanis, 1805) : les impressions des sens vont directement au cerveau, les impressions morales agissent d'abord sur le plexus cardiaque, l'amour sur le plexus génital... De ce fait, l'action thérapeutique sur les passions peut tout aussi bien être physique, en agissant sur ces centres de la sensibilité, que morale, puisque les impressions vont pouvoir dissiper les spasmes des organes affectés, avec les effets sympathiques, c'est-à-dire les effets de ces organes sur le cerveau, lorsqu'ils ont lieu. Cela légitime pour Esquirol le traitement moral préconisé par Pinel en même temps que cela l'incite à mettre en œuvre des méthodes physiques traditionnelles pour agir sur les passions.

52 De plus l'augmentation du nombre d'internés empêche de mettre en œuvre la relation particulière médecin-malade voulue par Pinel, donc Esquirol la repense à travers une relation de l'aliéné avec l'institution asilaire tout entière : il « *développe une approche institutionnelle du traitement de la folie, à l'origine de l'asile moderne* » (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 182). C'est cette approche qui débouche en 1838 sur la « Loi des aliénés » qui institutionnalise la médecine aliéniste, et suscite la création, dans chaque département, d'asiles publics d'aliénés.

affective ou lypémanie, et le trouble du jugement défini par une préoccupation exclusive, qui définit la mélancolie intellectuelle qu'il appelle monomanie (Postel et Quézel, 1994, pp. 167-168). Par la suite, nous avons que son traité appelle cependant « lypémanie » un délire partiel suscité par une passion triste, c'est-à-dire la forme triste de la monomanie dans la mesure où ce trouble intellectuel est suscité par une telle passion : dans la lypémanie ce sont à la fois les idées, les désirs et les sentiments qui se concentrent sur l'objet, qui au même titre celui de la passion que celui du délire. La passion qui a causé le délire le modèle.

« Le délire prend le caractère de l'affection morale qui préoccupait le malade avant l'explosion de la maladie, ou conserve celui de la cause même qui l'a produit, ce qui a lieu surtout lorsque cette cause agit brusquement et avec une grande énergie. » (Esquirol, in Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 155)

Esquirol ne dissocie pas la passion de son objet, c'est à la fois ce dernier et sa coloration affective que la passion transfère au délire :

« En analysant toutes les idées qui tourmentent les mélancoliques, on les rapporte facilement à quelques passions tristes et débilitantes : c'est ce qui me fait penser qu'on pourrait établir une bonne classification des mélancolies, en prenant pour base les diverses passions qui modifient et subjuguent l'entendement. » (Esquirol in Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 154)

En cohérence avec cette place majeure donnée aux passions et avec la conception qu'il en a, Esquirol explique la mélancolie triste, la lypémanie, par des « passions tristes » : ces dernières la causent physiquement, tout autant que moralement, car c'est le fait qu'elles se traduisent par des perturbations des organes de la sensibilité qui fait qu'elles agissent sur le cerveau, perturbant ainsi l'entendement :

« Les passions tristes sont plus ordinairement cause de la mélancolie : elles agissent tantôt lentement par des spasmes répétés, et fatiguent progressivement les organes ; l'esprit alors affaibli supporte difficilement la contrariété, et l'homme devient craintif sans sujet : tantôt les affections morales sont vives et brusques, bouleversent tout à coup la sensibilité, et jettent aussitôt dans la mélancolie. » (Esquirol, *Dictionnaire des sciences médicales*, Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 165-6)

Au premier rang de ces passions est la tristesse elle-même, au sens spécifique, ou chagrin, Esquirol interprétant l'état d'abattement des mélancoliques comme la forme ultime de cette tristesse. Il le décrit sur un plan tout autant physique que moral, où se lisent l'effet « dépressif » de cette passion :

« Dans la mélancolie triste, le visage est pâle, les traits de la face concentrés, la physionomie douloureuse ; les yeux caves, abattus, le regard soupçonneux, les mouvements lents. Ce ne sont que des plaintes sourdes, des gémissements, des soupirs entremêlés de monosyllabes qui s'échappent sans but ; quelques fois un douloureux silence qui va jusqu'au dernier degré de l'obstination. Ces malades recherchent la solitude, aiment à rester seuls, et ne se livrent qu'avec la plus grande répugnance à la compagnie ; ils éprouvent des douleurs

hypocondriaques et épigastriques ; ils ont les membres comme brisés, ne peuvent supporter de longues courses ; ils ne transpirent point, suent facilement ; toutes leurs fonctions languissent, ils ont des rêves affreux. Qui ne reconnaît là les caractères du chagrin et l'état de l'homme que les revers, les malheurs et l'injustice de ses semblables poursuivent, accablent de leur poids ? L'homme arrivé au dernier degré du désespoir, et le mélancolique, ne s'occupent que de leurs infortunes vraies ou imaginaires. Ils ne songent à leur famille et à leurs amis que par élans, ou bien pour s'en plaindre, ou pour se reprocher à eux-mêmes leurs prétendus torts. La vue des personnes les plus chères, loin de les arracher à leurs sombres idées, aggrave leurs maux aigrit leur chagrin, et ils ne se portent au dernier acte du désespoir qu'après avoir contemplé ceux qui devaient les retenir à la vie, et avoir savouré au sein de leurs embrassements le plaisir de se délivrer de ce pesant fardeau. » (Esquirol, 1805).

La tristesse, passion qui déplore une perte, est donc centrale dans la lypémanie d'Esquirol, comme dans la mélancolie de Pinel. Mais elle entretient des liens étroits avec un autre état affectif, qui y prédispose ou en résulte, « l'ennui », ainsi qu'avec « l'accablement », forme extrême de découragement. L'accablement est caractérisé par Esquirol par une baisse de l'énergie et des sentiments. D'après Brierre de Boismont, l'élève d'Esquirol, l'ennui⁵³ s'accompagne d'un « affaiblissement des forces » (Brierre de Boismont, 1850, p. 563) et de « découragement » (Brierre de Boismont, 1850, p. 568). La tristesse peut entraîner un ennui morbide, pathologique, par son caractère extrême et généralisé, l'ennui de la vie : « *L'ennui de la vie est souvent dû à une tristesse indéfinissable, à une mélancolie profonde, à une teinte noire des idées, qu'aucune distraction, aucun raisonnement ne peuvent surmonter.* » (Brierre de Boismont, 1850, p. 573).

Esquirol dit que la mélancolie ou lypémanie commence soit par un état d'hyper-sensibilité, où les individus réagissent de façon extrême à la moindre sensation ou émotion, soit par un état dans lequel la sensibilité semble s'être au contraire retirée de tout le corps,

53 L'« ennui » fait l'objet d'un article considérable de Brierre de Boismont, qui reconnaît dans Esquirol son « maître » (Brierre de Boismont, 1850, p. 563), ayant été formé par lui à la Salpêtrière. Cet article, paru dans les *Annales médico-psychologiques* en 1850, reflète la conception ambiante de l'ennui comme une maladie morale (p. 546). Brierre de Boismont le rattache à l'acédie des moines, décrite par Cassien au XIII^e siècle, et y voit un mal moral décrit depuis Sénèque, incluant de la tristesse, mais aussi un défaut d'énergie et de ressort, l'abattement, le néant de l'âme, état dans lequel il y a apathie alors que l'intelligence serait libre d'agir si elle le voulait (p. 550). Pour Brierre de Boismont, l'ennui est ainsi un mauvais état moral, mais dont la volonté peut triompher, contrairement à la folie lorsque celle-ci s'est installée (p. 554). Le caractère moral de l'ennui en fait un mal bien trop profond pour que les aliénistes puissent y remédier : Brierre de Boismont, qui contrairement à Esquirol, se pose bien en moraliste et non en médecin, s'en donne la tâche, et c'est de ses recherches sur les individus qui se donnent la mort par dégoût de la vie que naîtra son ouvrage *La Folie du suicide*, où il étudie le passage de l'ennui comme mal moral, incluant déjà un penchant pour la mort, à la folie proprement dite. D'après Brierre de Boismont, l'ennui et « *l'affaiblissement des forces* » sont des causes bien plus importantes pour attenter à ses jours que ne le sont la tristesse et d'autres émotions comme l'amour, la vanité, la peur ou la jalousie (p. 563). Pourtant le moraliste ne peut y remédier que quand l'ennui a une origine morale ce qui n'est pas toujours le cas : Brierre de Boismont précise que l'ennui peut être « originel » ou « acquis », notamment à la suite d'un chagrin (p. 563), car « *toutes les misères humaines peuvent engendrer l'ennui et le dégoût de la vie* » (p. 570), mais lorsqu'il est originel il est de nature humorale (p. 572-573) et se traduit alors par un tempérament. (p. 571-572). « *L'humeur naturellement mélancolique produit le suicide, mais elle ne constitue une espèce de folie qu'autant qu'elle s'accompagne des désordres de la sensibilité et de l'intelligence.* » (p. 585)

tandis que l'esprit ne s'attache plus qu'à l'objet du délire. Ces passions, « tristes et débilitantes », qui vont naître de cette hyper-sensibilité ou de ce défaut de sensibilité, et susciter le délire chronique, constituant un second stade de la maladie, sont la tristesse et la crainte mais aussi l'ennui, le découragement et la défiance des affects :

« De ces deux états naissent l'ennui, la tristesse, la crainte, la défiance, le découragement, en un mot toutes les passions tristes et débilitantes, lesquelles, réagissant sur l'entendement, produisent le délire partiel, dont rien ne saurait distraire le mélancolique. Dans ce second degré, il n'y a pas seulement exagération, mais le mélancolique est hors des limites de la raison, il voit mal les objets qui lui paraissent enveloppés d'un nuage épais ou d'un voile noir ; il a des hallucinations sans nombre, et même les hallucinations seules caractérisent son délire ; il crée des chimères plus ou moins ridicules, il associe les idées et les choses les plus disparates ; il a des opinions, des préventions imaginaires. » (Esquirol, in Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 154).

« L'ennui » est ailleurs la troisième passion propre à la lypémanie, sur un pied d'égalité avec la tristesse et la crainte : *« Victimes de la passion qui maîtrise leur intelligence, les lypémaniques vivent non-seulement dans le délire, mais aussi dans le chagrin, l'ennui et la crainte. »* (Esquirol, Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 154). Le découragement ou accablement, est plutôt le résultat de l'état d'aliénation, entraîné par ces passions, particulièrement la tristesse :

« Quelques fois les sentiments moraux non seulement conservent toute leur énergie, mais leur exaltation est portée au plus haut degré, quoique ces malades s'en défendent, et quoiqu'ils soient plongés dans la plus profonde tristesse. La piété filiale, l'amour, l'amitié et la reconnaissance sont excessives et augmentent les inquiétudes, les craintes des mélancoliques. La lenteur, la monotonie des mouvements et des actions du mélancolique, l'accablement dans lequel il est plongé, en imposeraient, si on jugeait que l'esprit est inactif comme le corps. » (Esquirol, *Dictionnaire des sciences médicales*, Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 156)

Chez Esquirol, le traitement moral, comme chez Pinel, s'adresse au délire exclusif du lypémanique. Mais comme les passions sont d'une part plus centrales et d'autre part tout aussi physiques que morales, on peut agir sur elles par des moyens à la fois physiques et moraux : Esquirol ne parle donc pas de relever le courage des aliénées, mais préconise de remédier à l'accablement en restaurant leur sensibilité affective et morale, par des moyens à la fois physiques (hygiéniques et médicamenteux)⁵⁴ et moraux (Esquirol, 1838, p. 465-481). Les

⁵⁴ *« Le traitement de la lypémanie peut être hygiénique, moral ou pharmaceutique. »* (Esquirol, 1838, p. 465) Esquirol discute enfin l'usage de certains moyens thérapeutiques médicamenteux comme l'élleboro, la saignée, les vomitifs, mais les déconseille lorsque le système nerveux semble être la cause de tout le désordre : dans la mélancolie nerveuse ou sans matière, les évacuants augmentent le mal, et le médecin doit plutôt modifier la sensibilité, calmer l'excitation nerveuse par des moyens hygiéniques, boissons adoucissantes, narcotiques, opium, eau en vapeur, douches, bains, affusions... Ailleurs il écrit : *« Le traitement physique, lorsqu'il est secondé par les secours de l'hygiène, lorsqu'il n'est point dirigé par l'empirisme et par des vues systématiques, contribue à guérir un grand nombre de mélancoliques ; car si cette maladie est*

traitements incluent « les narcotiques, l'opium », « l'eau en vapeur », le « bain tiède », et dans certains cas « le bain d'immersion dans l'eau froide » (Esquirol, 1838, p. 480). D'autres aspects du traitement servent simplement comme chez Pinel à favoriser le traitement moral : Esquirol préconise à la fois de surveiller l'alimentation des lypémaniques, de leur donner des vêtements chauds, de leur faire faire de l'exercice, et de les entourer d'une atmosphère propice à leur sérénité affective, notamment en les isolant et en les occupant pour les détourner de leur délire, il mentionne qu'à la Salpêtrière les aliénées tricotent, jardinent, s'occupent au service de l'hospice, ce qui contribue à leur guérison (Esquirol, 1838, p. 469). L'emploi des passions pour le traitement des malades est délicat, car il est difficile de maîtriser les passions de l'homme sain, donc cela est d'autant plus difficile pour celles des aliénés : Esquirol suggère la substitution d'une passion à une autre pour soigner la lypémanie en s'adressant l'amour-propre, en l'irritant, en l'exaltant (Esquirol, 1838, p. 475). Le délire mélancolique aurait pris fin chez deux ou trois lypémaniques de la Salpêtrière en étant remplacé par l'amour (Esquirol, 1838, p. 475-476). Enfin on peut utiliser la crainte et la terreur mais avec sobriété car ces passions ont une action sédatrice qui peut avoir de graves conséquences sur la survie du lypémanique (Esquirol, 1838, p. 476). Tout cela doit tirer la personne de l'état d'ennui de la vie, d'accablement, dans laquelle la tristesse ou plus largement les passions tristes l'ont plongée.

En conclusion, pour Pinel et Esquirol, le trait central de la mélancolie est la tristesse. Elle n'est pas une « humeur » : le terme lui-même disparaît car ils rejettent la conception humorale de la mélancolie. Elle est une passion qui cause un délire, un désordre intellectuel, auquel elle prête son objet. La tristesse permet à la fois de caractériser le tableau clinique et d'expliquer la mélancolie, sur le plan moral chez Pinel et à la fois moral et physique chez Esquirol (agissant sur le cerveau directement ou par une action sympathique). Enfin l'importance donnée à la tristesse se comprend à la lumière des moyens thérapeutiques disponibles puisqu'en tant que passion, elle peut faire l'objet du traitement moral, et éventuellement d'un traitement physique, hygiénique et pharmaceutique, qui sont tous les traitements dont disposent alors les aliénistes. La tristesse ne vaut donc pas seulement comme indice de l'aliénation, mais ayant un rôle causal, elle est aussi une cible thérapeutique pour

souvent produite par les affections morales, elle l'est aussi par des dérangements physiques. » (Esquirol, Pancoucke éd., 1819, vol. 32, p. 156)

dissiper le délire du mélancolique par des actions morales et physiques qui la prennent pour cible. En contrepoint de cette tristesse, d'autres états affectifs sont présents. La tristesse peut s'accompagner de crainte, d'appréhension, de défiance, elle aussi exagérée et sans cause. « L'ennui » ou « dégoût de vivre » peut disposer le sujet à la tristesse (qui quant à elle le fait basculer dans l'aliénation en causant le délire) mais aussi résulter de cette tristesse lorsque l'aliénation est présente : il s'agit du « spleen » que Pinel et Esquirol évitent de désigner ainsi, le terme évoquant la médecine humorale. La tristesse cède place, dans le cours de l'aliénation, à l'« abattement » ou « accablement », qui sont des formes extrêmes de « découragement », soit des états de chute des forces, incluant les forces physiques outre les forces morales. Le traitement moral doit dès lors s'adresser d'abord à cet état affectif, en relevant les forces du mélancolique ou lypémanique, avant de pouvoir cibler la tristesse pour dissiper le délire qu'elle a induit.

2. Abattement moral et stupeur dans les « états de dépression générale » chez Falret et Baillarger

Ce sont les aliénistes de la Salpêtrière de la génération suivante, Falret et Baillarger qui repensent la mélancolie, non plus comme un trouble intellectuel d'origine affective, mais comme un trouble en lui-même affectif (Haustgen & Masson, 2018). Ces aliénistes sortent du cadre de la psychophysique des passions : ils n'emploient plus ce terme, et ne vont plus y chercher la source d'une lésion de l'intellect par laquelle se définirait fondamentalement l'aliénation mentale. Cette dernière commence dès la perturbation affective elle-même. Quels sont alors les nouveaux termes permettant d'aborder l'affectivité, en lieu et place des passions ? Falret et Baillarger, dont les carrières à la Salpêtrière se recourent largement⁵⁵,

⁵⁵ Jean-Pierre Falret entre à la Salpêtrière en 1821, où il sera responsable de la section des aliénées adultes en 1841. Il y reste jusqu'en 1867, peu avant sa mort. C'est dans cet hôpital que s'élabore la conception de l'aliénation mentale autour de la notion de « folie circulaire » qu'il expose principalement dans son ouvrage de 1864 *Des maladies mentales et des asiles d'aliénées*. (« Falret », *Encyclopædia Universalis*) Jules Baillarger a été l'élève d'Esquirol, puis il est médecin-chef à la Salpêtrière de 1840 à 1870, sur la même période que Jean-Pierre Falret. Il défend une conception similaire de l'aliénation mentale, mais autour du concept de « folie à double forme », dans laquelle les stades de dépression et d'excitation ne sont pas deux accès distincts qui alternent avec des phases de rémission, mais deux stades d'un même accès. Il expose cette conception et le classement des maladies mentales qui en découle dans son ouvrage majeur en deux volumes *Recherches sur les maladies mentales*, paru à sa mort en 1890, mais aussi dans d'autres textes (Baillarger, 1890, 1854, 1853a, 1853b), et tout au long de sa carrière dans des articles qu'il publie dans les *Annales médico-psychologiques*, revue de médecine mentale qu'il a cofondée en 1843.

partagent nombre de conceptions, mais celles-ci sont seulement en partie héritées de Pinel et Esquirol, leurs prédécesseurs. Ils ont en effet d'autres sources, comme la psychiatrie allemande et belge. Ils commencent à parler de « douleur morale », reprenant cette notion au psychiatre belge Guislain qui avait inventé le terme de « phrénalgie »⁵⁶ pour désigner un état affectif douloureux qui est le signe de l'aliénation mentale dans ses formes variables, voire d'un stade premier de celle-ci (Lantéri-Laura, 2003, p. 43 ; Douville, 2013; Haustgen & Masson, 2018). Cette conception est également développée par le psychiatre allemand Griesinger⁵⁷, qui parle d'un état affectif altéré au début de toute aliénation mentale : la traduction française emploie le terme « douleur morale » pour désigner cet état affectif dont l'observation avait été jusqu'ici négligée par les aliénistes français au profit du délire (Douville, 2013 ; Lantéri-Laura, 2003, p. 43 ; Masson et Muirheid-Delacroix, 2014, p. 141). La « douleur morale » n'était pas un terme employé par Pinel et Esquirol. Pourtant ce que désigne cette notion était déjà présent, à travers les passions tristes, notamment l'ennui, susceptibles de préfigurer l'aliénation mentale : Falret la désigne aussi comme « un état de tristesse » ; Falret et Baillarger parlent de penchants, de sentiments, d'idées tristes. L'article « tristesse » du Panckoucke, emploie l'expression « douleur morale » pour désigner la

⁵⁶ Guislain envisage la mélancolie comme un dommage affectif, dans lequel les troubles de la raison sont secondaires (Douville 2013, p. 50). La folie débute toujours par une atteinte de l'humeur et des affections, qu'il nomme « phrénalgie », expérience éprouvante et douloureuse, pouvant guérir ou donner lieu à d'autres variétés d'aliénation mentale avec des perturbations secondaires notamment intellectuelles. « *Primitivement, l'aliénation mentale est un état de malaise, d'anxiété, de souffrance : une douleur, mais une douleur morale, intellectuelle ou cérébrale, comme on voudra l'entendre. Dire que l'aliénation est un trouble du jugement, de la raison, serait une proposition erronée : ce serait prendre un symptôme secondaire pour le phénomène fondamental.* » (Guislain J., *Traité sur les phrénopathies*, 1833, cité par Lantéri-Laura in Tevissen dir., 1996, introduction).

⁵⁷ Griesinger donne à cette altération de l'état affectif, qui correspond à la douleur morale ou phrénalgie de Guislain, une place centrale dans la folie (Douville 2013, p. 50). L'aliénation mentale commencerait toujours avec cette douleur conçue comme un état affectif global altéré, qui n'est pas encore en lui-même n'est pas encore l'aliénation : on peut en faire l'expérience sans être aliéné. « *D'après les états psychopathologiques qui sont encore dans les limites de la santé intellectuelle, et qui dès lors appartiennent au domaine de l'expérience, nous pouvons nous faire une idée approximative de ce qui se passe dans l'âme malade. Les rêves, les émotions, la lassitude d'esprit, et en particulier ces changements d'humeur modérés, que l'on observe parfois, comme nous l'avons vu plus haut, même en état de santé, et qui surviennent tantôt spontanément, tantôt sous l'influence d'un trouble très léger de l'organisme, tous ces phénomènes sont très instructifs au point de vue du sujet qui nous occupe.* » (Griesinger W., *Traité des maladies mentales*, 1845, cité par Lantéri-Laura, in Tevissen dir., 1996, introduction). L'aliénation mentale va ensuite inclure des anomalies psychologiques qui n'ont aucun équivalent chez une personne qui conserve la santé mentale. L'état affectif altéré par lequel elle commence provient d'une anomalie du sentiment organique de soi, la cénesthésie. Cet état, causant de la douleur et un sentiment de découragement par son caractère à la fois inexplicable et omniprésent, conduit soit uniquement à une production morbide d'émotions et d'états émotionnels qui dominent le sujet et sa vie psychique, soit également à des lésions de l'intelligence et de la volonté ne se réduisant pas à un état émotionnel (Lantéri-Laura, in Tevissen dir., 1996). L'expérience affective qu'est la « douleur morale », apparaît donc chez Guislain et Griesinger comme un état originel qui peut être considéré comme la source des autres aspects psychopathologiques de la mélancolie ou de la folie en général, le délire étant envisagé comme une construction permettant au sujet de répondre à cette expérience douloureuse (Lantéri-Laura 2003, p. 43 ; Douville 2013, p. 51).

dimension douloureuse, sur le plan moral, des passions négatives, tristes, en particulier la tristesse elle-même :

« Les passions opèrent sur nous, comme on sait, deux genres d'action. Les unes dilatent ou épanouissent les facultés, ou les exaltent, comme la joie, l'amour, la colère, etc. ; les autres, au contraire, resserrent ou concentrent et oppriment le sentiment, telles sont la haine, la crainte, la tristesse, etc. C'est donc parmi les affections débilitantes que cette dernière doit être classée ; et ses résultats s'expriment tous facilement d'après cette tendance à l'oppression et à la concentration qui est l'effet naturel d'une douleur morale ou physique toujours présente à l'esprit ; c'est le rocher de Sisyphé retombant sans cesse sur ses épaules. Aussi les anciens nommaient souvent dolor la tristesse, car on est dolent ; on se plaint habituellement dans le chagrin et la peine. » (Panckoucke dir., 1821, vol. 56, p. 43).

La « douleur morale », dimension douloureuse des passions tristes, est alors ce qui leur confère un effet « débilitant », ce qui fait qu'elles causent une « tendance à l'oppression et à la concentration » : Falret et Baillarger vont parler de « dépression » des facultés, tout comme Esquirol parlait de « passion dépressive ». En effet le « resserrement », l'« oppression », la « concentration » du sentiment, par opposition à la « dilatation », l'« épanouissement », l'« expansion » des facultés, évoque un abaissement, une expression entravée de ce sentiment, de ces facultés, que l'on suppose ici être les facultés affectives, puisqu'il est question de « sentiment », mais qui vont être l'ensemble des facultés intellectuelles, morales et physiques chez Falret et Baillarger.

Falret et Baillarger seraient en effet les précurseurs de la notion de trouble de l'humeur, du fait d'avoir remarqué des variations affectives caractérisées à la fois par le plaisir ou la douleur et par le degré d'activation de l'organisme (Haustgen & Masson, 2018; Hum et al., 2010; Masson & Muirheid-Delacroix, 2014). Ils introduisent la notion de « dépression » pour évoquer l'aspect psychomoteur de l'état dépressif : « l'état de dépression » désigne en effet l'inhibition des facultés, motrices, et psychiques, plus encore que le versant affectif formé des émotions douloureuses, notamment la tristesse (Haustgen & Masson, 2018). L'« état de dépression », tout comme l'« état d'excitation », est une forme fondamentale de la maladie mentale, pouvant conduire à des altérations des facultés intellectuelles. La tristesse est un état affectif parmi d'autres, susceptible d'annoncer ou d'accompagner un tel état de dépression : « l'abattement moral » est davantage mis en avant. Ces états affectifs participent en fait d'un état affectif général diffus, celui que mettent en évidence Guislain et Griesinger au début de toute forme d'aliénation mentale, qui est ce qu'on visera plus tard par la notion d'altération de l'humeur (Lantéri-Laura, 2003, p. 43 ; Masson et Muirheid-Delacroix, 2014, p. 141 ; Douville, 2013). Pour Falret et Baillarger la « douleur

morale » serait donc la dimension douloureuse de cet état affectif (Lantéri-Laura, 2003, p. 43 ; Douville, 2013 ; Masson et Muirheid-Delacroix, 2014, p. 141 ; Haustgen et Masson, 2018).

Je vais maintenant approfondir trois aspects de cette conception générale de l'aliénation mentale. Premièrement, je vais expliquer plus en détails, à la lumière de leurs textes, comment Falret et Baillarger font de deux types d'états, les « états de dépression » et les « états d'excitation » générale de toutes les facultés, les formes fondamentales de l'aliénation mentale, à partir desquelles ils définissent tous les grands types d'aliénation : je vais souligner que la dépression n'est pas ici un état affectif, mais un état global, qui atteint aussi bien les facultés ou fonctions physiques que morales, et parmi ces dernières les fonctions à la fois intellectuelles et affectives. Deuxièmement, je vais montrer que cet « état de dépression » a tout de même un versant affectif proche de ce que Pinel et Esquirol identifiaient comme de l'abattement ou l'accablement : il s'agit d'« abattement moral » chez Falret, et d'« engourdissement moral » chez Baillarger, qui y voient l'un et l'autre une forme de « découragement moral ». J'expliquerai comment cet état affectif s'articule avec l'état de dépression global, avec la mélancolie, avec la douleur morale qui devient le trait central de cette forme d'aliénation mentale, et avec la tristesse, principal état affectif douloureux rendant compte de la douleur morale. Troisièmement je ferai référence à d'autres aliénistes ayant discuté ces conceptions, pour montrer l'écho qu'elles ont rencontré.

- Les « états de dépression » et « états d'excitation » générale de toutes les facultés

Les états de dépression sont vus comme une phase de l'aliénation mentale, à laquelle s'ajouteront, dans la mélancolie triste ou lypémanie, d'autres éléments, en particulier la tristesse ou plus largement les états affectifs tristes. La tristesse reste dès lors un symptôme central de cette forme d'aliénation mentale, tandis que l'état de dépression, plus encore qu'un symptôme, en est constitutif. Jusqu'ici le substantif « dépression » signifiait un abaissement ou un enfoncement, parfois spécifiquement de la boîte crânienne (*Dictionnaire des sciences médicales*, Panckoucke dir., 1821 ; *Dictionnaire de médecine*, Adelon dir., 1828) ; dans la plupart des dictionnaires médicaux, le terme, issu de la science économique, n'apparaît pas (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Andral dir., 1833 ; *Dictionnaire universel de matière médicale*, Mérat et Lens dir., 1831 ; *Dictionnaire de médecine*, Adelon dir., 1844 ; *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Jaccoud dir., 1873). Le terme n'entre en médecine mentale pour désigner un état de diminution des forces physiques, intellectuelles ou morales que dans les années 1880 (*Dictionnaire encyclopédique*

des sciences médicales, Dechambre dir., 1885 ; Littré, 1873, 1908 ; Larousse 1924). Comme il désigne une diminution des forces, ce qui est aussi au cœur de la définition de l'abattement (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre dir., 1879, p. 482-497), dont parlait Pinel, il y a un lien étroit entre les deux notions. La « dépression » est alors globale, atteignant toutes les fonctions, y compris « nutritives » (Falret, 1864). L'abattement ne semble pas inclure ces dernières : il est une diminution des forces morales accompagné d'une diminution des forces physiques plus spécifiquement nerveuses. Cela veut dire qu'il se traduit par une baisse de l'activité psychomotrice mais pas par un ralentissement du métabolisme comme la dépression.

Chez Falret, l'état de dépression est au cœur d'un stade mélancolique de l'aliénation mentale qui se présente dans toute maladie ; dans la folie circulaire, alternance de mélancolie et de manie, l'état de dépression alterne avec un état d'excitation, les deux étant accompagnés de délire (Falret, 1854, 1864). Baillarger critique la notion de folie circulaire pour parler de folie à double forme : là où Falret voit deux accès il en voit un seul avec deux périodes, alternant avec une période d'intermittence (Baillarger, 1890, 1854). Dès l'introduction de son ouvrage *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Falret qualifie l'état de dépression qui constitue un stade initial de toute forme d'aliénation mentale de « stade mélancolique » tout en disant bien qu'il ne faut pas le concevoir comme « *un état de tristesse semblable à celui qu'on observe dans la forme dite mélancolique de l'aliénation partielle* » (Falret, 1864, p. XVII). Il le conçoit en effet comme un état altéré, affectif mais aussi plus global, résultant chez Griesinger d'une altération de la sensibilités⁵⁸, et non comme un état de tristesse faisant intervenir des idées. Or la mélancolie a été décrite comme « *le développement motivé et logique d'une ou plusieurs idées délirantes de nature triste, tandis que ces idées prédominantes, qui fixent ordinairement seules l'attention, reposent en réalité sur un fond de tristesse, de prostration et de torpeur physique et morale qui a trop souvent échappé à l'attention des observateurs* » (Falret, 1864, introduction, XXXV). Mais pour Falret,

⁵⁸ Falret (1864) affirme vouloir repenser, à la suite de ce psychiatre allemand, l'aliénation mentale à partir d'altérations affectives plutôt qu'intellectuelles. D'après lui c'est sur le versant affectif que s'observe le cours de la maladie, or c'est sur l'observation de ce cours que doit reposer le classement des formes de l'aliénation mentale, compte tenu de l'échec de l'anatomie pathologique, de la psychologie normale et de l'étiologie pour parvenir à un classement convaincant (Falret, 1864). Il affirme l'importance des instincts et des sentiments dans les maladies nerveuses ; il dit que Griesinger a eu raison d'insister dans son *Traité des maladies mentales* sur les perturbations de la sensibilité morale à l'origine des diverses formes de la folie et qui se perpétuent à divers degrés durant tout son cours ; il affirme enfin vouloir attirer l'attention sur ces troubles des sentiments et des penchants dont l'observation a été négligée au profit de celle des facultés intellectuelles et des idées délirantes (Falret, 1864). Il s'oppose donc à Pinel et Esquirol, qui accordaient la primauté au délire en se fondant sur la conviction de la nature intellectuelle de l'aliénation mentale, indissociable de son étiologie passionnelle.

l'aliénation commence avec un état d'affaissement de dépression, qui n'est pas seulement affectif mais global, concernant toutes les facultés morales et physiques. Certains mélancoliques ne présentent que « *l'état général de dépression et de torpeur physique et morale qui caractérise essentiellement la mélancolie, sans idées prédominantes bien marquées* » ; mais chez d'autres, cet état de dépression, dont le versant affectif est un « *fond de tristesse et de prostration* », peut être masqué par des idées délirantes de ruine, de culpabilité, de persécution (Falret, 1864, introduction, XXXV). Le trouble intellectuel est pourtant secondaire car non seulement il arrive après « l'état de dépression » ou « l'état d'excitation », dans le cours de l'aliénation mentale, mais même il peut à la limite ne jamais arriver. Falret dit qu'il n'y a donc pas lieu de distinguer des espèces d'aliénation partielle en fonction des idées prédominantes (ambitieuse, érotique, mystique...), pas plus qu'en fonction des facultés lésées (affectives, intellectuelles, instinctives). Dans la mesure où un classement scientifique des variétés de l'aliénation mentale suppose de son fonder sur le cours de la maladie, il faut remarquer que celui-ci consiste le plus fondamentalement dans une alternance de cet état de dépression, ce stade mélancolique, et d'un état d'excitation, avec des intervalles lucides plus ou moins prolongés. « *La folie circulaire est donc caractérisée par l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé.* » (Falret, 1864) La période de dépression est généralement plus longue que celle d'excitation, puis décline et passe par gradations insensibles à l'intervalle lucide ; un accès réunit les trois périodes (Falret, 1864). Cette folie circulaire est, selon Postel et Quételet, la maladie que Kraepelin appellera « psychose maniaco-dépressive » (Postel et Quételet, 1994, p. 226). Le passage de « l'état de dépression » à des stades plus avancés d'aliénation mentale, s'explique par une atteinte de l'intelligence qui est dans le prolongement de la sensibilité. Les altérations de la sensibilité doivent être considérées comme le fondement des deux formes principales de la maladie mentale : « *état de dépression et état d'exaltation : dans l'une, la sensibilité est opprimée et péniblement affectée ; dans l'autre, elle présente une tendance générale à se répandre au dehors, et à voir toutes choses à travers le prisme de la satisfaction et du bonheur* » (Falret, 1864, p. 145). Cela permet à Falret de bien affirmer l'origine affective de l'aliénation :

« *Ce qu'il y a d'initial dans la folie est bien du côté affectif, mais il n'y a alors rien de déterminé ; tout est vague à cette période. Les malades accusent une anxiété, une préoccupation, une curiosité inquiète, un mécontentement général, une irascibilité, une susceptibilité sans motifs, ou du moins pour les plus légers motifs, un besoin de mouvement inexprimable ou une apathie que rien ne justifie, une grande volubilité de paroles ou un silence profond. Tels sont les caractères primitifs de l'aliénation mentale, qui indique qu'un changement se fait dans le cerveau : ce changement n'ayant pas encore une forme arrêtée, les*

manifestations y correspondent par leur imprécision et par leur généralité ; elles sont indéterminées. » (Falret, 1864, p. 146-147).

Pour Falret, ces altérations affectives peuvent conduire à des altérations profondes du caractère, et sont déjà le signe de l'aliénation mentale, sans faire intervenir « les conceptions et les discours insensés ». C'est à partir de ces altérations que l'aliénation se développe, qu'elle soit générale, la totalité des sentiments et des idées étant dérangées⁵⁹, ou partielle, lorsque prédomine un sentiment ou un penchant ou une série particulière d'idées : l'aliénation générale est la manie, l'aliénation partielle inclut la monomanie et certains états mélancoliques, selon qu'elle est gaie ou triste. Les aliénés mélancoliques sont tels que leur nature est empreinte de sensibilité malade, de crainte et de défiance, ils ne peuvent avoir de rapport avec le monde extérieur sans impressions pénibles, et c'est sur ce fond maladif que peuvent se développer des conceptions délirantes ou des impulsions variées (Falret, 1864).

Comment passe-t-on de l'état altéré de la sensibilité et de l'affectivité à l'état de dépression générale et enfin à l'aliénation partielle de la mélancolie ? Selon Falret (1864) l'état de dépression s'établit par degrés : les malades commencent à se tenir à l'écart et parlent peu, parfois semblent éprouver de la honte de leur état, ces symptômes augmentent et les malades deviennent solitaires et immobiles, humbles jusqu'à refuser les soins dont ils sont l'objet. L'affaissement est de plus en plus marqué de jour en jour, l'instinct de conservation des malades est affaibli au point qu'ils ne font plus d'efforts pour se nourrir, le cours des idées est ralenti, les sentiments sont affaiblis, ils ne manifestent ni sympathie ni antipathie, leurs mouvements sont lents voire nuls. Les symptômes physiques sont une face pâle, des traits tirés vers le bas, des yeux ternes. Ils semblent éprouver un sentiment de malaise général, les organes de locomotion sont dans un état de torpeur, l'appétit, la digestion et la défécation sont très diminués, le sommeil est meilleur qu'en phase maniaque mais ni régulier ni prolongé. Sur ce fond affectif peuvent alors se développer les idées délirantes de ruine, de culpabilité, etc.

Baillarger, connu pour ses recherches sur les hallucinations et sur les troubles du langage, s'intéresse encore plus précisément aux états affectifs intervenant dans la mélancolie et dans les états de dépression qui la caractérisent. Avec la notion de « mélancolie avec

⁵⁹ L'aliénation générale, ou manie, est marquée par une grande variabilité des sentiments (dont les plus fréquents sont relatifs à l'amour, la jalousie, l'envie, la haine, la vengeance), des émotions, et des impulsions, en rapport avec une succession rapide des idées (Falret, 1864).

stupeur » (Baillarger, 1853a), il décrit des tableaux mélancoliques très sévères marqués par une extinction totale des états affectifs, et se demande si cela cache une tristesse très profonde ou un délire triste, dans une discussion avec un autre aliéniste, Delasiauve, mentionnée par Haustgen et Masson comme un épisode de l'histoire des troubles de l'humeur (Haustgen & Masson, 2018, p. 5). Dans ce texte, il caractérise cette mélancolie de la façon suivante : « *La stupidité sera donc, dans la plupart des cas, la tristesse passée à l'état de maladie. Combien de fois on est triste sans savoir pourquoi : l'action de la pensée est suspendue, les rapports avec le monde extérieur existent à peine ; c'est comme un rêve dans la veille. [...] Forcez un peu les teintes, ajoutez quelques nuances, et vous avez sous les yeux le lypémanique stupide, aliéné sans délire, automate sans spontanéité, dépression bien caractérisée de la sensibilité.* » (Baillarger, 1853a, p. 254) Il emploie ainsi le substantif « dépression » pour un état de la sensibilité, qui semble diminuée ou disparue dans la mélancolie avec stupeur. Mais la dépression atteint, comme chez Falret, l'ensemble des facultés, pour donner lieu à des états de dépression générale. Dans un texte de 1854 intitulé « Folie à double forme », Baillarger désigne ainsi l'aliénation mentale qui se présente comme une alternance d'états de dépression et d'excitation : pour Baillarger, premièrement, il n'y a pas là deux maladies mais une seule, et les deux prétendus accès ne sont que les deux périodes d'un même accès (Baillarger, 1854). Cet accès constitue une entité morbide à part, « *une vésanie nouvelle qui dans la pathologie spéciale des maladies mentales, devait être placée à côté de la monomanie, de la mélancolie et de la manie* » (Baillarger, 1854). L'état de dépression est annoncé ou amené par de la tristesse, tout comme l'état de dépression générale était préfiguré par un état de dépression affectif, un « état de tristesse », chez Falret. Dans le texte de 1854 où Baillarger décrit le cas de Mlle X, son état de dépression est causé par la tristesse :

« Mlle X se sent en proie à une tristesse qu'elle ne peut surmonter. Une sorte d'engourdissement envahit peu à peu son être. La physionomie prend une expression de souffrance, la voix est faible, les mouvements d'une lenteur extrême ; bientôt les symptômes s'aggravent, la malade reste sur sa chaise immobile et muette, tout effort lui devient impossible, la moindre stimulation lui est pénible, la lumière du jour la fatigue. Mlle X apprécie très bien ce qui se passe autour d'elle, elle comprend les questions qu'on lui adresse, mais elle n'y répond que lentement, par monosyllabes, et à voix si basse que l'on ne saisit qu'incomplètement ce qu'elle dit. En même temps que tous les symptômes qui précèdent, il existe de l'insomnie, de l'inappétence, une constipation opiniâtre ; le pouls est petit et lent. Au bout de trois ou quatre jours, la physionomie a déjà subi une atteinte profonde ; les yeux sont cernés, caves et sans expression, le teint pâle et jaunâtre. Quand cet état a duré quinze jours, il cesse tout à coup pendant la nuit, et la torpeur générale est remplacée par une exaltation très vive. » (Baillarger, 1854, p. 12-13).

De même que chez Falret, l'état de dépression peut ensuite conduire à une altération intellectuelle et ainsi à l'aliénation générale ou partielle. Mais contrairement à Falret,

Baillarger considère la mélancolie elle-même comme une aliénation générale, car les états de dépression par lesquels elle se traduit forment un seul accès avec les états d'exaltation qui eux-mêmes suscitent des délires généraux : mélancolie et manie sont ainsi deux phases, respectivement dépressive et exaltée, de l'aliénation mentale avec lésion générale de l'intelligence⁶⁰ (Baillarger, 1890, p. 67). Les principales lésions sont : 1) les conceptions délirantes, 2) les hallucinations, 3) les impulsions insolites, 4) l'excitation de l'intelligence, 5) la dépression des facultés intellectuelles et morales (Baillarger, 1890, p. 67). Les quatre premières peuvent se trouver ensemble ; en revanche, on ne peut pas trouver ensemble excitation et dépression, deux états qui s'excluent, même si on les voit souvent se succéder chez le même malade (Baillarger, 1890, p. 67). Les trois premières sont des lésions partielles de l'intelligence, alors que l'excitation et la dépression sont des lésions générales, touchant l'ensemble des facultés (Baillarger, 1890, p. 67). Les lésions partielles sont souvent purement intellectuelles et morales, alors les lésions générales se font sentir jusque dans les fonctions de nutrition (Baillarger, 1890, p. 68). L'excitation se traduit par une grande activité musculaire, la loquacité, l'insomnie, des modifications de la sensibilité ; la dépression se traduit au contraire par une baisse de l'énergie musculaire, la voix se casse, les extrémités refroidissent etc. (Baillarger, 1890, p. 68) Finalement, alors que les lésions partielles constituent une première forme d'aliénation mentale qui est la monomanie, définie par un délire mais sans perte de lucidité, l'excitation est au principe d'une deuxième forme d'aliénation mentale qui est la manie, et la dépression au principe d'une troisième forme qui est la mélancolie (Baillarger, 1890, p. 69). Le maniaque se caractérise par sa « loquacité », son « surcroît d'activité », et un trouble des fonctions cérébrales qui entraîne celui des « fonctions de nutrition » (le malade maigrit, il est constipé, etc.) (Baillarger, 1890, p. 71-72) ; le mélancolique se caractérise par son « inertie », le « relâchement des traits », la « lenteur des réponses » qui peut « s'aggraver jusqu'à la stupeur », le trouble étant à nouveau à la fois intellectuel, affectif, et somatique (Baillarger, 1890, p. 70 ; p. 72-74). Abattu, le malade reste à la même place, tout effort physique ou intellectuel lui devient pénible, ses mouvements et ses idées sont lents, il manifeste tantôt une tristesse sans motif, tantôt des conceptions

60 Pour Baillarger ce qui est le critère de la folie, c'est le délire, donc ce n'est pas à proprement parler la folie elle-même qui est partielle ou générale, mais plutôt la lésion qui suscite le délire : il y a dans la folie deux éléments qui sont un trouble, un désordre, une lésion de l'entendement, et de plus la perte de conscience de ce trouble, de ce désordre, de cette lésion (Baillarger, 1890, p. 65-66). Le phénomène principal, par exemple dans l'hallucination, n'est pas tant le trouble lui-même, car on peut être halluciné sans être aliéné : « le phénomène radical, c'est donc la perte de conscience », or la perte de conscience d'une lésion ne peut pas être partielle ou générale (Baillarger, 1890, p. 65). C'est pourquoi il est plus rigoureux pour Baillarger de parler de délire avec lésion partielle ou délire avec lésion générale (Baillarger, 1890, p.66).

délirantes pénibles, il ne peut se détourner des pensées qui l'obsèdent, son intelligence et son corps sont dans un état de détente et de passivité, son refus de répondre n'est pas de l'obstination mais de l'impuissance ; quand la maladie s'aggrave, ses idées s'obscurcissent et cela produit un état de stupeur dans lequel son engourdissement s'étend à tout l'organisme, sa voix s'éteint, la circulation languit, ses extrémités se refroidissent (Baillarger, 1890, p. 73).

Baillarger parle donc de mélancolie pour un trouble défini de façon centrale par l'état de dépression des facultés intellectuelles et morales, avec une lésion générale de l'intelligence, alors que jusque-là, chez Esquirol⁶¹, mais aussi chez Falret, la « mélancolie » désignait une monomanie triste par opposition à la gaie : elle se définissait par le délire partiel triste mais pas par l'état de dépression générale. Baillarger affirme que les mélancoliques ainsi conçus, n'étant que des monomaniaques, gardent leur lucidité et ne sont pas nécessairement abattus et prostrés, gardant un esprit actif : cette monomanie triste n'est donc pas ce qu'il appelle mélancolie, celle-ci étant pour lui une lésion générale et non partielle des facultés. C'est pourquoi elle consiste avant tout dans la dépression des facultés intellectuelles et morales, une « *paralysie des forces intellectuelles et morales qui ôte au malade non seulement la volonté, mais le pouvoir de tout effort* ». (Baillarger, 1890, p. 82). L'état de dépression, global comme chez Falret, est encore plus nettement physique, somatique, touchant jusqu'aux fonctions « nutritives », tandis que l'état affectif qui en est une composante va de « l'abattement » à la « stupeur » : il est caractérisé par « l'engourdissement » du malade et son « impuissance ».

- L'articulation entre la tristesse, la mélancolie, l'état de dépression et l'abattement voire la stupeur

Chez Falret le versant affectif de l'état de dépression, est un « état de tristesse », un « fond de tristesse et de prostration », qui peut se présenter sans l'état de dépression global et annoncer ou entraîner celui-ci mais n'en sont pas nécessairement le signe, donc celui de l'aliénation mentale. Falret écrit en effet que les états généraux de la sensibilité qui constituent le fond de diverses mélancolies toutes caractérisées par une affection pénible de l'âme

⁶¹ Qui sont les véritables mélancoliques ? Pour Baillarger ce ne sont pas ceux qu'a décrits Esquirol, dont la lésion de l'intelligence est partielle et qui sont donc des monomaniaques, même si Esquirol appelait monomanie un délire partiel gai et mélancolie un délire partiel triste : Baillarger propose d'appeler monomanie tous les délires partiels, et de parler de mélancolie pour les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales où il y a nécessairement lésion générale de l'intelligence, car cette dépression affecte les facultés dans leur totalité (Baillarger, 1890, p. 61-64).

(anxiété, tristesse, morosité), sont caractérisés par des états affectifs qui ne sont pas en eux-mêmes signes d'aliénation mentale :

« Ces caractères de la mélancolie correspondent d'ailleurs à des situations particulières de l'âme qu'on observe dans l'état de santé, et n'en sont, dans quelques cas, que l'extrême degré : tels sont l'abattement moral, la tristesse, la disposition à l'irritation, à la colère, au mécontentement de soi-même et des autres, à l'antipathie. » (Falret, 1864, p. 149).

Cet état affectif global fait intervenir principalement « l'abattement moral » et la « tristesse ». Falret mentionne aussi la souffrance morale qui, dans la plupart des cas, accompagne ces états affectifs, à moins que la folie n'éclate avec rapidité, ou que les individus ne semblent pas réagir à ce qui les affecte. L'abattement moral et la tristesse me semblent donc jouer chez Falret, le même rôle d'état affectif pouvant se présenter sans l'aliénation mentale mais aussi la favoriser, que le dégoût de la vie et l'ennui chez Pinel et Esquirol. La tristesse n'est plus une passion lésant l'intellect, mais un état affectif diffus caractérisé par sa dimension douloureuse. L'abattement semble devoir être lié à un état de dépression, en tant que diminution des forces : il pourrait dès lors signaler un état de dépression sur le plan affectif, qui ne serait pas encore un état de dépression générale, forme d'aliénation mentale, mais pourrait l'annoncer ou l'entraîner.

Baillarger met en évidence une forme extrême de l'abattement dans des états de dépression, alors caractérisé non seulement au plan moral, mais aussi physique, puisqu'il s'accompagne d'un « engourdissement » du corps, de la sensibilité et de l'affectivité : c'est la stupeur. La dépression générale des facultés semble y atteindre un stade si extrême, que Baillarger se demande s'il faut y voir une absence d'état affectif plutôt qu'une forme atypique de tristesse. La difficulté est qu'il définit la mélancolie de façon centrale par l'état de dépression générale alors qu'elle est habituellement caractérisée par la tristesse : or si la tristesse est elle-même caractérisée au premier chef par sa dimension douloureuse, l'abattement dont s'accompagne l'état de dépression suggère l'absence même d'une telle dimension – ce qui écarte beaucoup Baillarger de la conception dominante de la mélancolie dans le corpus aliéniste, à moins que cet abattement ne soit une forme atypique de tristesse. Il en débat avec Delasiauve.

Selon ce dernier, Esquirol n'a pas remarqué qu'« [e]ntre la profonde tristesse et une disposition expansive, il y a de nombreux intermédiaires. » (Delasiauve, 1851, p. 381). Delasiauve accepte la conception de Baillarger qui distingue entre aliénation générale et

partielle, et fait de la mélancolie une aliénation générale, même s'il existe aussi des monomanies tristes, correspondant à la « lypémanie » d'Esquirol. Un mélancolique délirant, avec des hallucinations, qui souffre d'une lésion générale de l'intelligence, risque d'être confondu avec un lypémaniaque, qui ne présente qu'une folie partielle, si l'on s'en tient à sa physionomie qui « *conserve l'empreinte d'un profond abattement* », et au fait qu'il présente « *une taciturnité invincible* » et « *refuse toute nourriture* » (p. 383). Ils ont la tristesse en commun, caractérisant la « physionomie » de leur aliénation. Mais seule la mélancolie peut se traduire par la « stupeur », un abattement extrême, un figement général qui n'a plus grand-chose de la tristesse, d'où la question : « les stupides sont-ils tristes ? »

La stupeur est-elle une forme extrême de tristesse, ou cache-t-elle un tel état, ou bien n'a-t-elle rien à voir avec ? Pour Delasiauve c'est à première vue différent, car la stupidité serait plutôt une « torpeur » intellectuelle ne s'accompagnant pas d'un état affectif à proprement parler, caractérisée par « l'atonie »⁶². Baillarger pense pourtant que les stupides sont des lypémaniaques, parce que la stupeur cacherait des sentiments très forts et un délire associé ou des hallucinations ; mais pour Delasiauve, lorsque cela est avéré, ce sont plutôt là d'autres symptômes qui s'ajoutent à la stupeur elle-même (p. 384-385). Contrairement à Baillarger qui voit dans la stupeur l'exagération de la tristesse ou, plus généralement, de la dimension douloureuse des passions tristes, de la douleur morale, Delasiauve est donc partisan de les distinguer, opposant le stupide dont « *l'hébétude, l'immobilité des traits, l'incertitude du regard révèlent la nullité de la pensée et des émotions* » (p. 387) au lypémaniaque dont « *l'attitude roide* », « *la figure concentrée, chagrine, défiante* », « *les yeux fixes obliquement dirigés, le plus souvent vers la terre, expriment l'exagération de la douleur morale.* » (p. 387) Cette distinction importe pour Delasiauve car il en tire des pronostics différents dans les deux cas, et des moyens thérapeutiques différents : la stupidité concerne le corps et doit être soignée avant tout par des moyens thérapeutiques physiques, alors que la lypémanie doit faire l'objet d'un traitement moral (p. 390-391). Il faut donc selon lui être

62 « *La lypémanie, nous l'avons vu, consiste dans l'exagération, et ajoutons dans la fixité d'un sentiment dépressif. En proie à un chagrin amer, à un désespoir profond, à une terreur excessive, l'aliéné réfléchit dans l'expression de sa physionomie, dans son attitude, dans son langage, dans ses résistances, cette situation de son âme. Les facultés de son âme ne sont point détruites, la concentration des sentiments en modifie ou en suspend seulement l'exercice. Jusqu'ici on s'était formé une toute autre opinion de la stupidité. Par ce mot, l'esprit s'est toujours représenté une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée aboli ou entravé, une disposition, enfin, pareille à celle dont chacun de nous peut se surprendre atteint dans certains moments où les fonctions cérébrales sont inertes, comme paralysées. Cette définition, si elle est exacte, établit entre les formes lypémaniaques et stupides une différence fondamentale. Il y aurait entre elles toute la distance de l'activité à l'atonie, de l'énergie à la nullité des opérations cérébrales. C'est plus qu'une simple dissemblance, c'est un contraste formel.* » (Delasiauve, 1851, p. 384)

attentif à des indices qui permettent de dire si l'état d'abattement extrême qu'est la stupeur traduit de la tristesse ou non. Si oui :

« La concentration des traits est une disposition commune à tous les malades [de ce groupe] ; au chagrin empreint sur la physionomie, à la fixité du regard, à la roideur de l'attitude, on juge de la gravité de la préoccupation intérieure. » (p. 403). *« On remarque également comme une conséquence du découragement moral la fréquence du penchant au suicide. »* (p. 404).

Si non, il y a seulement « hébétude », « malaise », « état de nullité et de mutisme », chez un malade dont les « *réponses lentes, embarrassées, confuses, ne révèlent aucune idée fixe de tristesse ou de crainte* », qui est « *morne et taciturne, ne sachant ni où il se trouve ni ce qui lui est arrivé* » et dont « *la pesanteur physique est à l'égale de l'engourdissement moral* » (p. 412).

Pour Baillarger au contraire, la stupeur s'accompagne d'un état affectif qui n'est autre que la tristesse, quoique sous une forme diffuse : « *Il y a chez ces malades deux choses à distinguer : un état général qui produit la torpeur, l'engourdissement physique et moral, et une sorte de tristesse sans motif* » (Baillarger, 1853a, p. 252). Ce qui rend compte de l'allure différente de la mélancolie ordinaire et de la stuporeuse, c'est l'état de passivité dans lequel se trouve le mélancolique stuporeux à l'égard de sa tristesse, contrairement au mélancolique ordinaire qui « *s'attache avec opiniâtreté* » à ses pensées (p. 255) : la tristesse est leur trait commun mais alors qu'elle *accompagne* le trouble intellectuel du mélancolique, elle *définit* celui du stupide, qui n'a plus de pensées, se trouve sur le plan intellectuel dans « *un état de trouble général, de confusion, de chaos* » (p. 252). En effet : « *La stupidité sera donc, dans la plupart des cas, la tristesse passée à l'état de maladie.* » (p.254). Plus loin dans la revue, Baillarger signe un autre texte où il dit que la mélancolie mène à la stupeur mais non l'inverse (Baillarger, 1853b, p. 559) ; la stupeur est une « *dépression extrême des facultés, rattachée à la mélancolie* » (Baillarger, 1853b, p. 560), Baillarger insistant sur l'importance de remarquer chez certains mélancoliques la « *dépression de l'intelligence* », la « *paralysie des forces intellectuelles et morales qui ôte au malade non seulement la volonté mais le pouvoir de tout effort.* » (Baillarger, 1853b, p. 560). Cette controverse⁶³ suggère donc qu'il y a lieu de distinguer trois choses : la tristesse, l'état de dépression générale qu'elle peut induire, et le

⁶³ Cette question continue d'être discutée au moins jusque dans les années 1870. Voir par exemple le mémoire de Cullere, interne à Ville-Evrard, qui reçut le prix Esquirol, publié en 1873 dans les *Annales médico-psychologiques*, intitulé « Étude clinique de la lypémanie stupide » : pour lui la stupeur ne doit ni être appelée « stupidité », une entité morbide à part, ni traitée comme un symptôme nouveau de la mélancolie, mais bien comme une forme particulière de lypémanie et ce précisément parce qu'elle cache bien un délire triste.

versant affectif propre à ce dernier, qui n'est pas de la tristesse mais de l'abattement ou de la stupeur.

- La distinction entre l'état de dépression et son versant affectif en débat

La conception de Baillarger, dans laquelle la tristesse n'a plus qu'un rôle causal dans la mélancolie, celle-ci étant plus fondamentalement définie par l'état de dépression générale qu'elle cause, se pérennise durant la seconde moitié du XIX^e siècle ; la tristesse reste cependant distinctive de la mélancolie, en tant que cause de l'état de dépression, les deux apparaissant comme des symptômes de la maladie. Par exemple en 1873, Lemaestre fait un compte-rendu bibliographique sur un ouvrage présenté par un docteur à la faculté de médecine de Bruxelles, avec qui il partage la conception selon laquelle « *[l]a mélancolie est une maladie mentale, caractérisée par des troubles intellectuels et moraux de nature triste, et par la dépression de toutes les fonctions de l'économie.* » (Lemaestre, 1873). Le terme « mélancolie » désigne ou bien un délire général avec état de dépression générale, ou bien la lypémanie, qui est plutôt un délire partiel triste, ou encore l'hypocondrie (Jaccoud dir., tome 22, 1876). La lypémanie n'est pas seulement caractérisée par la tristesse et la crainte, comme l'était la mélancolie (triste) au début du XIX^e siècle mais aussi par « l'abattement » : « *Ce mot, composé de lupe, chagrin, tristesse, et de mania, folie, a été créé et introduit dans la science, vers 1816, par Esquirol, pour désigner le genre de folie caractérisé par l'abattement, la crainte, la tristesse.* » (Foville fils, in Jaccoud dir., tome 21, 1875). Le terme s'étend parfois également à la mélancolie en tant qu'aliénation générale faisant intervenir l'état de dépression :

« [...] la lypémanie peut revêtir plusieurs formes, constituant autant de variétés ou degrés de l'affection [...] La plus simple consiste uniquement en une grande tristesse, avec abattement physique et moral ; c'est celle que l'on appelle lypémanie simple ou sans délire. Il est vrai qu'il n'existe pas de conception à proprement parler délirante ; mais la dépression générale, l'incapacité pour le travail, le manteau de tristesse qui pèse sur toutes les pensées du malade, et dont il ne peut se débarrasser, quelque effort qu'il fasse, constituent un ensemble de symptômes auquel on ne saurait refuser le caractère d'une profonde lésion intellectuelle, d'une véritable aliénation mentale. C'est à cette variété de la lypémanie que doivent être rattachés le spleen anglais, le taedium vitae, la nostalgie ou regret maladif du pays natal, qui peuvent être poussés assez loin pour déterminer le suicide. » (Foville fils, in Jaccoud dir., tome 21, 1875, p. 112)

Le spleen est défini comme un « abattement physique et moral » ; l'abattement est défini comme l'état des forces lorsque celles-ci diminuent, éventuellement jusqu'à un degré pathologique (Dechambre dir., série 4, tome 3, 1879). Ces états affectifs correspondent dès lors au versant affectif de l'état de dépression puisque celui-ci est quant à lui défini comme la

« diminution des forces physiques, intellectuelles ou morales » (Dechambre dir., série 1, tome 27, 1882). Ce versant affectif de l'état de dépression, dominé par l'abattement, reste compris comme une forme de tristesse par certains aliénistes mais non par tous. À Sainte-Anne⁶⁴, Benjamin Ball⁶⁵ considère la mélancolie⁶⁶ comme « *un état morbide affectant à la fois l'esprit et le corps* », dont la stupeur n'est qu'une exagération extrême : dans un texte publié dans la revue *l'Encéphale* – que Ball a créée avec Jules-Bernard Luys – il la définit de façon centrale par l'abattement, la tristesse et l'amoindrissement qui semble désigner l'état de dépression.

« *La mélancolie peut se développer dans le cours d'un grand nombre de maladies. Elle se caractérise par de l'abattement, de la tristesse sans motif. [...] La mélancolie est un amoindrissement de tout l'individu : intelligence, volonté, physique. Cet amoindrissement se manifeste surtout par les idées du malade qui se meuvent dans un cercle étroit. On n'arrive pas à l'en faire sortir. Mais presque toujours il rapporte sa tristesse à des choses possibles et non pas absurdes. Ce qui est insensé c'est d'y penser toujours.* » (Ball, 1888, pp. 291-304)

Mais Jules-Bernard Luys défend une conception plus proche de celle de Delasiauve, dans laquelle l'état dépressif, notamment lorsqu'il est très sévère, s'accompagne d'une stupeur qui est plus proche d'une absence de vécu affectif que d'une forme de tristesse. Dans son *Traité des maladies mentales* de 1881, cet aliéniste, formé à la Salpêtrière et héritier des conceptions de Baillarger, voit dans la stupeur une absence totale de sensibilité morale et « émotive ». Selon lui, elle ne s'accompagne même pas de souffrance, de douleur morale : il y voit un état d' « analgésie morale ».

⁶⁴ Asile ouvert en 1867 qui commence à accueillir des aliénés curables, laissant les incurables à la Salpêtrière (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 194)

⁶⁵ Neurologue de formation, premier titulaire de la chaire des maladies mentales créée à Sainte-Anne en 1877

⁶⁶ Ball en distingue trois formes : la mélancolie avec conscience, la mélancolie avec exaltation ou lypémanie anxieuse et la mélancolie avec dépression (Ball, 1888, p. 293-294). Dans la première, les malades gardent conscience de leur état ; dans la seconde, ils sont dominés par l'anxiété ; dans la troisième, par une tristesse extrême avec idées de ruine, de mort, de culpabilité... Ball semble ici prendre « dépression » dans le sens que lui a donné son élève Emmanuel Régis, médecin adjoint de Ball à l'asile Sainte-Anne, également formé par Baillarger : en effet Régis est l'auteur d'un *Manuel pratique de médecine mentale* paru en 1885, préfacé par Ball, dans lequel il définit la dépression et l'excitation comme deux états opposés, respectivement un défaut de l'activité générale (réaction de l'organisme à l'environnement) et un excès de cette activité (Régis, 1885, p. 77). Ce sont selon Régis des éléments symptomatiques de l'aliénation mentale plus spécifiquement fonctionnels et généraux ; dépression et excitation caractérisent respectivement la mélancolie et la manie, deux formes d'aliénation mentale (ou folie) généralisée. La conception de la mélancolie comme caractérisée par la dépression en ce sens se retrouve à la Salpêtrière puisque dans le rapport de la séance du 11 novembre 1889 de la société médico-psychologique, intitulée « De la mélancolie et ses diverses variétés », Jules Falret expose une tripartition similaire : la mélancolie avec conscience, sans délire, dans laquelle les malades « constatent les changements survenus dans leur humeur », la mélancolie dépressive « arrivant jusqu'à la stupeur et la stupidité », discutée par Baillarger et Delasiauve, et la mélancolie anxieuse, « entrevue par Esquirol » et décrite par Morel et Guislain, dominée par des idées délirantes de ruine, de damnation, de persécution (Falret, 1890, pp. 88-92). Cette tripartition semble se faire en fonction des états affectifs dominants, la tristesse restant le trait central de la mélancolie dépressive : « *Les trois caractères de tristesse, de crainte et de défiance, si bien constatés par Esquirol chez les mélancoliques, forment la base de ces trois formes mélancoliques. La tristesse est la base de la mélancolie dépressive, la crainte celle de la mélancolie anxieuse, et la défiance celle du délire de persécution.* » (p. 90)

*« Lorsque le processus lypémanique suit son cours envahissant, peu à peu les symptômes précédents s'aggravent et l'on arrive en quelques jours à une phase extrême de **dépression profonde comparable à la léthargie, et qui n'est autre que la stupeur simple.** [...] Malgré ses apparences, - cet état spécial n'est qu'une **dépression exagérée** ; ce n'est pas là de la véritable tristesse, comme on est porté à le croire quand on prononce le mot **mélancolie**. Les mélancoliques au point de vue de la sensibilité morale, émotive, sont incapables de réagir. Ils sont complètement **analgésiques au moral**. Parlez-leur de leurs anciennes affections, ils n'y songent pas, ou bien ne veulent pas en entendre parler. »* (Luys, 1881, p. 484)

Pour Luys, c'est le terme de « mélancolie » qui suggère qu'il doit y avoir de la tristesse : il renvoie donc implicitement à la tradition ancienne d'assimilation entre « mélancolie » et « tristesse ». Mais cette connotation du mot est trompeuse car la maladie dont il est désormais question à travers cette notion est une « dépression profonde », dont le versant affectif, la « stupeur simple », est une forme de « léthargie », avec une analgésie, c'est-à-dire une absence de douleur : cela exclut bien qu'il s'agisse de tristesse, dont nous avons vu qu'elle est la passion ou émotion douloureuse par excellence. Dans un texte ultérieur, Luys décrit le cas, qu'il a observé à la Salpêtrière, d'une mélancolique passée d'une extrême tristesse à la stupeur, et finalement décédée (Luys, 1895) : la dépression y est vue comme une réaction somatique, provoquée par des causes morales, ici un deuil, ayant d'abord entraîné la tristesse. Mais ensuite la dépression élimine la tristesse en gagnant tout l'être, allant du somatique au psychique, concernant aussi les facultés intellectuelles et affectives : d'après Luys cette femme n'a plus ni pensée ni désir. La stupeur, plutôt que la tristesse, est le versant affectif de cette dépression sévère. C'est ainsi que la mélancolie en vient à être définie de façon plus centrale par la dépression que par la tristesse.

3. La « mélancolie sans délire » ou « dépression douloureuse » de Séglas

Séglas définit la « mélancolie sans délire » dans sa dixième leçon donnée à la Salpêtrière, en 1895, comme consistant dans un état de dépression avec douleur morale, mais pas de lésion des facultés intellectuelles. Ces dernières peuvent être atteintes si la dépression persiste, le trouble devenant alors une mélancolie avec délire. La mélancolie sans délire est un trouble affectif dont le symptôme central est la douleur morale, car celle-ci est nécessairement entraînée par l'état de dépression : Séglas désigne aussi cette mélancolie comme une « dépression douloureuse ». D'après Séglas, cette mélancolie simple :

« est psychiquement caractérisée : 1° par la production d'un état cénesthétique pénible ; 2° par des modifications dans l'exercice des fonctions intellectuelles ; 3° par un trouble morbide de la sensibilité morale se traduisant par un état de dépression douloureuse. A ces symptômes fondamentaux peuvent se joindre des troubles délirants qui en résultent directement, leur sont secondaires. » (Séglas, 1895, p. 282-283).

L'« état cénesthésique » désigne le ressenti de son propre organisme, l'ensemble de toutes les sensations que l'on a, constituant le sentiment organique ou physique du soi⁶⁷, terme fixé en français par Ribot d'après Starobinski (1977, p. 10-11). Son altération provient selon Séglas d'un ensemble de perturbations somatiques : douleurs vagues, troubles de la tension musculaire, ou affaiblissement de celle-ci (amyosthénie), troubles digestifs diminuant l'appétit, troubles du sommeil, qui transforment le sentiment organique ou physique de soi en un sentiment douloureux :

« Dans leur ensemble, ces différents symptômes se résument en un sentiment vague de malaise général, un « sentiment douloureux corporel » [...] » (Séglas, 1895, p. 286).

Séglas voit dans cette altération de la cénesthésie la source d'une altération de l'état affectif général qu'il décrit comme un sentiment d'abattement, de tristesse, d'inquiétude, d'anxiété, qui rend le malade incapable d'agir et triste. Cet état affectif altéré, triste au sens générique, provient de l'altération de la cénesthésie parce que l'affectivité s'inscrit dans le prolongement de la sensibilité :

« En effet, soit en santé, soit en maladie, les sensations organiques, lorsqu'elles sont perçues par la conscience, ne produisent pas au début des idées bien nettes, mais donnent seulement naissance à ces modifications vagues et indéterminées de l'intelligence que l'on désigne du nom de sentiments, d'émotions. Aussi a-t-on pu dire qu'elles étaient la base de notre nature affective. » (Séglas, 1895, p. 287).

⁶⁷ D'après l'un des principaux dictionnaires médicaux de cette période, la cénesthésie est une sensibilité commune ou profonde, faite de sensations provenant de l'extérieur mais aussi de l'intérieur de l'organisme, par opposition aux sensibilités spéciales fournies par les organes des cinq sens (Laboulbène, 1874, in Dechambre dir., 1885). D'après le docteur Semal, cette distinction entre sensibilité commune et sensibilité spéciale n'a pas de véritable sens : la cénesthésie est un mélange des sensations provenant des fibres nerveuses, donc des sentiments, besoins, appétits, désirs, mélange qui est une perception confuse de l'organisme sur fond de laquelle se détachent les sensations spéciales lorsqu'elles sont perçues isolément (Semal, 1875). La conception de Séglas selon laquelle l'altération de la cénesthésie est la source de la mélancolie semble répandue : dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1876, on trouve une notice bibliographique sur un travail du Docteur Christian, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues, intitulé « *Etude sur la mélancolie. Des troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques* », ouvrage récompensé cette même année par la *Société médico-psychologique*, dans lequel l'auteur distingue deux classes de sensations générales, la sensibilité générale externe, qui englobe le contact, la température et la douleur, et la sensibilité générale interne, qui englobe les sensations viscérales, le sens musculaire et les sensations électriques (p. 315-316) ; or ce serait dans la sensibilité générale, surtout interne, qu'il faudrait chercher les origines des sentiments et des émotions mais aussi de la mélancolie (p. 316). La même année le docteur Taguet, médecin adjoint à l'hospice de Ville-Evrard, publie un texte intitulé « Trouble spontané de la sensibilité générale » dans lequel il lui donne également un rôle important à l'égard de l'aliénation mentale, même s'il dit qu'elle n'est pas systématiquement présente dans l'aliénation mentale, et d'autre part qu'elle peut précéder mais aussi accompagner ou suivre les illusions ou les hallucinations des sens spéciaux, ou bien être absente alors même que ces sens spéciaux sont altérés (Taguet, 1876).

Cet état affectif altéré, composé de sentiments et d'émotions douloureux, conduit à la douleur morale qui consiste dans la dimension douloureuse de ces états affectifs. Il semble alors y avoir un relatif consensus des aliénistes sur l'origine somatique de la douleur morale : par exemple le psychologue Henri-Etienne Beaunis est l'auteur d'un article intitulé « La douleur morale » dans la *Revue philosophique* de Ribot⁶⁸ en 1889, dans lequel les désordres affectifs ont une origine physiologique. Le texte de Beaunis est en partie inspiré d'une conférence de Ribot sur la douleur morale, donnée en 1888 dans le cadre du cours de psychologie expérimentale du Collège de France : Beaunis dit, dans une note de bas de page, partager avec les vues exposées par Ribot à cette conférence la thèse selon laquelle douleur physique et douleur morale sont deux espèces d'un même genre⁶⁹ (Beaunis, 1889a). Beaunis montre par plusieurs exemples particuliers que « *la douleur physique et la douleur morale ont entre elles de nombreux points de contact et qu'elles présentent des analogies telles qu'en réalité les deux catégories de douleur ne sont que les deux branches d'un même tronc* » (Beaunis, 1889a, p. 251).

L'altération de l'état cénesthésique perturbe aussi les fonctions intellectuelles, donc la capacité de penser et d'agir du malade :

« [...] *c'est de là, des troubles cénesthésiques, que dérivent les premiers troubles intellectuels que nous constatons chez les mélancoliques. Cette relation, d'ailleurs, n'aura rien qui puisse vous surprendre, si vous vous rappelez l'influence, constatée cliniquement et expérimentalement, de la fatigue et de l'épuisement physiques sur les diverses opérations de l'esprit. Ces premiers troubles intellectuels chez le mélancolique se traduisent cliniquement par la dépression générale, l'apathie, l'irrésolution, la lenteur des mouvements, de la démarche, de la parole qui est basse, traînante, monotone ; par la négligence des occupations habituelles, de la toilette, de la préparation des aliments [...]* » (Séglas, 1895, p. 288).

Le malade a conscience de l'altération de son état physique et mental, qu'il juge défavorablement.

« *C'est la source de raisonnements inconscients aboutissant en dernier terme à un jugement confus, mais défavorable, sur la constitution physique et psychique, dont le ton semble abaissé au malade.* » (Séglas, 1895, p. 287).

Ce jugement est alors à son tour source d'états affectifs douloureux et finalement de douleur morale. Mais les états affectifs douloureux sont une conséquence de l'état dépressif qui peut se présenter sans eux : Séglas parle d'« apathie » pour un premier stade constitué

68 Qui soutiendra Beaunis pour fonder le premier laboratoire de psychologie expérimentale à la Sorbonne

69 Ce texte est repris dans son ouvrage de 1889 intitulé *Les sensations internes*, qui traite plutôt de la sensation d'un point de vue physiologique (Beaunis, 1889b).

d'altération de la cénesthésie, de ralentissement de l'activité motrice, qu'il qualifie plus loin d'« aboulie », et de ralentissement psychique, qu'il décrit comme une aboulie sur le plan intellectuel (Séglas 1895). C'est Ribot qui a introduit le terme d'« aboulie », et a dit l'avoir emprunté au psychiatre belge Guislain dans ses *Leçons orales sur les phrénopathies* (Kapsambelis, in Zawieja dir., 2016). En 1883, Ribot a publié son ouvrage célèbre *Les maladies de la volonté*, réédité par la suite (Ribot, 1888), mais dès 1882, il publie un article intitulé « Les affaiblissements de la volonté », dans la *Revue philosophique*⁷⁰, dans lequel il définit l'aboulie et la met en lien avec la pathologie : trouvant son origine dans un trouble somatique qui comporte un défaut de sensibilité, l'aboulie serait une suspension de l'activité motrice et intellectuelle par perte de tout intérêt sensible susceptible de la motiver⁷¹ (Ribot, 1882). Sur le plan intellectuel Ribot y rattache des formes d'affaiblissement de l'attention volontaire (Ribot, 1882). Selon lui, c'est parce que les actes de volition sont constitutifs de la subjectivité que la mélancolie, caractérisée par de l'aboulie, est une forme d'aliénation mentale (Ribot, 1882).

La caractérisation contemporaine des états dépressifs conserve dans les grandes lignes ce schéma fonctionnel entre le versant affectif, soit la douleur morale, le ralentissement psychomoteur (« arrêt psychique » et « aboulie motrice »), et le versant somatique (« cénesthésie pénible ») : il s'agit donc bien de la part de Séglas d'une « première formulation moderne des états dépressifs » (Haustgen, 2014, p. 49). Séglas se singularise par le primat donné au somatique et au ralentissement psychomoteur par rapport à la douleur morale, contrairement à d'autres aliénistes (Haustgen et Masson, 2018) : « *Voilà les deux origines de la douleur morale du mélancolique (état cénesthésique pénible, troubles de l'exercice intellectuel)* » (Séglas, 1895). Mais par un cercle vicieux, cette douleur morale, entretient en retour les perturbations intellectuelles et somatiques, elle est donc centrale, et distinctive, dans la « mélancolie sans délire » :

⁷⁰ Cette revue a été créée par Ribot en 1876 avant tout pour y diffuser des travaux en lien avec la psychologie.

⁷¹ Cette conception semble clairement être celle des aliénistes puisque le compte-rendu de la séance du 19 avril 1884 de la *Société de psychologie physiologique*, présidée par Charcot, rapporte que Cotard y fait une distinction entre l'aboulie et l'inhibition, qui rappelle clairement la distinction de Ribot entre les affaiblissements de la volonté résultant d'une absence d'incitations suffisantes, sous-tendant l'aboulie, et ceux qui viennent d'une insuffisance de l'inhibition. Janet s'intéresse également à l'aboulie, dont il signe l'article dans le *Dictionnaire de physiologie* de 1895, texte qui fait alors l'objet d'une notice bibliographique dans *l'Année psychologique*. Or c'est avec les aliénistes que Janet a commencé à s'y intéresser, comme on le voit dans un long texte de 1891, dans la *Revue philosophique*, intitulé « Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes » : Janet a mené des observations mais aussi des expériences de psychologie sur l'aboulie à la Salpêtrière, dans le service de Jules Falret, et ses remerciements vont aussi à Jules Séglas, l'aliéniste avec lequel il a particulièrement échangé au sein de cet hôpital (Janet, 1891, p. 258).

« Cette douleur morale, cette dépression douloureuse, comme dit Schuele, est le symptôme le plus frappant de la mélancolie, je dirais même volontiers caractéristique. Elle se manifeste dans l'attitude, la physionomie, la mimique toujours très expressive et traduisant toute la gamme des passions tristes, depuis l'abattement, l'ennui, jusqu'à l'angoisse, la terreur ou la stupeur. » (Séglas, 1895, p. 290).

Séglas a ainsi « scellé le sort de la douleur morale à celui de la mélancolie sans délire » (Masson & Muirheid-Delacroix, 2014), et en a fait le « symptôme cardinal de la mélancolie » (Haustgen & Masson, 2018, p. 5). La douleur morale est la dimension douloureuse des passions tristes, elle provient de l'état de dépression, d'où la notion de « dépression douloureuse ». Mais l'état de dépression et la douleur morale sont distincts : nous le voyons dans la leçon à la Salpêtrière, mais encore plus nettement dans le *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet⁷², dont Séglas signe le chapitre IV sur la « séméiologie des affections mentales » où il définit, parmi les « symptômes psychiques », la « dépression » et « l'excitation » comme des « états cénesthésiques morbides » (Séglas, in Ballet dir., 1903, p. 169)⁷³, dont les divers états affectifs donnant lieu à la douleur morale sont seulement un aspect. L'état de dépression commence d'abord sur le plan somatique, et atteint les fonctions organiques et intellectuelles, tout autant que la gamme des passions tristes, qui se traduisent par la douleur morale. D'après la leçon de 1895, il peut encore résulter de cette douleur morale elle-même un état d' « anesthésie », le malade devenant « insensible » ; cependant, dans cet état « tout lui semble pénible », ce qui suggère tout de même un état affectif de valence négative :

« Une fois apparue, elle [la douleur morale] tend à envahir tout le champ de la conscience qui, comme l'on dit, ne contient alors plus rien que l'idée-douleur (Schuele). Et de même qu'une douleur physique intense atteignant un de nos sens s'accompagne d'anesthésie, de même la douleur morale détermine chez le mélancolique un état d'anesthésie, de dysesthésie psychiques. Il est insensible aux excitants normaux, isolé presque au milieu du monde extérieur, replié sur lui-même. Il ne prend plus part à ce qui se passe autour de lui, tout lui semble pénible, « ses impressions se font contraire », il voit tout en noir. Son humeur, disait Griesinger, devient négative. Ce qui l'intéressait jadis lui devient étranger, indifférent, lui répugne ou l'irrite. Il ne vit plus que concentré en lui-même. » (Séglas, 1895, p. 290)

72 Formé par Charcot à la neurologie, à la Salpêtrière, Ballet occupe par la suite la chaire des maladies mentales de l'hôpital Sainte-Anne, et son *Traité* est longtemps un ouvrage de référence.

73 Il écrit : « Les termes de dépression et d'excitation, envisagés dans leur acception la plus générale, peuvent servir à désigner tous les états psychopathiques, dans lesquels on rencontre, 'une façon transitoire ou prolongée et à un degré quelconque, un complexe symptomatique caractérisé par ces trois ordres de symptômes connexes. A. Dans les états de dépression. 1° Une diminution, un ralentissement de l'activité intellectuelle. 2° Un état émotionnel pénible, dépression morale, tristesse, découragement, crainte, anxiété. 3° Une diminution dans l'activité des différentes fonctions organiques. » (Séglas, in Ballet dir., 1903, pp. 169-170).

Le versant affectif propre à l'état de dépression que Séglas appelle « douleur morale » est ici décrit comme un état affectif négatif diffus, résultant d'une insensibilité au monde extérieur : Séglas fait référence à Griesinger pour qualifier cet état affectif d'humeur négative, employant ici le terme « humeur » en un sens moderne pour désigner cet état affectif altéré qui pour Griesinger se rencontre en dehors de l'aliénation mentale proprement dite tout comme il accompagne celle-ci notamment dans ses premiers stades. C'est bien ce terme qui va s'imposer au XX^e siècle pour désigner ce versant affectif des états dépressifs.

4. L'« état mental neurasthénique »

La « neurasthénie » apparaît vers 1890 : cette catégorie venue des États-Unis désigne un « épuisement nerveux » dû à un surmenage intellectuel ou affectif et devient la « maladie du siècle ». Elle demeure dans la clinique française jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale. Cette maladie est diagnostiquée dans les hôpitaux, mais aussi et surtout dans les cabinets des psychiatres de ville et des psychothérapeutes qui apparaissent au tournant du XX^e siècle. Or neurasthéniques présentent des états dépressifs et anxieux dont le versant affectif est, plus clairement encore que dans la mélancolie ou lypémanie, un état affectif diffus d'abattement. A travers la neurasthénie je vais donc pouvoir tenir compte des conséquences de l'élargissement de la base clinique des psychiatres au début du XX^e siècle, du fait de l'apparition de la psychiatrie de ville et des psychothérapies. En effet cette catégorie apparaît pour une patientèle qui diffère de celle des aliénistes travaillant à l'hôpital, et présente notamment des états dépressifs plus légers que ceux des mélancoliques. Mais la neurasthénie est ensuite également diagnostiquée par les aliénistes et psychiatres en hôpital, l'institution s'ouvrant à un suivi ambulatoire de ce même type de patientèle. En m'intéressant à la caractérisation du versant affectif des états dépressifs neurasthéniques par les aliénistes et psychiatres français de cette période, à la Salpêtrière mais pas seulement, je vais donc pouvoir tenir compte de la diversification des « états dépressifs » qui se produit à cette période dans la clinique ; or celle-ci s'accompagne d'une caractérisation plus précise du versant affectif propre à ces états dépressifs, indépendamment de la tristesse qui en est la cause ou la conséquence dans la mélancolie. Cela se produit dans le contexte de la fin de l'aliénisme.

En effet l'aliénisme disparaît dans les années 1920 au profit de la « psychiatrie », néologisme importé de la langue allemande où il a été formé à la fin du XIX^e siècle : la

psychiatrie est clairement une branche de la médecine en rapport avec d'autres branches médicales et domaines scientifiques auxquels elle emprunte ses connaissances, alors que l'aliénisme était un savoir clinique qui se transmettait de génération en génération, au chevet des malades, par les grands maîtres (Postel et Quérel, 1994, pp. 339-341). La fin de cette tradition à la Salpêtrière y est signée par le départ la majorité de ses patientes en 1921, des centaines d'aliénées replacées en province ou à Sainte-Anne⁷⁴, tandis que la Salpêtrière ne conserve qu'un petit service de psychiatrie adulte (Langlois & Pimpaud, 2012). Je vais présenter ce contexte pour rendre compte de l'évolution institutionnelle ayant favorisé l'observation de nouveaux états dépressifs, notamment à travers la neurasthénie. Puis je présenterai la neurasthénie en tant que maladie définie par un état de dépression, et enfin je caractériserai son versant affectif, qui se présente dès lors comme le versant affectif d'un certain type d'état dépressif.

- Le contexte : la fin de l'aliénisme, à la Salpêtrière

Au tournant du XX^e siècle trois grands facteurs convergent pour mettre fin à la tradition aliéniste, qui avait connu un âge d'or à la Salpêtrière : la double naissance de la psychologie et de la neurologie (Demazeux, 2019), l'émergence du « discours psychopathologique » (Castel, 1998), et le débat sur la neurasthénie, notamment sur « l'état mental neurasthénique », dans lequel s'expriment des théories concurrentes de l'aliénisme notamment issues des psychologues comme Janet.

Tout d'abord la tradition aliéniste, notamment à la Salpêtrière, est déstabilisée d'une part par l'émergence de la neurologie et d'autre part par celle de la psychologie. La neurologie apparaît avec la figure majeure de Charcot, pour qui est créée la chaire des maladies du système nerveux de la Salpêtrière en 1882, et autour de qui se constitue « l'école de la Salpêtrière » : les neurologues découvrent dans certaines formes d'aliénation mentale des lésions du système nerveux, ce qui les fait sortir du champ de l'aliénisme⁷⁵. A partir de Charcot, le tout nouveau service de neurologie (service des maladies nerveuses) de la

74 L'hôpital Sainte-Anne est dirigé de sa création en 1867 jusqu'aux années 1910 par Magnan, connu pour avoir théorisé l'aliénation mentale à partir de la « dégénérescence » qu'il tente d'expliquer par la neurophysiologie naissante.

75 Même si l'aliénisme, depuis Pinel, situe l'origine de l'aliénation mentale dans le cerveau et le système nerveux, c'est du point de vue d'un dérangement de l'esprit causé par des dysfonctionnements donc à la rigueur comme un trouble « fonctionnel » et non lésionnel du système nerveux. Au contraire Charcot espère découvrir des lésions dans tous les cas, son problème étant seulement de parvenir à les observer, comme l'a montré Pierre-Henri Castel dans son travail sur l'hystérie (Castel, 1998).

Salpêtrière ne va cesser de gagner en importance, au détriment du service de des maladies mentales où résidait l'aliénisme. Les disciples de Charcot, médecins aliénistes et neurologues, sont nombreux et sont tous de grands noms⁷⁶. Du fait de leur influence, la neurologie s'autonomise et devient aussitôt une spécialité majeure de cet hôpital, jusqu'à aujourd'hui (Langlois & Pimpaud, 2012). La psychologie, quant à elle, apparaît à la fois comme science expérimentale, et comme pratique clinique, dans les laboratoires et services de psychothérapie créés par Ribot, Beaunis, Binet, Janet⁷⁷. Ces psychologues développent un appareil théorique qui empiète sur celui des aliénistes car ils s'intéressent aussi aux phénomènes de pathologie mentale, avec une autre approche. Les psychothérapies commencent à être mises en œuvre par des psychiatres de ville, et des psychothérapeutes dont certains sont psychanalystes ; leur patientèle a des troubles plus légers que ceux des patients du grand asile psychiatrique. Les psychothérapies vont tout de même progressivement entrer dans les hôpitaux : en 1926 un centre de psychothérapie pour malades dépressifs, non aliénés mais nécessitant des soins médicaux, avec un dispensaire et un service d'hospitalisation, est créé à l'hôpital de la Pitié (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 213). Demazeux considère la double déstabilisation de l'aliénisme par la naissance de la neurologie et de la psychologie comme ayant suscité une crise majeure de la psychiatrie à peine constituée en France (Demazeux, 2019).

Deuxièmement, la naissance de la psychologie s'inscrit dans ce que Pierre-Henri Castel a appelé « la constitution du discours psychopathologique en France », qu'il situe au moment de la « querelle de l'hystérie » soit dans les années 1890-1900 (Castel, 1998). Les successeurs de Charcot se divisent entre tenants d'une approche physiopathologique et tenants d'une fidélité au traitement moral hérité de Pinel. Les premiers deviennent des neurologues, mais les seconds sont concurrencés par les psychothérapeutes. Déjerine, chef de clinique à la Salpêtrière en 1895 et titulaire de la chaire des maladies nerveuses de 1910 jusqu'à sa mort en

⁷⁶ Les successeurs de Charcot, à sa mort en 1893 sont Edouard Brissaud, Pierre Marie, Joseph Babinski, Jules Déjerine, Georges Gille de la Tourette, Alfred Binet, Pierre Janet (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 193)

⁷⁷ Ribot est le principal acteur de l'institutionnalisation de la psychologie en France, devenant titulaire de la première chaire de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France en 1889, et donnant naissance à la recherche en psychologie expérimentale en laboratoire. Beaunis appartenait à l'école de Nancy, concurrente de l'école de Salpêtrière, et crée le premier laboratoire de psychologie en France en 1889 avec l'aide de Ribot. Binet s'est formé avec Charcot à la Salpêtrière, et devient en 1892 directeur adjoint du laboratoire de psychologie de Beaunis. Tous deux créent la revue *l'Année psychologique* en 1894. Janet, formé à la Salpêtrière par Charcot, est nommé par ce dernier à la direction du laboratoire de psychologie clinique de la Salpêtrière, en raison de son statut de philosophe qui fait espérer à Charcot qu'il mènera à bien une caractérisation psychogénique des névroses, la psychologie française étant alors « l'affaire des philosophes » (Postel et Quételet, 1994, p. 249). Mais ce programme conduit Janet à diverger de l'approche physiopathologique des successeurs de Charcot : Janet reprend la chaire de Ribot au collège de France de 1902 à 1934, et quitte la Salpêtrière pour se consacrer à ses enseignements et sa pratique psychothérapeutique.

1917, considère que la distinction entre le physique et le mental, ou psychique, est essentielle : les « psychonévroses », sont des maladies vraiment psychiques, qui doivent faire l'objet d'un traitement spécifique sur ce plan, alors que les soigner par des méthodes physiques gêne la guérison des malades, en détournant ces derniers de travailler sur leur véritable problème⁷⁸ (Dupouy, 1912). La notion de névrose puis de « psychonévrose »⁷⁹, revêt le sens nouveau de maladie psychologique, plutôt que de désigner une maladie du système nerveux se manifestant par les troubles mentaux, ce qui était la conception classique de la « névrose ». Cependant Déjerine n'est pas favorable aux nouvelles méthodes d'action sur le psychisme, comme l'hypnotisme ou la suggestion à l'état de veille. Il leur préfère la persuasion qui consiste pour le médecin à parler avec son malade pour l'aider à réfléchir à son propre état moral, qu'il faut restaurer avant tout car c'est de lui que résultent les perturbations fonctionnelles, nerveuses (Dupouy, 1912, p. 59). Si Déjerine reste ainsi proche du « traitement moral », et s'oppose aux nouvelles pratiques psychothérapeutiques, ces dernières, notamment l'hypnose, la suggestion, la cure analytique, se développent en conséquence de l'émergence de nouvelles théories sur les phénomènes mentaux, théories fournies par les travaux des psychologues notamment Janet, et la psychanalyse de Freud. Freud et Janet prennent tous deux un virage psychopathologique après leur passage à la Salpêtrière où ils ont rencontré Charcot, rejetant l'approche physiopathologique de ce dernier. Janet, professeur de

⁷⁸ « *Frappé dès ses premières années de pratique du peu de succès que donnaient chez les névropathes les traitements médicamenteux alliés ou non aux moyens physiques, le professeur Déjerine s'est mis à chercher la cause de leur maladie et, partant, la méthode thérapeutique à lui appliquer, en dehors des signes objectifs qu'ils présentaient. [...] En traitant ces malades comme atteints de lésions organiques, le résultat se montre précisément inverse de celui qu'on en voulait obtenir. Il n'aboutit qu'à fixer davantage dans l'esprit de ces faux organiques, faux gastropathes, faux entéropathes, faux cardiopathes, faux génitaux, faux médullaires, faux cérébraux, l'idée d'une affection localisée de l'organe dont ils se plaignent ; car les signes qu'ils présentent ont une origine entièrement psychique. L'influence du moral sur le physique n'est nulle part plus évidente que chez eux. [...] les psychonévroses constituent précisément un groupe nosologique particulier « dont la symptomatologie est tout entière réalisée par une modification primitive de l'état moral ou mental et par toute une série de manifestations secondaires. » » (Dupouy, 1912, pp. 48-62).*

⁷⁹ Les névroses désignent, au sens datant du XVIII^e siècle, des maladies nerveuses, c'est-à-dire du système nerveux, qui sont en fait des maladies mentales dont on ne fait que supposer une étiologie ou des corrélats dans le système nerveux. Le terme de névrose signifiait, au moins depuis son emploi en ce sens par le médecin écossais Cullen en 1769, « maladie des nerfs », ou « maladie nerveuse », ou du système nerveux, en quoi on voyait l'étiologie de troubles mentaux ou psychiques. D'après Postel et Quérel (1994, p. 239), le terme connaît une évolution paradoxale, suite à la naissance de la neurologie, et se met à désigner les maladies mentales dont on ignore l'étiologie nerveuse contrairement aux maladies neurologiques. Pinel emploie le terme en ce sens pour un certain nombre de troubles dont bon nombre se révèlent assez vite être en fait strictement organiques (Postel et Quérel, 1994, p. 240). La notion de névrose étant devenue floue, vue la variété des troubles dans lesquels on peut voir des maladies nerveuses, Fulgence Raymond, l'élève de Charcot, se met à utiliser le terme « psychonévroses », pour parler de maladies proprement mentales, psychiques, dont Charcot a échoué à découvrir l'origine nerveuse, et qu'il faut donc considérer du point de vue de leurs manifestations psychologiques (Postel et Quérel, 1994, pp. 246-247). Raymond, succédant à Charcot à la chaire de maladies nerveuses de la Salpêtrière, propage ce terme (Jeanclaude, 2008). Il est aussi utilisé par Janet pour désigner notamment la « psychasthénie ».

philosophie venu se former à l'étude des maladies mentales et nerveuses auprès de Charcot en 1890⁸⁰, se voit confier par ce dernier un laboratoire de psychologie dans son service. Mais finalement Janet n'adhère pas au programme de Charcot qui conçoit cette discipline naissante comme une « physiologie rationnelle de l'écorce cérébrale » (Allilaire, 2008) : il rompt avec ce programme et quitte la Salpêtrière en 1910. Freud, après un séjour auprès de Charcot à la Salpêtrière en 1885-1886, abandonne la thèse d'une origine lésionnelle dans le système nerveux de l'hystérie, et développe la théorie et la clinique psychanalytiques. La « psychologie » et la psychanalyse se veulent des approches scientifiques des phénomènes mentaux : en dégager des lois et des mécanismes conduit à parler de phénomènes psychologiques, plutôt que mentaux ou psychiques, et à envisager les maladies mentales comme des phénomènes « psychopathologiques », c'est-à-dire pathologiques sur un plan psychologique. Les pratiques cliniques sont guidées par les hypothèses scientifiques sur ces phénomènes, contrairement au « traitement moral » qui n'avait rien de scientifique⁸¹. De ce fait, ces phénomènes, notamment affectifs, sont observés de plus près et font l'objet de théories scientifiques comme celle de la « tension » psychique chez Janet.

Troisièmement, la neurasthénie, puisqu'elle devient la « maladie du siècle », fait l'objet d'un vaste débat clinique et théorique qui confronte toutes ces approches. Or ce débat se demande notamment si l'origine de la maladie est biologique et « constitutionnelle », ou psychologique et réactionnelle, et si elle doit être caractérisée cliniquement par des symptômes somatiques ou par des états mentaux, affectifs et moraux : en effet cela devrait déterminer la bonne approche thérapeutique, entre méthodes pharmaceutiques et hygiéniques, traitement moral et psychothérapies. Le débat se porte sur « l'état mental neurasthénique », qui fait intervenir dans son versant affectif, des émotions tristes ou dépressives, de l'anxiété et de l'irritabilité, mais aussi du découragement, un sentiment d'impuissance : cet état mental

80 Janet soutient en 1893 sa thèse de doctorat en médecine « Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques » réalisée sous la direction de Charcot (Allilaire, 2008).

81 Déjerine pour sa part, envisage le psychiatre comme pouvant soigner les psychonévroses, comme la neurasthénie, à condition d'appliquer aux patients concernés, les « névropathes », non pas les méthodes habituelles, physiques et médicamenteuses de la psychiatrie, mais une méthode psychothérapique qu'il semble concevoir, sur le modèle du traitement moral, comme une simple relation de confiance, de sécurité, de bonté, voire d'affection entre le médecin et le malade ; elle requiert à ce titre plutôt des qualités humaines et affectives qu'un véritable apprentissage comme les autres méthodes médicales (Dupouy, 1912, p. 60). Déjerine dit ainsi : « *On saisit combien le rôle du médecin doit être ici profondément humain. [...] Sa fonction est toute de consolation, de soulagement, d'espoir rendu, de reconstitution de vie possible. Il faut, pour que son œuvre soit féconde, qu'il y mette beaucoup de lui-même et qu'il ressente quelque peu de l'émotion qu'il cherche à faire naître. Son rôle est celui d'un confesseur laïque, d'un directeur moral, jugeant les choses non plus au point de vue du dogme, mais au point de vue même de la vie.* » (cité par Dupouy, 1912, p. 61).

est-il distinctif de la neurasthénie ? Signale un état pathologique plus global ? La neurasthénie devrait-elle au contraire être plutôt repérée par des signes physiques ? Freud et Janet s'y intéressent tous deux. Janet développe sa psychopathologie autour des deux grandes notions : la neurasthénie et la psychasthénie, la première étant une névrose affective, un épuisement avec anxiété, et la seconde s'approchant davantage d'une forme d'aliénation mentale puisqu'elle fait intervenir des phénomènes obsessionnels et la « folie du doute », forme pathologique d'angoisse⁸². Freud ne peut reconnaître une consistance aux catégories de « neurasthénie » et « psychasthénie » : de la première, il isole la névrose d'angoisse qui préfigure les troubles anxieux, et de la seconde, la névrose obsessionnelle, qui préfigure les troubles obsessionnels⁸³. Contrairement à la tendance des psychiatres français à considérer la neurasthénie comme une forme légère de mélancolie, Freud théorise cette dernière de façon tout à fait indépendante, notamment dans *Deuil et Mélancolie* en 1917⁸⁴.

- La neurasthénie, une forme de dépression

La « neurasthénie » est définie en 1869 par le psychiatre américain Beard comme un « épuisement nerveux » résultant d'un surmenage intellectuel ou affectif : cela se traduit par un état de grande fatigue (asthénie) voire un état de dépression générale, divers symptômes

⁸² Janet a défini deux grandes « psychonévroses », la neurasthénie et la « psychasthénie ». Dans cette dernière les symptômes psychiques, mentaux, sont plus affirmés, même si elle ne relève pas non plus complètement de l'aliénation mentale, ou folie, ou vésanie : elle rassemble « *les obsessions, les manies mentales, la « folie du doute », les phobies, certains délires, et surtout les « scrupules »* » (Postel et Quételet, 1994, p. 252). Dans son ouvrage sur les névroses, Janet fait de la neurasthénie une sorte de stade initial ou de forme non spécifique de ces troubles. Il définit les névroses comme des maladies fonctionnelles de l'organisme : « *En résumé, les névroses sont des troubles des diverses fonctions de l'organisme, caractérisées par l'arrêt du développement sans détérioration de la fonction elle-même.* » (Janet, 1909, p. 392). Si les névroses prennent des formes variées en fonction de caractères psychologiques qui varient en fonction des sujets, cette origine organique et développementale rend compte selon Janet de leurs principaux caractères, notamment leur caractère héréditaire, et leurs facteurs tous liés à « *l'affaiblissement de la vitalité de l'individu* » : « *la mauvaise hygiène physique et morale de l'enfance, les infections diverses, les intoxications alimentaires, les épuisements déterminés par divers surmenages, les émotions qui ne sont que des surmenages causés par des adaptations imparfaites et trop rapides à des circonstances difficiles* » (p. 393). C'est donc suite à des altérations physiologiques que se manifestent des troubles psychologiques, lorsque les fonctions les plus élevées de l'organisme sont atteintes. Or : « *Le premier aspect de cette diminution vitale est une névrose peu grave encore et fort banale que l'on peut désigner par le terme vague de neurasthénie ou, si l'on veut éviter certains malentendus, de nervosisme.* » (p. 393)

⁸³ Freud définit en 1894 la « névrose d'angoisse », dans un article qui s'intitule « Qu'il est justifié de détacher de la neurasthénie un syndrome particulier : la névrose d'angoisse » (Postel et Quételet, 1994, p. 372) : cette névrose d'angoisse serait une maladie nerveuse d'origine sexuelle et actuelle, autrement dit un tableau anxieux dû à une contrainte sur les tendances sexuelles présentes de l'individu (pas sur des désirs sexuels refoulés par le passé) (Jeanclaude, 2008). Cela amorce la mise en évidence de troubles anxieux à partir du tableau neurasthénique.

⁸⁴ La tristesse est centrale dans la mélancolie de Freud, puisqu'il conçoit celle-ci par analogie avec le deuil, rapprochant à la fois les circonstances dans lesquelles deuil et mélancolie surviennent, et la configuration psychique qui les sous-tend, celle de la perte d'un objet aimé, objet qui est une partie du moi et qui conduit à un état affectif ambivalent, mêlant amour et haine, dans le cas du deuil pathologique ou de la mélancolie (Freud & Abraham, 2010).

somatiques en particulier les maux de tête (céphalées), des douleurs (rachialgies notamment) et les troubles digestifs (dyspepsie), des symptômes intellectuels qui sont des difficultés de concentration, d'attention, et, des symptômes affectifs qui sont de l'abattement, de la tristesse voire de la douleur morale, de l'anxiété, de l'irritabilité (Beard, 1869). La neurasthénie commence à être diagnostiquée par les cliniciens français et à faire l'objet d'ouvrages théoriques dans les années 1890. Le diagnostic va rapidement s'appliquer à toutes sortes de situation d'épuisement, d'inconfort, voire de souffrance, liées aux évolutions des conditions de vie sous les effets de la révolution industrielle. Le docteur Grasset la définit en 1891 comme une maladie spécifiquement liée au surmenage intellectuel, mais dont toutes les professions récentes semblent pouvoir être la cause⁸⁵. En 1907, Gilbert Ballet constate que le diagnostic est porté un peu à tort et à travers⁸⁶. La « neurasthénie de la ligne de feu », syndrome neurasthénique propre aux soldats de la première guerre mondiale, sera définie comme :

« un état de dépression, voisin des états neurasthéniques, qui se manifeste sur la ligne de feu chez ceux qui en ont subi les bombardements répétés, chez ceux, surtout, qui ont été soumis de longs mois aux conditions précaires de la vie des tranchées. » (Gilles, 1916, p. 209)

La neurasthénie devient ainsi la « maladie du siècle », au point qu'on ne verra bientôt plus ce que désigne cette catégorie qui disparaît dans l'entre-deux-guerres.

⁸⁵ La neurasthénie entre dans la clinique française, comme la pathologie du surmenage, un épuisement nerveux avant d'être moral, sous l'effet d'une sur-sollicitation de ses facultés intellectuelles et parfois physiques. Le docteur Grasset l'expose très clairement en 1891 dans son article « Sur quelques points relatifs à l'étiologie et à la symptomatologie de la neurasthénie » : le surmenage scolaire des élèves modèles, le surmenage professionnel des officiers et des médecins zélés, le surmenage politique de l'« utopiste ardent » sont autant de forme de « la vie à outrance, la vie fin de siècle », qui mène à la neurasthénie (Grasset, 1891). Il cite le cas d'un industriel qui travaille chaque jour de huit heures du matin à dix heures du soir, et se trouve encore plus épuisé au réveil que le soir. Au travail excessif dans l'industrie, le commerce, la science ou la politique, peuvent s'ajouter les loisirs, le jeu, la boisson, qui accentuent encore le surmenage et l'épuisement. L'hérédité et le tempérament nerveux prédisposent à la neurasthénie en augmentant le risque de surmenage et d'épuisement sous l'effet de cette vie à outrance. Grasset ajoute que les causes provoquant la crise neurasthénique peuvent être brutales, soudaines, plutôt que suscitant une usure progressive du système nerveux (Grasset, 1891, p. 315) ; il s'agit alors d'émotions morales ou de traumatismes, d'où la notion de neurasthénie traumatique qui sera particulièrement utilisée avec la première guerre mondiale.

⁸⁶ Du fait de ce manque de spécificité, le diagnostic de neurasthénie devient parfois un diagnostic par défaut, un diagnostic d'exclusion par rapport à ces différents troubles qui en sont proches, autour de la notion étiologique d'épuisement nerveux : « On fait aujourd'hui, et même parmi les médecins, un usage abusif du mot neurasthénie [...] Parmi les causes d'erreur, l'auteur signale d'abord certaines affections organiques au début ou latentes (tabès, paralysie générale, auto-intoxications ou intoxications diverses). Mais ce sont surtout le scrupuleux (douteur ou phobique), le mélancolique et l'hypocondriaque qui peuvent être confondus avec le neurasthénique. Chez le scrupuleux, il ne s'agit pas de fatigue nerveuse, mais d'une forme particulière d'impuissance cérébrale constitutionnelle avec paroxysmes angoissants. La psychothérapie par persuasion qui rend dans la neurasthénie tant de services, n'a ici que très peu de prise. Le phénomène primitif et constant de l'état mélancolique est un trouble émotionnel ou affectif, à côté duquel évoluent accessoirement des idées délirantes. Le traitement diffère encore du tout au tout de celui de la neurasthénie. Si l'on peut considérer le neurasthénique comme un petit hypocondriaque (encore que la fatigue nerveuse soit quelque chose de réel) le véritable hypocondriaque est un délirant, chez lequel l'idée malade est une certitude. » (Ballet, 1907, p. 128).

Son tableau clinique est décrit par Séglas lors de la séance du 25 mai 1891 de la Société médico-psychologique :

« Il y a quatre ans environ, M.A..., à la suite d'une période de surmenage intellectuel, fut pris de symptômes neurasthéniques très accentués. C'étaient, du côté physique, une céphalée sus-orbitaire produisant une sensation de constriction et de pesanteur, des douleurs rachialgiques surtout au cou et au sacrum, de la faiblesse des jambes surtout le matin au réveil, de l'insomnie persistante, des vertiges peu intenses, mais presque permanents et rendant la marche très difficile ; des troubles dyspeptiques, tels que lenteur de la digestion, ballonnements de l'estomac, éructations. Du côté intellectuel, fatigue rapide, compréhension difficile, paresse de la mémoire. » (Séglas, 1891, p. 153)

Après une période de rémission, les symptômes reviennent, intensifiés : *« Cette année, il y a six mois à peu près, à la suite de travaux intellectuels excessifs et d'émotions provoquées par des deuils de famille, il recommença à se plaindre des mêmes symptômes éprouvés il y a quatre ans, et d'autres qu'il n'avait pas encore ressentis. »* (p. 154) S'ensuit une liste de symptômes physiques et intellectuels : jambes faibles, maux de tête, troubles digestifs, difficulté à travailler, lire une lettre ou même le journal *« tellement le moindre effort d'attention le fatigue rapidement »* (p. 154). Le patient est indéterminé et paralysé pour agir, aboulique, mais aussi en proie à l'angoisse (p. 154). À quoi s'ajoutent de l'hypocondrie, des troubles de la mémoire, et de la tristesse et du découragement à l'égard de son propre état et le handicap qui en résulte pour accomplir son travail (p. 154).

En 1897 le traité d'Adrien Proust et Gilbert Ballet, *L'Hygiène du neurasthénique*, réédité en 1900, caractérise cette maladie et donne des conseils prophylactiques à son égard (Proust & Ballet, 1897) : pour eux, les symptômes les plus caractéristiques de la neurasthénie – que Charcot a eu raison de qualifier de « stigmates de la neurasthénie » – sont *« la céphalée, la rachialgie, l'asthénie neuro-musculaire, la dyspepsie par atonie gastro-intestinale, l'insomnie et enfin la dépression cérébrale »* (Proust & Ballet, 1897, p. 51). L'état dépressif en est un symptôme central, même s'il n'en est caractéristique qu'à condition de pouvoir être considéré comme le résultat d'un épuisement nerveux, lié au surmenage, intellectuel ou cérébral (Proust & Ballet, 1897). Ses définitions (par exemple dans le Littré de 1908 ou dans le Larousse médical de 1924) incluent généralement un « état de dépression » à la fois physique et psychique, la dépression psychique incluant de la tristesse, qui apparente la neurasthénie à la mélancolie⁸⁷. Comme le tableau clinique associe un état dépressif, de

⁸⁷ Le Littré définit la neurasthénie comme une « maladie caractérisée par un mélange de phénomènes de dépression et d'excitation du système nerveux, sans lésion organique appréciable » à laquelle on peut être disposé par des facteurs héréditaires, le surmenage cérébral, un traumatisme...et dont les symptômes sont les céphalées, l'insomnie, la rachialgie, des névralgies, la lassitude, des vertiges, des troubles de l'activité cérébrale, de la mémoire, de la volonté (aboulie), parfois de

l'anxiété, de la tristesse, et des symptômes somatiques, les limites de cette catégorie sont floues et discutées par rapport aux catégories de mélancolie, d'hypochondrie, et d'hystérie. Elle est parfois considérée comme une forme légère de mélancolie, celle-ci étant elle-même de plus en plus définie par l'état de dépression tout autant voire davantage que par la tristesse⁸⁸ : « *Somme toute, la neurasthénie, selon toute évidence, n'est pas autre chose qu'une mélancolie aux petits pieds.* » (Lefèvre, 1893, p. 72). Elle semble parfois également faire intervenir des phénomènes obsessionnels, mais Janet les en extrait quand il définit la « psychasthénie ». En 1897, Durkheim examine la neurasthénie parmi les causes extra-sociales du suicide, plus particulièrement au sein des « états psychopathiques »⁸⁹ (Durkheim, 1897). La souffrance dont elle s'accompagne est la raison pour laquelle Durkheim l'envisage comme une cause du suicide : « *On comprend, d'ailleurs, que la neurasthénie puisse prédisposer au suicide; car les neurasthéniques sont, par leur tempérament, comme prédestinés à la souffrance.* » (Durkheim, 1897, p. 33) C'est ainsi que pour Durkheim, il est

l'hypochondrie, de l'agoraphobie... » (Littré, 1908, p. 1112). Ce dictionnaire définit la dépression comme une « *diminution naturelle ou accidentelle de l'activité vitale* », qui peut aussi bien être une « *dépression des forces* » soit une « *diminution d'énergie musculaire survenant par suite de quelque lésion des centres nerveux* », qu'une « *dépression intellectuelle* » qui est la « *période de la mélancolie et de la folie à double forme dans laquelle les malades sont pris de découragement, de tristesse, d'inertie* » (Littré, 1908, p. 410). Le *Larousse médical* nous dit : « *Neurasthénie – Affaiblissement de la force nerveuse, caractérisé par l'asthénie, la céphalée, la rachialgie, l'insomnie, l'atonie gastro-intestinale et un état mental particulier. [...] L'état mental des neurasthéniques est surtout caractérisé par la dépression : ils sont enclins au découragement, aux idées tristes, aux préoccupations hypocondriaques. Chez eux, la volonté est diminuée et ils sont incapables de fixer leur attention. [...] elle trouve son éclosion au milieu de causes provocatrices, telles que le surmenage cérébral s'exerçant plus dans la sphère des facultés affectives que dans la sphère des facultés intellectuelles.* » (Larousse médical illustré, 1924, p. 796). Cette dépression est elle-même un « *affaiblissement moral, intellectuel et physique au cours d'une maladie. [...] La dépression se traduit alors par un ton émotionnel triste, des troubles anesthésiques pénibles ; sentiments de changement, de fatigue, de malaise, hésitations allant jusqu'à la perte de la volonté. Ces malades sont des ralentis, tant au point de vue de leurs fonctions organiques que de leurs manifestations intellectuelles. Un tel tableau de réaction douloureuse passive se trouve réalisé dans sa forme la plus nette par la mélancolie à forme dépressive.* » (Larousse médical illustré, 1924, p. 364).

⁸⁸ Dans le *Larousse médical* de 1924, elle est définie par l'état de dépression : « *Mélancolie – Etat de dépression, d'hypoactivité de toutes les fonctions psychiques. L'activité psychique du mélancolique est ralentie, d'où la fixité et la pauvreté des idées, des sentiments, des mouvements. L'atteinte de l'intelligence se manifeste par un ralentissement ou même un arrêt des idées. L'attention n'est pas supprimée, mais elle est réduite et égocentrique. Le trouble de la mémoire consiste dans une lenteur d'évocation ; l'imagination est terne, pauvre ; les associations sont peu accusées. [...] L'hypo-activité de la fonction affective se traduit par un ralentissement ou un arrêt des sentiments. Le caractère dominant est la tristesse ; le malade sent que son affectuosité, son émotivité pour autrui sont diminuées. Fuyant la société, il se replie sur lui-même, il ne s'intéresse qu'à lui, ne pense qu'à ses maux, est sans cesse en proie à une vive douleur morale, allant parfois jusqu'à l'anxiété et à l'angoisse. La volonté du mélancolique est affaiblie et des notions parasites s'installent dans son esprit : obsessions, phobies, impulsions. La vie active est amoindrie et le mélancolique est parfois dans un véritable état d'inertie motrice, de stupeur. Le sens moral n'est pas atteint.* » (Larousse médical illustré, 1924, p. 732).

⁸⁹ Le sociologue s'y intéresse parmi les causes extra-sociales de ce phénomène dont il montre que si elles ont un rôle à l'échelle individuelle, elles ne permettent pas, en revanche d'expliquer le suicide comme fait social, c'est-à-dire du point de vue de son taux dans une population, qui tend à être stable, à « stade de civilisation » égal. Ce fait social c'est la tendance de toute société à avoir une partie de ses membres qui se donnent la mort volontairement avec intention de se la donner. Durkheim va l'expliquer par d'autres faits sociaux, puisque les causes extra-sociales envisagées (états psychopathiques et climat principalement) se révèlent ne pas entretenir de corrélation significative avec ce taux lorsque les facteurs sociaux sont contrôlés.

« très vraisemblable que ce type psychologique est celui qui se rencontre le plus généralement chez les suicidés » (Durkheim, 1897, p. 35). Mais si la neurasthénie favorise le suicide, elle ne le cause pas nécessairement, et de plus cela ne prouve nullement qu'à l'inverse tout suicide soit causé par la neurasthénie, ce qui ferait d'elle la cause extra-sociale d'un fait social. Si les choses pourraient paraître ainsi, c'est que la neurasthénie est une forme atténuée de folie, proche en particulier de la mélancolie, or l'aliéné mélancolique se trouve « dans un état d'abattement et de dépression » identique à celui d'un homme « normal » conduit au suicide par d'autres causes⁹⁰.

Les médecins débattent pour savoir si la neurasthénie est une névrose, ou plutôt une « psychonévrose » autonome, ou bien un simple syndrome pouvant se présenter seul ou signaler une maladie (mentale ou non, par exemple une mélancolie ou alors une maladie infectieuse), comme le défend par exemple Gilles de la Tourette⁹¹. Deux grands ouvrages théoriques sont publiés en 1891 : la monographie de Bouveret, *La neurasthénie ; épuisement nerveux* et la somme théorique de Levillain, *La neurasthénie, maladie de Beard*⁹², ouvrage préfacé par Charcot. Ces ouvrages insistent sur le fait que la neurasthénie est une entité morbide à part entière, une névrose, et non un symptôme ou un syndrome, tout en insistant sur le fait que son étiologie est fonctionnelle et pas lésionnelle. Après 1900 il est plus fréquent que cela soit remis en question et que l'on parle plutôt d'« états neurasthéniques » pour

90 « On ne saurait donc, sans abuser des mots, voir un fou dans tout suicidé. De tous les suicides que nous venons de caractériser, celui qui peut sembler le plus difficilement discernable de ceux que l'on observe chez les hommes sains d'esprit, c'est le suicide-mélancolique; car, très souvent, l'homme normal qui se tue se trouve lui aussi dans un état d'abattement et de dépression, tout comme l'aliéné. Mais il y a toujours entre eux cette différence essentielle que l'état du premier et l'acte qui en résulte ne sont pas sans cause objective, tandis que, chez le second, ils sont sans aucun rapport avec les circonstances extérieures. En somme, les suicides vésaniques se distinguent des autres comme les illusions et les hallucinations des perceptions normales et comme les impulsions automatiques des actes délibérés. Il reste vrai qu'on passe des uns aux autres sans solution de continuité ; mais si c'était une raison pour les identifier, il faudrait également confondre, d'une manière générale, la santé avec la maladie, puisque celle-ci n'est qu'une variété de celle-là. » (Durkheim, 1897, p. 31)

91 Gilles de la Tourette, élève de Charcot, affirme que la neurasthénie est un syndrome, dans son ouvrage *Les états neurasthéniques* de 1898 (Gilles de la Tourette, 1898) : il veut clarifier le statut nosologique de la neurasthénie, « de cette nouvelle venue dont le nom de plus en plus compréhensif sert trop souvent à masquer des erreurs de diagnostic. La neurasthénie n'est pas une maladie, une entité morbide, c'est un état ou plutôt une réunion d'états qu'il faut savoir différencier. » (cité dans la *Revue de psychiatrie*, 1899, p. 127)

92 Levillain situe la neurasthénie parmi les névropathies, maladies du système nerveux, dont il retrace l'origine depuis l'Antiquité. Il en liste de nombreuses causes physiques, liées à l'hérédité, à la fatigue des organes et des muscles, aux maladies, au mode de vie ; la neurasthénie peut aussi être consécutive à des maladies ou des étiologies variables (traumatisme, hystérie...). Elle se décline en formes cliniques spécifiques selon le symptôme prédominant (cérébrasthénie, myélasthénie...). Elle se soigne par l'hypnotisme, par des médicaments notamment des calmants, dans certains cas l'ablation des ovaires, mais aussi des méthodes hygiéniques et physiques, un régime diététique spécial, la galvanisation du corps, autour de l'axe cérébro-spinal, par un courant électrique. (Levillain, 1891).

écarter la thèse d'une psychonévrose autonome. Le docteur Riche signe en 1908 un ouvrage intitulé *Les états neurasthéniques, diagnostic et traitement*. Au congrès français de médecine de septembre 1907, retranscrit dans *l'Encéphale* en 1908, Dubois et Lépine discutent la « pathogénie des états neurasthéniques » : ils préfèrent ce dernier terme à celui de neurasthénie qui a l'inconvénient « d'entretenir l'idée d'une entité morbide » (*L'Encéphale*, 1908, p. 525). C'est aussi la position de Bernheim à ce même congrès de médecine⁹³.

Or les défenseurs de la psychonévrose autonome tendent à considérer « l'état mental neurasthénique » comme distinctif de celle-ci. Cette position est défendue par exemple dans la thèse de médecine de Paul Fabri, défendue à Montpellier en 1907, sous le titre « Neurasthénie et états neurasthéniques » : il décrit un état d'épuisement mental qui engendre de l'inquiétude et du découragement, puis un renoncement aux efforts et aux interactions sociales, une « céphalée continue » qui augmente « le sentiment de la déchéance intellectuelle », une sensation « de vide, de vague dans les idées » (Fabri, 1907, p. 26-27) et y voit le signe propre d'une « névrose mentale »⁹⁴. En 1893, le docteur Pitres définit la neurasthénie dans une leçon donnée en 1893 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, comme « une névrose caractérisée par des troubles sensitivo-sensoriels et psychiques, dont les plus fréquents sont des sensations pénibles siégeant sur différents points du corps et un état mental tout particulier, dont l'inquiétude, l'inaptitude au travail et à l'attention soutenue, l'irritabilité constituent les traits principaux. » (Pitres cité par Bitot dans les *Annales médico-psychologiques*, n°17, 1893 p. 301). L'alternative, plus fidèle à Beard, est de concevoir la neurasthénie non comme une psychonévrose ou névrose mentale, mais comme une maladie physique, un épuisement du système nerveux, qui peut avoir une origine toxique, ou venir d'une maladie infectieuse, etc. « L'état mental neurasthénique » ne semble alors pas distinctif : le docteur Roux affirme par exemple que l'état mental de la neurasthénie n'en est à lui seul nullement caractéristique⁹⁵. Le

93 Pour ce dernier : « la maladie de Beard n'est pas une entité morbide : c'est la réunion dans une même classe d'un certain nombre de syndromes qui résultent généralement de causes identiques. C'est ainsi qu'il faudrait distinguer, à l'analyse d'un grand nombre de cas, d'abord une psychose légère (mélancolie dépressive ou anxieuse), ensuite un ensemble symptomatique (céphalées, douleurs lombaires, etc.) qui n'auraient de commun que leur étiologie généralement toxique et seraient incapables de subsister séparément. » (Mignard, *Revue de psychiatrie*, 1908, p. 344).

94 Fabri insiste : « La neurasthénie est donc bien primitivement une névrose mentale, et tous les symptômes subjectifs qui la caractérisent relèvent de cette seule origine psychique. Comme disait Charcot, c'est la tête qui commence. C'est le cerveau, qui le premier frappé, va commander la meiotragie des organes, secondé par la suite par les centres inférieurs, moelle et plexus solaire. » (Fabri, 1907, p. 27).

95 « Il y a dans la neurasthénie un état mental spécial, mais qui, à lui seul, n'est nullement caractéristique. Il se retrouve dans la psychasthénie, dans la mélancolie, dans certaines formes de délire hypocondriaque. C'est pour avoir oublié tout cela qu'on a étendu démesurément le domaine de la neurasthénie. On est allé jusqu'à créer des neurasthénies locales, des

diagnostic doit alors se concentrer sur l'état d'épuisement, soit un état de dépression physique, réactionnel, par lequel la neurasthénie est alors définie plutôt que par l'état mental dont cet état mental s'accompagne : c'est par exemple l'approche de De Fleury dans son livre *Etats dépressifs et neurasthénie* publié en 1924⁹⁶.

- Le versant affectif de la neurasthénie

Les émotions comme la tristesse figurent clairement parmi les causes possibles de la neurasthénie, au cas où elle résulte d'un surmenage émotionnel ; mais le versant affectif de l'état dépressif dans lequel elle consiste, en revanche, est plutôt un état de mal-être diffus et d'impuissance, une forme d'ennui ou d'abattement, auquel s'ajoute l'anxiété.

Les causes de la neurasthénie sont d'une part l'hérédité qui détermine une constitution nerveuse fragile, sur laquelle insistent les aliénistes qui adhèrent à la théorie de la dégénérescence comme Magnan. Durkheim lui-même voit dans la neurasthénie, une forme atténuée de la folie qui est l'aboutissement de la « *dégénérescence nerveuse* » (Durkheim, 1897, p. 36) : elle est un état « *beaucoup plus répandu que la vésanie* » (p. 33) et elle « *va même de plus en plus en se généralisant* » (p. 33)⁹⁷. C'est sa constitution nerveuse défaillante

neurasthénies monosymptomatiques, à baser même ce diagnostic sur la simple affirmation du malade assurant souffrir en un point sans que rien ne justifie cette douleur ; ce fut la topoalgie. Arrivée à ce degré de confusion, la neurasthénie n'existe plus : c'est un simple mot destiné à tirer d'embarras, en face d'un malade qui se plaint de n'importe quoi, le médecin qui n'a pu découvrir la cause de ses plaintes. Il faut délibérément revenir en arrière, à la conception primitive, qui fut celle de Beard, de l'épuisement nerveux, épuisement qui, ne pouvant être que général, peut avoir, suivant les prédispositions individuelles, des manifestations prédominantes, mais non exclusives et étroitement localisées. Pour faire le diagnostic de neurasthénie, il faut que le syndrome soit au complet ou à peu près. » (Roux, 1913, p. 41-54)

⁹⁶ Pour De Fleury, si les états dépressifs se rencontrent dans de nombreux troubles (mélancolie cyclothymique, dépression constitutionnelle, hypocondrie, hyperémotivité), la neurasthénie s'en distingue par cette étiologie strictement physique et réactionnelle : « *Elle est accidentelle et non constitutionnelle ; de nature toxi-infectieuse ; son caractère dominant est l'état de fatigue, et non point de fatigue imaginaire, hypocondriaque, mais de dépression physique véritable, objectivement constatable par l'hypotonie des muscles de la vie de relation et de la vie végétative et par fonctionnement mineur des systèmes glandulaires. Elle est primitivement somatique et ne devient que secondairement une psychopathie. Elle est curable ; le traitement approprié a sur elle une action manifeste ; ce traitement, purement physique dans la première phase de la maladie, doit être physique et psychique quand s'est constitué l'état mental. C'est là, bien certainement, la définition restrictive de la neurasthénie vraie.* » (De Fleury, 1924, p. 14-15) Il en déduit qu'il faut un traitement strictement somatique, et non psychologique ou mental de la neurasthénie, pour restaurer les forces du malade et le sortir de la dépression physique.

⁹⁷ « *La neurasthénie est une sorte de folie rudimentaire; elle doit donc avoir, en partie, les mêmes effets. Or elle est un état beaucoup plus répandu que la vésanie; elle va même de plus en plus en se généralisant. [...] Reste à savoir quelle part cette condition tout individuelle a dans la production des morts volontaires. Suffit-elle à les susciter pour peu qu'elle y soit aidée par les circonstances, ou bien n'a-t-elle d'autre effet que de rendre les individus plus accessibles à l'action de forces qui leur sont extérieures et qui seules constituent les causes déterminantes du phénomène? Pour pouvoir résoudre directement la question, il faudrait pouvoir comparer les variations du suicide à celles de la neurasthénie. Malheureusement, celle-ci n'est pas atteinte par la statistique. Mais un biais va nous fournir les moyens de tourner la difficulté. Puisque la folie n'est que la forme amplifiée de la dégénérescence nerveuse, on peut admettre, sans sérieux risques d'erreur, que le nombre des dégénérés varie comme celui des fous et substituer, par conséquent, la considération des seconds à celle des premiers. Ce procédé*

qui abaisse le seuil de la tolérance à la douleur de l'individu qui a un « tempérament neurasthénique : elle fait de lui un « *névropathe* » pour lequel « *toute impression est une cause de malaise, tout mouvement est une fatigue* » (p. 34), ce dont on comprend que puisse résulter ledit épuisement nerveux par surmenage. Ainsi sur ce fond héréditaire, la neurasthénie a des causes directes, conjoncturelles, que l'on suppose ou bien toxiques ou infectieuses, ou bien résider dans le surmenage qu'il soit intellectuel, parfois « musculaire » (Bouveret, 1891), ou affectif. Or le surmenage affectif provient de traumatismes mais aussi de passions dépressives comme « *le chagrin, l'inquiétude, l'anxiété, la jalousie, l'amour contrarié, les déceptions, le remords, la tristesse profonde* », agissant parfois sous forme de choc émotionnel dans le cas d'une violente frayeur selon Bouveret (1891, p 42-43). Ainsi les « *conséquences profondément perturbatrices des émotions morales pénibles, de l'anxiété qui s'attache aux difficultés de la vie, l'influence dépressive de la mise en jeu exagérée des forces physiques* », sont tout aussi déterminantes que les causes agissant plus directement sur le système nerveux pour en provoquer l'épuisement. Ces dernières sont par exemple, pour les ouvriers de la révolution industrielle, le « *schock nerveux produit dans les grands accidents auxquels ils sont particulièrement exposés* » et les « *intoxications professionnelles dont le rôle pathogénique commence depuis seulement quelques années à être convenablement apprécié* » selon Charcot (in Levillain & Vigouroux, 1891). Le traité du docteur Mathieu identifie deux passions susceptibles d'induire un surmenage nerveux : la tristesse, comme le prouve la tristesse post-coït, un surmenage « génital »⁹⁸, et le découragement, accompagnant l'affaiblissement où mène le surmenage nerveux, et qui conduit ensuite à la dépression générale et avec elle à la neurasthénie (Mathieu, 1892, p. 110).

Les émotions sont en effet vues comme ayant des conséquences physiques susceptibles d'induire un état dépressif : c'est par exemple le point de vue de Tastevin selon qui les « émotions dépressives » sont le chagrin (la tristesse), mais aussi l'énervement et l'anxiété, qui se traduisent notamment par le serrement épigastrique⁹⁹. Ces émotions ne

aura, de plus, cet avantage qu'il nous permettra d'établir d'une manière générale le rapport que soutient le taux des suicides avec l'ensemble des anomalies mentales de toute sorte. » (Durkheim, 1897, p. 33-36)

⁹⁸ « *Terminons cette revue des principaux modes du surmenage par le surmenage génital. On connaît la fameuse formule : post coïtum, animal triste... Cette tristesse n'est-elle pas comme une ébauche de neurasthénie.* » (Mathieu, 1892, p. 27)

⁹⁹ Dans un article sur les « émotions afflictives », Tastevin en identifie trois qui sont le chagrin, dont la tristesse est un cas particulier, étant « *un chagrin prolongé accompagné d'abattement* » (Tastevin, 1913, p. 284), l'anxiété « *avec ses degrés et ses variétés ; degrés : inquiétude, anxiété, angoisse ; variétés : peur, frayeur* », et l'énervement (p. 285). Pour cet auteur, ce sont bien là des émotions précisément parce que ce sont des réactions psychophysiologiques (auxquelles il faudrait ajouter la joie qui est un type de réaction opposé en termes d'effets sur l'organisme), ce que ne sont pas la colère, bien qu'elle soit sous-

seraient alors pas tant le signe d'un état d'épuisement que ses causes, particulièrement le chagrin :

« Comme toute douleur, le chagrin produit l'asthénie proportionnellement à sa durée et à son intensité. Dans l'anxiété et l'énerverment l'asthénie est masquée par des mouvements impulsifs ; dans le chagrin, au contraire, il n'y a pas de réactions motrices qui la puissent dissimuler, en sorte que si l'émotion est persistante et si l'organisme ne peut réparer au fur et à mesure l'épuisement qu'elle produit, une diminution progressive des forces s'ensuivra. » (Tastevin, 1913, p. 414).

En 1909, la société de neurologie de Paris et la société de psychiatrie de Paris tiennent une séance animée par un grand débat qui traite « Du rôle des émotions dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques » (*L'Encéphale*, 1910). Le débat se concentre ensuite précisément sur la neurasthénie : la question est de savoir si les émotions peuvent causer cette névrose, attendu qu'elles peuvent causer un état dépressif s'accompagnant des autres symptômes¹⁰⁰. La thèse de Babinski est que l'émotion chronique ne suffit pas à provoquer la neurasthénie, celle-ci supposant avant tout que l'individu ait une faible constitution nerveuse. Déjerine et Janet, s'opposent à cette thèse en affirmant au contraire que l'émotion suffit à causer la neurasthénie, et même plus encore lorsqu'elle lente et prolongée que lorsqu'elle est un choc émotionnel. Déjerine rejette l'explication par le surmenage, l'origine infectieuse ou l'intoxication, car ces causes elles-mêmes ne suscitent la névropathie que si elles s'accompagnent d'émotion, notamment l'inquiétude. « *La neurasthénie, pour moi, est toujours une affection de nature psychique et d'origine émotive.* » (Déjerine, cité dans *L'Encéphale*, 1910, p. 364). L'enjeu d'une explication physique, par le système nerveux, ou bien psychologique, par les émotions, est thérapeutique : il s'agit de savoir si on doit soigner

tendue par l'énerverment, ni l'espérance ou le désir, bien qu'ils soient sous-tendus par la joie. Le regroupement de ces trois émotions se justifie alors par un même type de réaction, à savoir une constriction de l'épigastre : « *Nous avons dit que les émotions afflictives avaient un même élément affectif fondamental: une sensation constrictive douloureuse localisée au creux épigastrique.* » (p. 285) L'auteur s'oppose à James et Lange : ces derniers ont une théorie périphérique, dans laquelle les émotions sont individuées et définies par des sensations périphériques comme les sanglots dans la tristesse, alors que ces phénomènes ne sauraient être considérés comme constitutifs de l'émotion, n'étant que sa conséquence selon Tastevin (p. 292).

¹⁰⁰ « *Les émotions pouvant créer une dépression passagère chez les sujets normaux, engendreront également, chez certains individus, les diverses manifestations des états neurasthéniques. Mais qu'il s'agisse des formes fugaces et intermittentes ou des formes chroniques et graves de la neurasthénie, il ne semble pas que les émotions, si intenses et répétées qu'elles puissent être, soient capables d'engendrer, par leur seule action, cette affection avec le cortège de symptômes qu'on lui attribue. Un fond de débilité constitutionnelle, de dégénérescence physique ou psychique, héréditaire, paraît toujours être à la base de ces états neurasthéniques dans les formes chroniques. Dans les formes passagères il y a peut-être lieu de ne mettre en cause qu'un trouble préalable de l'émotivité acquis et transitoire, chez certains sujets.* » (*L'Encéphale* 1910, p. 363-364)

les neurasthéniques par un traitement somatique ou bien par une psychothérapie¹⁰¹. La « neurasthénie de la ligne de feu » fait l'objet du même débat : est-ce un choc émotionnel qui ébranle le système nerveux, amenant le même type d'épuisement que celui qui peut venir d'une fatigue chronique, d'une usure, d'un surmenage, ou bien un affaiblissement chronique ?¹⁰²

La caractérisation de l'« état mental neurasthénique », inclut par ailleurs un versant affectif, qui se rapporte à un état d'épuisement qui est un état dépressif. Ce versant affectif consiste dans un mal-être qui fait suite au « surmenage » nerveux et affectif, accompagné d'un sentiment d'« impuissance », ce qui suscite éventuellement de la tristesse voire de la douleur morale. Par exemple le docteur Lubetzki qui compare nostalgie et neurasthénie écrit :

« Comme le neurasthénique, le nostalgique essaye de lutter contre la tristesse, contre les préoccupations qui le tourmentent ; mais, comme lui aussi, il est souvent impuissant, à cause de la diminution de son énergie, à soutenir longtemps la lutte. C'est cette difficulté à chasser de leur esprit les préoccupations morales qui les obsèdent qui rend la vie de bon nombre de neurasthéniques si amère. C'est aussi le cas du nostalgique. » (Lubetzki, 1900, p. 141)

Le mal-être est évoqué à travers « l'ennui » du neurasthénique : l'ennui et le spleen font un retour dans le champ médical dans les deux premières décennies du XX^e siècle (Tardieu, 1904 ; Le Savoureux, 1913 ; Dupuis, 1922) et servent notamment à caractériser l'état affectif des neurasthéniques. Le Larousse médical de 1924 lie directement l'ennui à la neurasthénie : « *Ennui – souffrance qui va du malaise inconscient au désespoir raisonné. Il est souvent difficile de démêler, en effet, s'il est la cause ou le résultat de la neurasthénie, de la paralysie générale (cas de Maupassant, de Baudelaire), et il aboutit quelques fois au suicide.* » (Larousse médical illustré, 1924, p. 448) Au lendemain de la guerre, les

¹⁰¹ Déjerine affirme que : « *L'émotion lente, de nature déprimante, elle aussi, qui, plus souvent que l'émotion-choc, se retrouve à l'origine de tout état neurasthénique, agit de la même manière que cette dernière, mais beaucoup plus lentement. Les sources de ces émotions lentes sont multiples et il serait oiseux de les énumérer ; elles sont d'ordre moral ou affectif. Sous l'empire de ces préoccupations, le sujet perd progressivement son contrôle cérébral, il grossit l'importance des choses, s'autosuggestionne sur telle ou telle sensation, s'imagine qu'il a telle ou telle maladie ; il n'en est cependant pas sûr, il le craint, il en a peur, mais il en reste obsédé.* » (Déjerine, cité dans *L'Encéphale*, 1910, p. 368). S'ensuivent les conséquences somatiques diverses, qu'il ne faut pas soigner en tant que telles sous peine de condamner le sujet à demeurer dans son état, entretenu par sa croyance à cette origine somatique de son trouble : c'est seulement en remarquant l'origine psychologique de ses troubles, par exemple digestifs, qu'il pourra s'en délivrer (*L'Encéphale*, 1910, p. 368). Pour Babinski au contraire la neurasthénie elle-même est fondamentalement le syndrome d'épuisement nerveux en lui-même, incluant toutes les perturbations fonctionnelles et organiques associées, mais pas les phénomènes de suggestion que pointe Déjerine, qui ne font que s'y ajouter dans certains cas (*L'Encéphale*, 1910, p. 370) : il en conclut que le traitement psychothérapeutique, qui cible les émotions, ne saurait soigner la neurasthénie et ce qui y dispose, qui n'est pas selon lui une constitution psychique mais bien nerveuse, somatique.

¹⁰² Voir la séance du 30 juillet 1917 de la Société médico-psychologique intitulée « Etat dépressif consécutif à une émotion de guerre », *Annales médico-psychologiques* n°08, 1917, p. 595-602

neurasthéniques du front sont eux aussi en mal d'un mot pour dire leur mal-être, leur état affectif spécifique. Ce sera le « cafard », titre d'un livre publié par deux médecins des armées en 1918¹⁰³ : cet état affectif, corrélat d'un état dépressif induit par intoxication ou fatigue nerveuse dans lequel on reconnaît bien la neurasthénie, est voisin de l'ennui, de la tristesse et du découragement, il est le mal-être du poilu à la vie « normale » après l'expérience du front. Ce mal-être s'accompagne d'impuissance, c'est-à-dire du sentiment de l'incapacité induite par l'abaissement des facultés, par l'état dépressif. Pour Proust et Ballet, la neurasthénie « s'accompagne toujours d'un état mental particulier, qui est même un élément symptomatique de premier ordre. [...] D'une manière générale il s'agit d'un amoindrissement conscient de la personnalité, d'une impuissance plus ou moins prononcée de toutes les facultés auxquels s'ajoute accidentellement des idées fixes et des obsessions. » (Proust & Ballet, 1897, p. 78) Cet amoindrissement consiste dans l'aboulie, la diminution du pouvoir d'attention, l'amoindrissement de la mémoire (état de distraction perpétuelle, oublis fréquents), la conscience de sa propre infériorité morale, la difficulté à s'engager dans des occupations (Proust & Ballet, 1897, p. 79-81). Les neurasthéniques ont un « *sentiment très net de leur impuissance mentale* » qui « *les entretient en état de tristesse* » (p. 81). Dubois et Lépine, qui parlent d'états neurasthéniques et non plus de neurasthénie, dépeignent le même état mental : « *Au point de vue clinique, les états neurasthéniques présentent un tableau bien caractérisé ; à l'état de crise, les symptômes de la maladie sont ceux de la fatigue, de l'épuisement créant l'impuissance dans le domaine physique, intellectuel et moral.* » (Dubois et Lépine cités dans *L'Encéphale*, 1908, p. 525).

5. La « thymie » de Kraepelin

103 « *Leur livre traite du cafard. Le cafard, qu'est cela ? C'est bel et bien un état de maladie qui appartient aux cadres de la médecine ; comme toute maladie, il a sa définition, son anatomie pathologique, ses symptômes, son évolution, son pronostic et son traitement. [...] Qu'est donc le cafard dans sa symptomatologie ? Est-ce l'ennui, la tristesse, le découragement, l'indifférence, l'incertitude, parfois l'excitation ? Tous ces éléments peuvent s'y rencontrer ; mais cependant c'est autre chose et le cafard ne dépend strictement d'aucun d'eux. Somme toute, il faut considérer ce fait primordial, et s'en tenir à lui, la désadaptation. Le cafard a sévi beaucoup parmi nos troupes combattantes. Ceux qui en sont atteints, devenus fort différents d'eux-mêmes, se trouvent plus ou moins impropres à ce qu'on attend d'eux. Souvent même, ils se montrent nuisibles et accomplissent des actes répréhensibles. Peut-être, c'est une question que nous nous posons à nous-mêmes, faut-il, en dehors de certaines excitations malsaines, voir quelque participation du cafard dans les défaillances militaires et dans les mutineries qui se sont produites à des moments douloureux ? [...] D'où provient le cafard : ou d'une intoxication ou d'une fatigue des éléments nerveux. Il faut donc permettre au cafardé de se désintoxiquer, de se reposer.* » (Notice bibliographique de Parant dans les *Annales médico-psychologiques*, 1918-10, p. 214-217).

Le terme « humeur » réapparaît dans la psychiatrie vers 1910 au moment de la traduction du *Traité* de Kraepelin : aussi appelée « thymie », elle y désigne une disposition ou une dimension psychologique, qui correspond à la tonalité globalement positive ou négative des états affectifs, et dont le psychiatre allemand suppose des corrélats biologiques. L'ajout de cette hypothèse étiologique confère d'emblée au terme une acception propre à la psychiatrie, par rapport au sens moderne de disposition affective temporaire qu'elle a pris dans la langue française courante en perdant la connotation de ses corrélats humoraux : « avoir de l'humeur » signifie dès lors avoir des dispositions affectives changeantes¹⁰⁴. Kraepelin réalise dans les huit éditions successives de son *Traité de psychiatrie*, parues et traduites en français de 1883 à 1915, une synthèse de toutes les formes d'aliénation mentale dans deux grandes catégories, la psychose maniaque-dépressive et la démence précoce (préfigurant respectivement la bipolarité et la schizophrénie), auxquelles il prête de façon générale une étiologie biologique (Postel et Quételet, 1994, p. 228). La psychose maniaque-dépressive est vue comme un trouble affectif, caractérisé par des oscillations de « l'humeur » ou « thymie » à partir desquelles sont définis des états dépressifs et des états maniaques ; de plus dans la version finale de son traité, Kraepelin lui rattache tous les états dépressifs, faisant déjà de l'humeur dépressive leur symptôme central.

Dans cette version finale du traité, traduite en français en 1913, la notion d'humeur désigne la dimension globalement positive ou négative des états affectifs. Son inversion régulière constitue un état pré-morbide susceptible d'annoncer une psychose maniaque-dépressive : elle est qualifiée par Kraepelin de « cyclothymie ». Une étude de 1909 sur ses rapports avec la psychose maniaque-dépressive et la neurasthénie la décrit comme l'alternance d'un « un état émotif légèrement exagéré » et d'un « état émotif déprimé » consistant dans une apathie accompagnée de « lassitude » et de tristesse¹⁰⁵. Ce dernier est

¹⁰⁴ Un professeur de philosophie signe un article sur l'humeur dans la *Revue philosophique* en 1914 dans lequel il la définit comme « l'instabilité psychologique et plus spécialement affective, autrement dit, l'instabilité des émotions et des goûts, et par contre-coup celle des actions et du caractère, des opinions et des jugements. » (Dugas, 1914, p. 179).

¹⁰⁵ « Effectivement, on rencontre des personnes qui, parfois, remarquent chez eux l'apparition d'une certaine apathie et d'un certain embarras dans le processus de l'idéation ; en même temps elles éprouvent une certaine faiblesse générale, une lassitude et il leur paraît que quelque chose leur manque ; leur travail habituel ne va pas bien et il leur tombe des mains ; en un mot ces individus sentent qu'un changement s'est opéré en eux, que leur activité psychique s'est modifiée et devient autre, moins libre et moins légère qu'avant. En même temps, chez un tel malade commencent à surgir des pensées tristes, par exemple, sur l'inutilité de leur vie et le désir de finir avec cette vie triste, ce que jamais d'ailleurs un tel malade n'avouera à personne. Cette période d'état émotif déprimé, de lassitude et de mauvaise humeur, avec conservation de la netteté de la conscience, peut durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, pour disparaître tout à fait et donner place à un autre état émotif légèrement exagéré, avec accélération des processus psychiques ; ensuite, chez un tel malade peut de nouveau réapparaître la période de mauvaise humeur et d'une légère dépression, et cette période peut de nouveau disparaître, etc.

proche du versant affectif de « l'état mental neurasthénique » puisque l'étude sur les rapports entre cyclothymie, neurasthénie et psychose maniaque-dépressive affirme justement que lorsqu'un diagnostic de neurasthénie a été porté, il faut être attentif à ce que l'état émotif déprimé ne cède pas place à l'état émotif exagéré : si tel est le cas, alors il s'agit plutôt de cyclothymie, préfigurant une psychose maniaque-dépressive (Soukhanoff, 1909). Kraepelin distingue des états dépressifs-mélancoliques, des états maniaques et des états mixtes, et les caractérise en partie par l'émotion dominante, gaie dans les états maniaques et triste dans les états dépressifs-mélancoliques. La traduction du traité emploie le terme « humeur » pour cet état émotif global, cet ensemble d'états affectifs de tonalité globale positive ou négative, et parle d'« alternances de l'humeur » pour ses inversions brutales :

« Nous distinguons donc d'abord des états maniaques, dont les signes essentiels sont la fuite des idées, l'humeur gaie et le besoin impérieux d'activité, et des états mélancoliques ou dépressifs caractérisés par la tristesse ou l'angoisse et par la difficulté à penser et à agir. Ce sont ces deux formes cliniques opposées qui ont donné son nom à la maladie. Mais, à côté d'elles, nous observons encore en clinique des états mixtes dans lesquels les manifestations maniaques et mélancoliques s'associent entre elles, de sorte qu'on obtient un type où se retrouvent les mêmes symptômes que dans les précédents états, mais qu'on ne peut ranger sans violer la logique ni dans l'une ni dans l'autre catégorie. » (Kraepelin, 1913, p. 224-225)

Mais Kraepelin ne s'en tient pas au versant affectif pour définir les états dépressifs et maniaques, allant jusqu'à mentionner des cas où l'état affectif est inversé en termes de polarité par rapport à l'état maniaque ou dépressif. Ce dernier est dès lors défini par ses aspects somatiques et psychomoteurs. Ainsi l'état maniaque peut s'accompagner de tristesse :

« Un caractère tout à fait essentiel de l'humeur des maniaques, c'est qu'elle est sujette d'ordinaire à des oscillations fréquentes et subites. Au milieu d'une allégresse débordante surviennent non seulement de brusques accès de colère, mais aussi des crises violentes de larmes et de sanglots qui, tout aussitôt, font place à nouveau à une gaieté exubérante. « Je ne sais pas si je dois rire ou pleurer! » disait une malade. Ces alternances de l'humeur qu'on rencontre souvent aussi, quoique d'une façon moins accusée, dans les états de dépression, montrent bien la parenté intime entre des types cliniques qui paraissent au premier abord radicalement différents. » (Kraepelin, 1913, p. 249)

A l'inverse, un état de dépression peut laisser la gaieté survenir :

Souvent, ces oscillations d'état émotif apparaissent sans causes visibles ou en liaison avec de telles conditions étiologiques, qui, ordinairement, ne donnent pas de modifications pathologiques du côté de la sphère neuropsychique. Il faut remarquer que les oscillations de la sphère émotive, indiquées plus haut, leur cours cyclique, se manifestent chez les personnes qui y sont sujettes, déjà au jeune âge, à l'âge juvénile ; et parfois elles s'expriment par cela que chez le sujet donné existent des passages rapides de l'état émotif sous forme de jours bons ou de mauvaises journées. De telles oscillations de l'état émotif, faiblement exprimées, n'ayant aucun retentissement sur l'état physique de l'organisme ou, plus souvent, se reflétant sur ce dernier imperceptiblement, portent le nom de « cyclothymie » ; et il n'y a pas de doute que cette dernière se rapporte à la catégorie de la psychose maniaco-dépressive, dans sa manifestation la plus faible. » (Soukhanoff, 1909, pp. 29-30).

« Dans les états de dépression, comme on l'a indiqué plus haut, la teinte de l'humeur ne reste pas toujours semblable, même lorsque ses traits fondamentaux gardent une fixité désespérante. Sans parler des cas, qui ne sont pas rares, où l'on peut observer, pendant un court espace de temps, une transformation complète en état maniaque, nous sommes souvent surpris par un sourire sans raison, une soudaine gaieté qui s'introduit brusquement, au milieu de lamentations et d'idées de persécution. [...] Un fait est particulièrement caractéristique et présente souvent une certaine importance pour le diagnostic : il arrive souvent que, dans les cas où la mauvaise humeur n'est pas trop forte, on peut, en causant avec le malade, l'amener à vous faire bon visage. La soudaineté avec laquelle les traits du visage soucieux et affaissés prennent une expression de gaieté exubérante est véritablement ahurissante. » (Kraepelin, 1913, p. 251).

Si les états dépressifs et maniaques ne se résument donc pas à leur versant affectif, ce dernier est dans le cas normal de la même polarité, et en est un symptôme : parmi les symptômes des états dépressifs et maniaques, un paragraphe du traité concerne ce versant affectif, soit « l'humeur », gaie chez les maniaques, triste chez les dépressifs :

« L'humeur est la plupart du temps gaie, avec, dans l'excitation forte, un caractère particulier d'exubérance débordante. Les malades sont satisfaits, « très joyeux » ou « heureux intérieurement », enthousiastes, « plus que contents », « réjouis d'être sur un monde si beau ». Ils se sentent bien, disposés à toute espèce de plaisanteries et de railleries, « pénétrés d'allégresse », ils rient, chantent, et badinent. Ils sont « ravis de tout », « la plus heureuse des femmes », le bonheur est entré chez eux : « voici venir le temps des roses ». » (p. 247)

La tristesse domine dans les états dépressifs, tristesse qui s'accompagne d'une insensibilité générale, source de souffrance :

« Le sentiment dominant dans les états de dépression est le plus souvent un lourd, un sombre désespoir. Le malade « a cent kilos sur la poitrine », il est dévoré par le chagrin, il a perdu tout courage, il se sent seul, abandonné, sans but véritable dans la vie. Son cœur est comme de la pierre, rien ne lui donne plus de joie. » (p. 247)

Mais cette tristesse cède aussi place à un état affectif différent, de relative insensibilité émotionnelle ressentie douloureusement, et un « dégoût de la vie » :

« [...] il y a là, en outre du sentiment de tristesse, une certaine inhibition des mouvements sentimentaux qui fait contraste avec la facilité du maniaque à s'émouvoir. [...] c'est cela qui est ressenti le plus douloureusement par les malades. [...] Les tortures vraiment insupportables [...] qui accompagnent les états de dépression, amènent presque chez tous, au moins pendant un temps, le dégoût de la vie, et trop fréquemment aussi le violent désir d'apporter une fin à leurs maux. » (p. 249-250)

Kraepelin caractérise encore ce versant affectif des états dépressifs par l'abattement et le découragement :

« L'humeur du malade est dominée tantôt par un abattement profond, un sombre découragement, tantôt par une agitation anxieuse mal définie. » (p. 362) ; « L'humeur est sombre, découragée, désespérée. » (p. 375) ; « Leur humeur est tantôt un sombre découragement, tantôt une tension ou une excitation anxieuse. » (p. 384).

Sous le terme « humeur », qui avait été éclipsé par Pinel et Esquirol, la traduction du traité de Kraepelin désigne donc un ensemble ou un mélange d'états affectifs, de tonalité gaie ou triste, ou encore certains de ces états affectifs, ou encore la polarité positive ou négative de leur ensemble. L'émotion dominante est la tristesse lorsqu'il s'agit du versant affectif des « états dépressifs-mélancoliques ». Ce versant affectif ne définit pas à lui seul ces états, puisqu'il peut être de tonalité ou polarité opposée. Comme Falret et Baillarger, Kraepelin définit donc avant tout les états de dépression et états d'excitation générale sur le plan psychomoteur et somatique. Enfin, le versant affectif des états dépressifs ne se limite pas à la tristesse mais est aussi caractérisé par le désintérêt affectif, l'apathie, le dégoût de la vie, le découragement, l'abattement.

Au sein de sa synthèse de la maladie mentale autour de deux formes principales, Kraepelin fait notamment une synthèse des états dépressifs qu'il rattache tous à la psychose maniaque-dépressive, alors que les cliniciens français les rattachaient à plusieurs types de mélancolie ou bien à la neurasthénie. Cette synthèse des états dépressifs revient à les inscrire dans une forme d'aliénation mentale qui consiste fondamentalement dans une alternance d'états de dépression et d'états d'excitation, Kraepelin reprenant ici une conception proche de celle de la folie circulaire de Falret et de la folie à double forme de Baillarger (Haustgen et Masson, 2018). Dans le traité de Kraepelin, la notion d'« état dépressif » englobe les états dépressifs de « la mélancolie simple allant de la simple inhibition psychomotrice à la stupeur », de « la mélancolie grave avec véritable délire mélancolique (mélancolie paranoïde), accompagnée parfois d'hallucinations », de « la mélancolie confusionnelle » ; or celles-ci sont différentes formes que peut prendre la psychose maniaco-dépressive dans ses phases dépressives, que Kraepelin appelle « mélancoliques », sans voir dans la mélancolie une maladie distincte de cette psychose (Postel et Quételet, 1994, pp. 231-232). La « mélancolie d'involution »¹⁰⁶ était conçue comme une maladie autonome dans les premières éditions du traité mais est finalement rattachée à la psychose maniaque-dépressive dans les éditions finales (Haustgen et Masson, 2018). Pour Kraepelin, un état dépressif s'inscrit toujours dans une psychose maniaque-dépressive, et si l'on n'a pas observé d'état maniaque c'est pour des raisons contingentes, comme l'absence de témoignages permettant au clinicien de constater indirectement et rétrospectivement un épisode passé, ou encore la mort du patient avant qu'il

¹⁰⁶ Mélancolie liée au vieillissement, caractérisée cliniquement par des idées de culpabilité, de ruine, parfois de l'hypochondrie ou un syndrome de Cotard.

n'ait rencontré de circonstances favorisant l'émergence d'un épisode maniaque (Kraepelin, 1913).

La classification de Kraepelin fait l'objet de résistances en France du fait de l'importance de théories concurrentes issues des psychologues, des psychothérapeutes et des psychanalystes, et ces résistances concernent particulièrement les états dépressifs (Haustgen & Masson, 2018; Hum et al., 2010; Lantéri-Laura, 2003). Les cliniciens français veulent maintenir une distinction entre des états dépressifs liés à une psychose maniaque-dépressive, qu'ils considèrent comme une maladie biologique et endogène à la suite de Kraepelin, et des états dépressifs relevant d'une mélancolie simple, ou « vraie », qui serait une autre maladie. L'explication historique donnée par Berrios est que les pratiques de psychothérapie naissante et les travaux psychopathologiques de Janet, mais aussi d'autres psychologues comme Ribot et Binet, attiraient l'attention des cliniciens français sur des états dépressifs qui ne semblent pas relever d'une psychose maniaque-dépressive, et qu'ils ne voulaient donc pas faire entrer dans cette catégorie (Haustgen & Masson, 2018). Ces états dépressifs pouvaient être différents cliniquement comme étiologiquement : par exemple le fait qu'ils aient été causés par une émotion triste pouvait les faire considérer comme rattachés à une mélancolie vraie ou neurasthénie d'origine affective, émotionnelle ; le fait qu'ils soient plus légers pouvait les faire considérer comme dûs à la neurasthénie en tant que (psycho)névrose autonome. Selon Lantéri-Laura, au début du XX^e siècle en France, le centre de la dépression est la mélancolie et sa périphérie est constituée par les premières caractérisations de dépressions réactionnelles et névrotiques (Lantéri-Laura, 2003). Pour caractériser cliniquement les états dépressifs qu'ils rattachent à une mélancolie autonome, plutôt qu'à une psychose maniaco-dépressive, maladie intermittente et endogène, les cliniciens français considèrent en général que dans un accès mélancolique relevant d'une mélancolie simple ou vraie, la tristesse ou douleur morale domine, alors que dans un accès relevant d'une psychose maniaque-dépressive, ce sont le ralentissement et la fatigue (Haustgen & Masson, 2018 ; Hum et al. 2010). Par exemple un article de Georges Genil Perrin, interne à Sainte-Anne, caractérise la mélancolie d'involution comme une pathologie indépendante, qui est « *une forme spéciale de dépression, caractérisée surtout par des crises d'angoisse, par une atrophie de la volonté, par des idées de culpabilité et des préoccupations hypochondriaques* » (Genil Perrin, 1911, p. 491) De plus elle est d'origine affective : « [...] *vague inquiétude d'abord, c'est ensuite un sentiment de tristesse qui aboutira graduellement à la douleur morale intense* » (p. 492). Cela contraste selon l'auteur avec la labilité émotionnelle qui caractérise les débuts de la psychose maniaco-

dépressive, c'est-à-dire des changements brutaux d'émotions. De plus dans le cas de la mélancolie d'involution, le ralentissement trouverait lui-même son origine dans cet état affectif triste initial, contrairement au ralentissement psychomoteur de la psychose maniaque-dépressive.

« Si les actes sont accomplis avec moins de rapidité, cela tient non à un ralentissement psychomoteur, mais à un effet de la dépression sentimentale sur la volonté d'agir. Au contraire, dans les phases dépressives de la psychose maniaque dépressive, il y a arrêt des fonctions idéatives, ralentissement et difficulté de toutes les actions volontaires, au point que les malades semblent plongés dans un état de stupeur et qu'ils sont pris souvent d'une répugnance invincible à quitter le lit. » (p. 493)

Autre exemple, Masselon (1906) parle de la mélancolie « affective » comme d'un syndrome qui peut être autonome, donnant lieu à des « états mélancoliques essentiels », par exemple dans la « mélancolie d'involution », ou bien accompagner les états dépressifs de la psychose maniaque-dépressive (que Kraepelin qualifie d'états dépressifs-mélancoliques ou d'accès mélancoliques). Ce syndrome mélancolique, caractérisé de façon centrale par la tristesse, et par des émotions morales, la culpabilité, la honte, ainsi que des idées de ruine, de mort, de déchéance, est ce que Freud théorise dans son ouvrage de 1917 *Deuil et mélancolie*, comme un état pathologique dans lequel le moi est tourmenté par sa conscience morale : le mélancolique se juge indigne, sans intérêt, mais aussi déchu, coupable de la perte irréparable d'un objet d'investissement libidinal¹⁰⁷.

Conclusion du chapitre

Ainsi, sous l'influence de la psychologie et des psychothérapies naissantes, la psychiatrie française résiste en partie à la synthèse de Kraepelin qui rattache tous les états dépressifs à la psychose maniaque-dépressive, vue comme une maladie d'origine biologique et endogène. La traduction française du traité de Kraepelin désigne le versant affectif des états dépressifs comme une « humeur » ou « thymie », notion par conséquent déjà associée dans ce contexte à l'hypothèse de corrélats biologiques. Dans l'entre-deux-guerres, les cliniciens

¹⁰⁷ Le processus psychologique de la mélancolie est analogue à celui du deuil, au sens : la tristesse du mélancolique traduit la perte d'un objet. S'y ajoute une ambivalence affective : le mélancolique s'auto-déprécie, se juge indigne et sans valeur, ce qui suggère que son attachement à l'objet perdu était narcissique. La conscience morale (que Freud appelle ailleurs le surmoi) tourmente dès lors le moi : le sujet s'auto-critique, se juge coupable, se persécute lui-même de façon sadique.

français en viennent à distinguer entre des états dépressifs jugés d'origine endogène, biologique, que l'on suppose liés à la psychose maniaque-dépressive de Kraepelin, des états dépressifs que l'on rattache à une mélancolie autonome dite « vraie » ou « simple », parfois d'involution, et des états dépressifs que l'on rattache à une neurasthénie ou à une autre (psycho)névrose autonome. Ceux qui proviennent d'une mélancolie ou d'une neurasthénie peuvent alors être d'origine réactionnelle ou psychogène, plutôt qu'endogène, et dès lors plutôt psychologique que biologique, notamment émotionnelle. Dans tous les cas, le versant affectif de ces états dépressifs ne se limite pas à la tristesse : si cette émotion a longtemps été le symptôme central de la mélancolie, ensuite remplacé par sa dimension douloureuse, la douleur morale, elle peut en être absente, au profit d'une forme de mal-être diffus, d'ennui, d'abattement, voire d'apathie, selon la sévérité de la dépression. Avec le tournant biologique de la psychiatrie, la notion d'humeur, associée à l'hypothèse d'une étiologie biologique, va finalement s'imposer pour désigner ce versant affectif, et permettre l'unification des états dépressifs autour d'un symptôme central : ce versant affectif lui-même, « l'humeur dépressive », qui signalerait un dérèglement de l'humeur en tant que disposition affective fondamentale, ou plutôt du mécanisme neurobiologique qui la sous-tend.

Chapitre II : L'« humeur dépressive » entre disposition affective fondamentale et tristesse diffuse (des années 1930 à aujourd'hui)

Le « tournant biologique » de la psychiatrie se produit suite à la découverte de traitements biologiques, dans un premier temps des « traitements de choc », qui donnent l'espoir aux psychiatres de commencer à avoir une véritable action curative sur les malades (Missa & Buser, 2006 ; von Bueltzingsloewen, 2010). Or leur mécanisme d'action étant biologique, cela entraîne un « tournant biologique » dans la conception des troubles mentaux, et dans les recherches étiopathogéniques, tout autant que dans la thérapeutique qui rompt définitivement avec le « traitement moral » des aliénistes. Ce tournant est marqué, en termes d'histoire institutionnelle, par l'émergence de « l'école de Sainte-Anne », dont la figure de proue est Jean Delay, et qui se caractérise par une vision biologique de la maladie mentale en lien avec l'efficacité des traitements biologiques. C'est le premier hôpital où les traitements de choc sont introduits en France (von Bueltzingsloewen, 2010). En 1924, le médecin chef Auguste Armand Marie y introduit la malariathérapie inventée par Wagner-Jauregg (Postel et Quénel, 1994). Outre ce traitement, les autres traitements de choc inventés des années 1920 aux années 1930 sont le choc au cardiazol découvert par Von Meduna, et le coma insulinique de Sakel et les électrochocs (Callahan & Berrios, 2005, p. 89-90). Enfin le traitement qui emploie les électrochocs, appelé sismothérapie et aujourd'hui électro-convulsivothérapie, est pratiqué pour la première fois en France à Saint-Anne en 1940 par les Allemands ; il y est pratiqué ensuite par les médecins français, notamment Joseph Lévy-Valensi, assistant d'Henri Claude, à partir de 1942 (von Bueltzingsloewen, 2010). Enfin, Jean Delay et Pierre Deniker y découvrent en 1952 le premier antipsychotique, la chlorpromazine, ouvrant l'ère des médicaments, autre forme de traitement biologique qui succède en partie aux traitements de choc (Callahan & Berrios, 2005, p. 99; Thuillier, in Mauppin, 2020, p. 225-230).

Le tournant biologique suscite aussi un tournant dans l'histoire de la transition progressive, dans la nosologie, de la mélancolie à la dépression : l'efficacité de ces traitements semble confirmer la conception biologique de la maladie mentale proposée par Kraepelin, plus particulièrement dans le cas des états dépressifs-mélancoliques que l'on pense liés à une psychose maniaque-dépressive. Les états dépressifs sont donc de plus en plus envisagés indépendamment de la mélancolie en tant que maladie autonome. Les deux grandes catégories de la nosologie sont la psychose maniaque-dépressive et les schizophrénies (parfois

appelées psychoses), terme introduit par Bleuler (1911) qui a remplacé celui de « démence précoce » utilisé par Kraepelin¹⁰⁸. La « mélancolie » tend à être aussi appelée « dépression », que ce soit dans le cas où les psychiatres français pensent avoir affaire à une forme autonome, une « mélancolie vraie » ou simple, ou dans le cas d'une psychose maniaque-dépressive qu'ils appellent aussi « mélancolie intermittente ». La psychose maniaque-dépressive tend à être vue comme une maladie biologique et endogène, alors que la « mélancolie vraie » ou « dépression » tend à être vue comme un trouble réactionnel, d'origine généralement affective¹⁰⁹, sauf sa forme liée au vieillissement, la « mélancolie involutive » ou « d'involution » ou « présénile » (Halberstadt, 1928).

Devant l'efficacité des électrochocs sur le versant affectif des états dépressifs, des recherches d'orientation biologique sont initiées sur les corrélats de ce dernier, peu à peu désigné comme « humeur dépressive ». Ces recherches portent essentiellement d'une part sur les phénomènes humoraux (donc sur les humeurs au sens des fluides corporels !), par exemple sur des phénomènes d'acidose et d'alcalose envisagés comme des marqueurs biologiques de la psychose maniaque-dépressive, et d'autre part sur les phénomènes nerveux, comme la vagotonie (niveau d'excitation du nerf vague). Ces recherches commencent à supposer un système neuroendocrinien¹¹⁰, et envisagent un lien entre des perturbations hormonales, des perturbations du système nerveux et certains phénomènes affectifs. L'« humeur » est donc mise au premier plan de la psychiatrie suite à son tournant biologique, à la fois comme symptôme, et comme objet des recherches étiopathogéniques. Au groupe *L'Evolution psychiatrique*, créé en 1925 par des psychiatres inspirés par la pensée de Bergson, la phénoménologie et la psychanalyse, Jean Tusques tient en 1939 une conférence intitulée « Le

108 Les schizophrénies sont vues comme chroniques, et leur curabilité est discutée, tandis que la psychose maniaco-dépressive semble curable et sa chronicité est discutée dans le cadre d'un débat sur sa parenté d'origine avec les psychoses (voir le mémoire d'Halberstadt, 1937).

109 Une opposition schématique, dans la psychiatrie française de l'entre-deux-guerres, entre des états dépressifs liés à une psychose maniaque-dépressive, d'origine endogène et biologique, et des états dépressifs liés à une mélancolie « vraie » ou « simple », d'origine réactionnelle et psychologique, est à nuancer : la psychose maniaque-dépressive admet des causes psychologiques parmi ses facteurs conjoncturels, tandis que la mélancolie vraie est parfois vue comme liée à un terrain de prédisposition qui pourrait être en partie biologique. De plus la mélancolie d'involution est une mélancolie simple (sans manie) mais d'origine biologique puisqu'elle provient du processus d'involution, c'est-à-dire d'une altération du corps avec le vieillissement. Enfin des états dépressifs non liés à une psychose maniaque-dépressive sont aussi observés dans la neurasthénie, dont les cliniciens débattent toujours pour savoir si ses facteurs héréditaires, constitutionnels, souvent vus comme biologiques (faiblesse de la constitution nerveuse), l'emportent ou non sur ses facteurs conjoncturels qui peuvent être tout aussi bien biologiques (maladie infectieuse, intoxication) que psychologiques (intellectuels et émotionnels).

110 Les glandes endocrines ont été découvertes en 1917 par Kopec, et des neurones sécrétant également des hormones sont mis en évidence en 1935 par Scharer.

problème psycho-glandulaire » qui s'ouvre sur ces mots : « *Depuis longtemps déjà on croit à une influence des humeurs sur l'activité psychique. Le mot humeur ne sert-il pas à désigner à la fois un état du milieu intérieur et un état psychique? La découverte des glandes endocrines, et l'énorme développement de l'endocrinologie dans ces dernières années, ont pu susciter l'espoir d'une explication de beaucoup de phénomènes psychologiques et psychopathologiques par un déterminisme endocrinien.* » L'affirmation d'une détermination neuroendocrinienne de l'humeur, en tant que disposition affective fondamentale déterminant la tonalité globalement positive ou négative des états affectifs, est accomplie par Jean Delay, qui choisit explicitement ce terme en raison de sa double acception psychologique et biologique : lors de la séance inaugurale du Congrès international de psychiatrie, le 18 septembre 1950, il affirme que l'humeur au sens psychologique, affectif, est l'émanation de l'humeur au sens biologique, des phénomènes humoraux, en notant « *l'heureuse ambiguïté du mot « humeurs » qui désigne à la fois les liquides de l'organisme, et les caractères qui en dépendent* ».

Dans le contexte de l'apparition de la psychopharmacologie¹¹¹, l'humeur dépressive va alors permettre l'unification des états dépressifs dans la nosologie : ces états dépressifs se révèlent tous sensibles à l'action d'une classe spécifique de médicaments, les antidépresseurs¹¹², ce qui suggère une étiologie biologique commune, l'humeur apparaissant comme leur symptôme central commun. Roland Kuhn découvre en 1958, dans un hôpital psychiatrique en Suisse, le premier antidépresseur tricyclique, l'imipramine, qu'il étudiait en tant que molécule proche de la chlorpromazine pour soigner la schizophrénie (Callahan & Berrios, 2005, p. 99-100). La même année, aux Etats-Unis, Nathan Kline met en évidence les effets antidépresseurs de l'iproniazide, un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) (Callahan & Berrios, 2005, p. 98). Un troisième type d'antidépresseurs, les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS), est découvert par la suite, et devient le plus répandu. Or les différents types d'antidépresseurs découverts ne se révèlent pas agir de façon

111 L'efficacité du lithium contre l'agitation maniaque est montrée par Cade en 1949, préfigurant son utilisation comme stabilisateur d'humeur dans les troubles bipolaires principalement (Callahan & Berrios, 2005, p. 95-96). La découverte de la chlorpromazine en tant qu'antipsychotique par Delay et Deniker en 1952 fait suite à son utilisation comme anesthésiant par Laborit en 1951 qui connaissait cette molécule en tant qu'antihistaminique (Callahan & Berrios, 2005, p. 99).

112 Pour une histoire détaillée, voir l'ouvrage de Healy, *The antidepressant era* (Healy, 1997).

différentielle sur différents types d'états dépressifs, comme l'affirme Kline¹¹³ dès 1964 (Callahan & Berrios, 2005, p. 114) Cela va pousser la psychiatrie française à renoncer à distinguer des types états dépressifs, que ce soit sur des critères étiologiques ou cliniques (Hum et al., 2010). L'efficacité des antidépresseurs sur tous les types d'états dépressifs, va dans le sens de leur conception précédemment élaborée par Delay dans le contexte de l'efficacité des traitements de choc, comme résultant tous d'un dérèglement neurobiologique se traduisant notamment par l'humeur dépressive : cette dernière est ainsi au cœur d'une hypothèse étiologique sur les états dépressifs, en même temps que de leur caractérisation clinique. La dépression est définie en 1980 comme un trouble de l'humeur dans le DSM-III, en partie sous l'influence des travaux de l'école de Sainte-Anne, en même temps qu'elle supplante la mélancolie¹¹⁴ : l'humeur dépressive en est le symptôme central.

Cette humeur est une des dimensions de la dépression évaluées par les questionnaires psychométriques qui se développent à partir des années 1960 (Beck et al., 1961; Hamilton, 1986). Néanmoins, selon certaines des théories de la dépression qui apparaissent, l'humeur et les émotions négatives ne sont qu'une conséquence superficielle de troubles fondamentalement comportementaux ou cognitifs, par exemple dans la théorie de « l'impuissance apprise » de Seligman, ou celle des « distorsions cognitives » de Beck (Beck, 1979; Seligman, 1975). Ces théories entraînent l'apparition, dans les années 1970, de nouvelles psychothérapies, les thérapies cognitives et comportementales. J'aborderai l'émergence de ces approches à travers les psychiatres de la Salpêtrière qui s'y sont intéressés. La Salpêtrière, désormais hôpital La Pitié-Salpêtrière¹¹⁵, revient sur le devant de la scène en psychiatrie, en termes de recherche comme de clinique, dans les années 1980, notamment

¹¹³ Pour la manière dont Kline conçoit le traitement de la dépression, voir un texte traduit en 1965 dans les *Annales médico-psychologiques* sur « Le traitement pratique de la dépression » (Kline, 1965).

¹¹⁴ En 1980, la dépression éclipse la mélancolie dans le DSM-III. Cette édition du manuel élimine ce terme en même temps que tout le vocabulaire qui pouvait être associé à la psychanalyse pour en conjurer l'arrière-plan théorique. Les travaux de l'école française de psychiatrie y sont repris : la dépression est définie comme un « trouble de l'humeur » à partir de l'épisode dépressif dont cette humeur est le symptôme central, les « caractéristiques mélancoliques » de la dépression reprennent celles de la mélancolie endogène, les « caractéristiques psychotiques » celles de la mélancolie délirante, et la disparition de la dépression névrotique au profit de la dysthymie fait aboutir la tentative d'intégrer la neurasthénie et des formes légères de dépression à ce qui était la « mélancolie sans délire » (Haustgen & Masson, 2018)

¹¹⁵ La loi de 1948 créant les CHU est suivie de la fusion de la Salpêtrière avec la Pitié sous ce nouveau statut en 1964 (Langlois & Pimpaud, 2012, p. 217).

sous l'influence de Daniel Widlöcher¹¹⁶. Or ce dernier est connu pour sa théorie de la dépression centrée sur le « ralentissement psychomoteur » (Widlöcher, 1983), à laquelle succèdent, dans le même hôpital, des recherches sur les aspects cognitifs de la dépression. Ces approches tendent à s'opposer à la notion de « trouble de l'humeur », en assimilant l'humeur dépressive à une tristesse diffuse, qui n'est effectivement pas présente dans tous les tableaux dépressifs : je montrerai qu'il s'agit d'un glissement de sens par rapport à la conception qu'en avait l'école de Sainte-Anne, comme une disposition affective dont le dérèglement pouvait aussi expliquer la symptomatologie cognitive et comportementale de la dépression.

Dans une première sous-partie centrée sur les psychiatres de Sainte-Anne, je vais retracer l'évolution de la conception de l'humeur dépressive sous l'effet du « tournant biologique » de la psychiatrie, et l'unification des états dépressifs dans la nosologie autour de ce symptôme assimilé à une forme de tristesse, conduisant à la définition de la dépression comme un « trouble de l'humeur » en 1980. Dans une deuxième sous-partie faisant dialoguer la Pitié-Salpêtrière et Sainte-Anne, je vais montrer que cette notion est aussitôt contestée par les approches comportementales et cognitives car l'humeur dépressive au sens d'une forme de tristesse n'est pas présente dans tous les tableaux dépressifs.

1. L'émergence de « l'humeur dépressive »

a. Troubles humoraux du maniaco-dépressif, tristesse et chagrin du mélancolique vrai et fatigue du neurasthénique (années 1920-1930)

Dans l'entre-deux-guerres, une distinction schématique entre états dépressifs endogènes et réactionnels se reflète dans une divergence entre deux axes de recherche clinique : d'une part des recherches sur des phénomènes biologiques notamment humoraux accompagnant les états dépressifs supposément endogènes, motivées par l'efficacité des premiers traitements de choc sur ces états, et d'autre part une caractérisation clinique attentive

¹¹⁶ Widlöcher crée en 1980 le service de psychiatrie et de pédopsychiatrie de la Pitié-Salpêtrière, installé dans le bâtiment La Force, il réorganise le service de psychiatrie et développe la recherche en lien avec le CNRS et l'INSERM où il dirige une unité de recherche intitulée « psychopathologie et pharmacologie des comportements ».

des états affectifs des « mélancoliques vrais », centrée sur la tristesse, nom générique des passions tristes dont la dimension douloureuse, la « douleur morale », reste le symptôme central de cette forme d'aliénation mentale. Les travaux d'Henri Claude permettent de mettre cela en évidence en s'ancrant dans l'histoire institutionnelle de la Salpêtrière et Sainte-Anne¹¹⁷ : ce psychiatre, formé à la Salpêtrière comme assistant de Fulgence Raymond, le successeur de Charcot à la chaire de clinique des maladies du système nerveux, prend la chaire de clinique des maladies mentales de Sainte-Anne en 1922, et la conserve jusqu'en 1939. Or ses travaux permettent de voir que cette période est marquée à la fois par le développement des psychothérapies, car Claude introduit la psychanalyse en France et vulgarise la pensée de Freud, et par le tournant biologique de la psychiatrie, car Claude participe par ailleurs à l'introduction des traitements de choc à Sainte-Anne. Il en étudie de près les modalités et les effets avec son assistant Rubenovitch, avec qui il rédige deux ouvrages théoriques à ce sujet (Claude, 1939; Claude & Rubenovitch, 1940).

Claude pratique¹¹⁸ la malariathérapie, le coma insulinique, le choc au cardiazol et les électrochocs sur ses malades (Claude, 1939; Claude & Masquin, 1933) : la première a été

¹¹⁷ Henri Claude est l'incarnation du tournant institutionnel qui se produit au début des années 1920 dans la psychiatrie parisienne, avec un déplacement du centre de gravité de l'étude des maladies mentales de la Salpêtrière à Sainte-Anne, la première institution se spécialisant dans la neurologie, alors que la seconde évolue de l'aliénisme vers une approche véritablement médicale des maladies mentales, la psychiatrie. Formé à la fois en neurologie et en biologie, il oriente celle-ci non seulement vers des travaux de neurologie sur les localisations cérébrales mais aussi « vers les recherches chimiques et humorales » (Baruk, 1967, p. 106). Il forme Jean Lhermitte, Joseph Levy-Valensi, mais aussi Henri Ey et Henri Baruk (Baruk, 1967, p. 107-108). C'est avant les années 1920 que Claude est connu pour avoir introduit la psychanalyse en France en vulgarisant la pensée de Freud, notamment dans son texte « La méthode psychanalytique » (Allendy et al., 1924), tandis qu'à partir de sa participation à l'introduction des traitements de choc à Sainte-Anne en 1924 ses écrits vont porter sur ces traitements biologiques.

¹¹⁸ Henri Claude est l'un des premiers psychiatres français à étudier en détails les effets de long terme des traitements de choc, comme il l'écrit au début de son étude sur « Le Devenir des paralytiques généraux malarisés » (Claude et Masquin, 1933, pp. 1-2). Cela lui permet de publier en 1939, à l'issue de la période d'introduction des trois traitements de choc ayant précédé l'électrochoc, à savoir la malariathérapie, le choc au cardiazol et le coma insulinique, un fascicule intitulé « La thérapeutique de choc en psychiatrie » qui est sa contribution à des études sur les « Thérapeutiques nouvelles » (Claude, 1939). De la malariathérapie qu'il dit avoir pratiquée pendant quinze ans (p. 11), il nous affirme son efficacité sur la psychose maniaque dépressive qu'il conçoit comme un état toxi-infectieux à caractère périodique (p. 7), ainsi que sur les « psychoses proprement dites [...] maladies, sans lésion, de la personnalité, constituant des états pathologiques dynamiques, dans lesquels des troubles fonctionnels, du domaine surtout de l'affectivité, se développent sous la dépendance de conflits intellectuels ou moraux de toutes sortes, sur un terrain prédisposé par l'hérédité ou des conditions biologiques spéciales. » (p. 8) Claude explique que c'est parce que le mécanisme de ces troubles n'est pas lésionnel mais provient d'une modification passagère de l'activité des centres nerveux, à quoi s'adresse le traitement de choc (p. 8). Pour ce qui est du traitement par choc insulinique et du traitement convulsivant par cardiazol, il en parle surtout en lien avec la schizophrénie, qui vient d'être caractérisée par Bleuler dans les années 1910 : dans un contexte où l'on pense qu'elle est susceptible d'une rémission, spontanée dans certains cas, Claude aurait constaté que ces traitements permettent d'en améliorer le taux. La première méthode consiste à injecter de l'insuline dans le sang du malade, qui fait baisser son taux de sucre jusqu'à le plonger dans le coma, avant de le ramener à la conscience par des injections de sucre, et la seconde consiste à provoquer un choc cardiaque et des convulsions par injection intraveineuse de cardiazol : Claude compare les statistiques d'amélioration de l'état des malades qu'il a obtenues à celles de Sakel et Von Meduna. Ces deux méthodes sont discutées lors de la séance du 22 mai

inventée en 1917 par l'autrichien Wagner-Jauregg, le second par le médecin viennois Sakel en 1933, le troisième par le médecin hongrois Von Meduna en 1935 (Postel et Quénel, 1994, pp. 411-412), et les électrochocs ont été appliqués à des humains pour la première fois par les médecins italiens Cerletti et Bini en 1938. Ces premiers traitements biologiques peuvent être qualifiés de « traitements de choc » car leur action est basée sur le fait de provoquer un choc dans l'organisme¹¹⁹. Alors que tous ces traitements biologiques sont jugés susceptibles d'être efficaces sur la schizophrénie, vue comme d'origine biologique suite aux travaux de Kraepelin et Bleuler, seule la malariathérapie et les électrochocs vont être jugés efficaces sur les états dépressifs et maniaques. Pour ce qui est de la malariathérapie, cela est dû selon Claude au fait qu'elle est basée sur le fait de susciter une forte fièvre, qui peut calmer la manie car celle-ci est un état d'excitation ; elle a aussi un effet sédatif sur l'anxiété dans les états de dépression (Claude & Rubenovitch, 1940, p. 96). Les électrochocs vont être jugés efficaces par un effet calmant sur les états maniaques, et par un effet désinhibant sur les états dépressifs¹²⁰. C'est sur les états dépressifs que l'on juge liés à une psychose maniaque-

1939 de la Société médico-psychologique « Sur les thérapeutiques cardiazoliques et insuliniques » (*Annales médico-psychologique*, 1939, n°02). Dans son ouvrage de synthèse de 1940, Claude détaille séparément ce qu'il a observé, avec son assistant Rubenovitch durant une quinzaine d'années de pratique à Sainte-Anne, à propos de l'action des méthodes basées sur le fait de susciter une forte fièvre (principalement la malariathérapie, efficace sur la paralysie générale, les syndromes confusionnels, la manie et la mélancolie), et ce qu'il sait des méthodes de choc par l'insuline et le cardiazol, plutôt réservées aux psychoses (Claude & Rubenovitch, 1940). Dans l'analyse de ce livre qui est faite dans les *Annales médico-psychologiques* en 1939, il est écrit que « le but des auteurs de cet important ouvrage est d'initier le praticien aux grandes thérapeutiques biologiques actuellement pratiquées par la majorité des psychiatres. Pour la plupart d'application récente ou relativement récente, ces traitements, à condition toutefois que leur application ne soit pas trop tardive, ont modifié le pronostic des psychoses graves, naguère considérées comme incurables. » (Charpentier, 1940, *Annales médico-psychologiques* n°02, pp. 67-68) Plus loin, dans le cadre de l'exposition de la première partie de l'ouvrage sur les méthodes pyrétostatiques, l'analyse mentionne qu'elles sont efficaces sur la paralysie générale, les syndromes confusionnels et les syndromes de type schizophrénique, puis ajoute : « Ces divers traitements (infectieux, organiques, chimiques, physiques), isolés ou associés, peuvent être tentés dans certains états d'excitation ou de dépression et dans divers états psychopathiques, aidés par une psychothérapie active. » (Charpentier, 1940, *Annales médico-psychologiques* n°02, pp. 67-68).

119 « Que nous fassions appel à des procédés physiques, à des substances chimiques ou à des produits physiologiques, nous éprouvons toujours le besoin d'imputer leur efficacité à cette action salutaire du choc. L'introduction de l'insulinothérapie en médecine mentale est certes antérieure à la publication des travaux de M. Sakel, mais l'insulinothérapie n'a acquis droit de cité et poursuivi sa légitime fortune qu'à partir du moment où M. Sakel a su discerner ses possibilités d'utilisation comme méthode de choc et proposer son emploi à cette fin. Que cette notion de choc s'impose à ce point à nos esprits, que nous puissions l'invoquer pour rendre compte des effets thérapeutiques obtenus par des méthodes aussi différentes que le vieil abcès de fixation, l'injection de substances pyrétogènes, la malariathérapie, l'électro-convulsion, le coma insulinique, cela mérite de fixer nos réflexions. » (Doussinet, Jacob, Thévenot, 1949)

120 Certains psychiatres voyaient déjà un tel effet dans le choc au cardiazol, dont le principe actif est de provoquer des convulsions, s'opposant donc à Claude sur la question de l'efficacité de ce traitement pour les mélancoliques (dépressifs). Lors de la séance du 22 novembre 1937 la Société médico-psychologique, le psychiatre belge Verstraeten présente aux psychiatres français une communication intitulée « La thérapeutique convulsivante de la psychose maniaco-dépressive » (Verstraeten, 1937, p. 654-659) dans laquelle il affirme prendre le contre-pied de la littérature qui se consacre massivement aux effets de ce traitement sur les schizophrénies, et l'avoir étudié dans la psychose maniaco-dépressive de manière strictement empirique. Il explique alors « Par la thérapeutique convulsivante, je tâchai d'obtenir, comme par les autres

dépressive qu'il semble le plus pertinent de faire usage des traitements de choc, et non (ou très marginalement) sur les états dépressifs que l'on attribue à une mélancolie vraie ou à une neurasthénie, car seuls les premiers sont vus comme étant d'origine biologique. Cela entraîne premièrement un axe de recherche sur les corrélats biologiques des états dépressifs supposés endogènes (1), deuxièmement un axe de recherche sur les états psychologiques, notamment émotionnels, caractérisant les états dépressifs réactionnels (2), et troisièmement des recherches pour déterminer si la neurasthénie est constitutionnelle et biologique ou au contraire réactionnelle et psychologique (3).

- Les recherches sur les corrélats biologiques des états dépressifs « endogènes »

L'efficacité des traitements de chocs sur les états dépressifs et maniaques de la psychose maniaque-dépressive suggère aux psychiatres une origine biologique au même titre que la schizophrénie, et même une parenté avec cette dernière, de nature neuro-endocrinienne¹²¹, car on soupçonne déjà l'existence de neurones ayant un rôle endocrinien¹²². A Sainte-Anne un exemple de ces recherches nous est donné par les travaux des frères Abély sur l'hypophyse, qui aurait un « hyper-fonctionnement » dans les « accès maniaques » de la psychose maniaque-dépressive, mais pas de rôle dans les « accès mélancoliques » : à la

traitements de choc, le déblocage des inhibitions, suivant l'expression employée par le professeur Henri Claude pour l'insulinothérapie. Ce déblocage se fit subitement ou progressivement. Lorsqu'il fut subit, explosif, la mélancolique passait brusquement à un état d'euphorie tout à fait caractéristique, lucide et débarrassée de toutes ses préoccupations hypocondriaques, ou bien délirante encore, mais capable de discuter ses idées erronées ou absurdes, et de comprendre ses erreurs, accessibles enfin à la psychothérapie. [...] J'ai beaucoup moins l'expérience des états maniaques. Dans un hôpital psychiatrique pour femmes, la mélancolie se rencontre fréquemment, la manie est assez rare. Deux maniaques soumises au traitement convulsivant guérirent progressivement. Le symptôme qui disparut le premier fut l'agitation motrice ; les malades se calmèrent, restèrent mieux au lit et dormirent la nuit. » (Verstraeten, 1937)

¹²¹ Par exemple en 1929, dans les *Annales médico-psychologiques*, l'analyse d'une étude menée par des psychiatres italiens et intitulée « Malariathérapie de la psychose maniaque dépressive » mentionne des statistiques de rémission ainsi commentées : « *Les résultats presque identiques obtenus par la malariathérapie dans la démence précoce et la psychose maniaque dépressive sont un argument en faveur de leur parenté étiologique dans le cadre des psychoses constitutionnelles et neurodysendocriniennes.* » (*Annales médico-psychologiques*, 1929 n°02, pp. 364-365).

¹²² Lors de la séance du 25 septembre 1926 de la société belge de médecine mentale, le professeur Ley de Bruxelles, fait une communication intitulée « Les troubles humoraux et la psychose maniaco-dépressive » dans laquelle il affirme qu'il y a lieu de croire que les psychoses, notamment les crises anxieuses et maniaques, sont dues à des déséquilibres du plasma sanguin et donc toujours liées à des phénomènes humoraux ; mais il rapporte le cas d'un malade qui a eu une première crise mélancolique anxieuse dans laquelle il ne présentait aucun déséquilibre humoral, puis une deuxième douze ans plus tard, dans laquelle il présentait en revanche « *des troubles humoraux très graves* », à savoir « de l'artério-sclérose, une quantité exagérée d'urée dans le sang, de l'hypertension, de la glycosurie ». Le compte-rendu conclut : « *L'observation comparée des deux crises montre pourtant que cet état humoral n'a en réalité aucune influence sur les symptômes psychiques, comme on serait tenté à première vue de l'admettre si on n'avait sous les yeux que la symptomatologie du deuxième accès. Il semble donc bien que tous les états maniaco-dépressifs ne sont pas dus à un choc humoral et que certains sont conditionnés par l'activité du neurone lui-même. Mais la nature et même l'existence de cette hormone cérébrale sont encore purement hypothétiques.* » (*Annales médico-psychologiques*, 1926 n°02, pp. 376-377)

séance du 27 juillet 1931 de la Société médico-psychologique et à la séance du 11 février 1932 de la Société médico-psychologique (présidée par Henri Claude), Abély présente des « recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque-dépressive (*L'Encéphale*, 1931, p. 636 ; 1932-01, p. 330). Des marqueurs biologiques sont aussi recherchés du côté du système neurovégétatif (nerf vague et système sympathique) et du système endocrinien (glycémie). Ces marqueurs sont censés correspondre aux oscillations de « l'humeur » ou « thymie », ainsi que l'a nommée Kraepelin en définissant la psychose maniaque-dépressive : on s'y intéresse du fait de l'efficacité à son égard des traitements de chocs, jugés agir au niveau biologique. Les phénomènes humoraux au sens biologique sont tenus pour des corrélats des phénomènes affectifs même si leur lien reste mystérieux, d'où nombre d'hypothèses sur la parenté entre la psychose maniaque-dépressive et des maladies désormais vues comme somatiques, neurologiques, comme l'épilepsie. Une étude de 1934 dans *l'Évolution psychiatrique* défend une parenté étiologique entre l'épilepsie et la psychose maniaque dépressive, en affirmant que les origines neurologiques de la première ne sont en rien incompatibles avec les phénomènes végétatifs, humoraux et endocriniens observés dans la seconde, et en affirmant que les variations d'humeur au sens affectif qui caractérisent la psychose maniaco-dépressive sont dans une certaine mesure de même ordre que les crises épileptiques. Prenant le cas de Van Gogh, diagnostiqué avec une manie par un psychiatre qui considérait celle-ci comme une modalité de l'épilepsie, l'auteur écrit que « *la périodicité de Van Gogh s'est traduite par des alternances, tantôt d'expansivité exaltée, de syntonie brutale, d'exagération de l'humeur, tantôt de repliement, de morosité, de désespoir, de mélancolie : « Mais la tristesse durera toute la vie », dira-t-il au moment de son suicide. Son œuvre est le document qui demeure à ce point de vue le témoignage le plus étonnant des affinités intimes de l'épilepsie et de la cyclothymie.* » (Picard, 1934).

- La caractérisation du versant affectif des états dépressifs « réactionnels »

La mise en relation de phénomènes psychopathologiques avec des corrélats biologiques est beaucoup moins forte pour la mélancolie vraie, dont les cliniciens français défendent l'autonomie par rapport à la psychose maniaque-dépressive de Kraepelin, et qu'ils caractérisent avant tout en termes de vécu affectif, par la tristesse. Par exemple le psychiatre de l'hospice de Nantes Raoul Louis Benon différencie la mélancolie vraie, qui peut être sans délire ou avec (Benon, 1927, p. 241), de la psychose maniaque dépressive, mais aussi d'une forme d'épuisement nerveux chronique se manifestant par accès répétés qu'il appelle « l'asthénie périodique », en accusant d'autres auteurs de l'avoir qualifié à tort de

« mélancolie périodique » (Benon, 1922) : contrairement aux deux autres, la mélancolie vraie est selon lui un trouble émotionnel, qui « *débute toujours par une émotion douloureuse motivée. Dans les cas très purs, l'émotion éprouvée est le chagrin (lequel est déterminé par l'idée d'un mal passé) ; dans d'autres cas un peu plus complexes, il s'agit moins de chagrin que d'anxiété (laquelle émotion est déterminée par l'idée d'un mal à venir).* » (Benon, 1922, p. 650). Si la mélancolie vraie peut induire de l'asthénie comme conséquence de la douleur morale, en revanche l'asthénie périodique est un trouble biologique qui ne commence pas par un état émotionnel douloureux. Enfin les idées délirantes d'auto-accusation, les hallucinations, la confusion mentale, qui finissent par l'état émotionnel dans la mélancolie vraie, ne se retrouvent pas dans l'asthénie qui s'accompagne seulement d'inquiétude à l'égard des conséquences de la maladie (Benon, 1922, p. 651). L'origine émotionnelle de la mélancolie vraie doit en fonder un diagnostic différentiel, et elle est d'ordre psychologique, quelques puissent être par ailleurs les corrélats biologiques du trouble¹²³.

Un autre exemple est le psychiatre d'Amiens Paul Courbon, qui distingue quant à lui d'une part une manie et une mélancolie qu'il qualifie de « dynamiques », de « maladies du rythme », d'origine endogène et biologique, et d'autre part une manie et une mélancolie qu'il qualifie de « troubles des fonctions psychiques » et qui sont causées selon lui par un choc physique ou psychique (Courbon, 1923, pp. 27-28). Les premières surviennent sans cause apparente, tenant à un dérèglement intérieur du rythme physiologique, alors que les secondes arrivent « à la suite d'une maladie épuisante, d'une sommation d'émotions, d'un traumatisme matériel ou moral », d'où la notion de « manies et mélancolies affectives » (Courbon 1923, p. 28). À la séance du 16 mai 1929 de la société de psychiatrie de Paris, Courbon présente le cas

¹²³ Dans une étude ultérieure il écrit : « *A l'origine de la mélancolie vraie on constate, dans les cas types, un état émotionnel fait essentiellement de chagrin et de tristesse, de regret et de remords. Les sujets frappés sont, le plus souvent, des individus de 40 à 60 ans ; mais la mélancolie vraie peut apparaître chez un homme plus jeune et aussi à la fin de l'adolescence. Y a-t-il, au début de la maladie, ou mieux au début de l'accès, des causes organiques, des transformations humorales ? C'est probable, sinon certain. Toutefois, le phénomène primitif, le phénomène initial déterminant, est le choc ou l'état émotionnel éprouvé par le patient : méconnaître cette notion élémentaire, c'est accuser une lourde faute clinique. Cela ne veut pas dire, assurément, que l'émotion-chagrin est la cause suffisante de l'accès : mais elle est, dans la période de début, si importante, si utile à analyser, qu'on ne saurait la négliger en aucun cas, et pour établir un diagnostic précis, et pour diriger l'action spéciale de sa thérapeutique. L'accès mélancolique est donc, à l'origine, un syndrome hyperthymique à base de chagrin.* » (Benon, 1927, p. 241). Pour Benon, il est donc clair que la mélancolie vraie, qu'elle soit sans délire, sous forme stupéreuse, délirante et avec ou sans agitation anxieuse, doit faire l'objet d'un diagnostic différentiel précisément en raison de son étiologie émotionnelle, étant causée par la tristesse ou le chagrin, contrairement à la mélancolie (asthénie ou dysthénie) périodique, qu'il estime d'origine nerveuse : la première n'entre pas dans la synthèse de Kraepelin, dont la psychose maniaco-dépressive est selon lui une dysthénie périodique qui ne commence pas avec des émotions tristes mais avec un trouble nerveux (Benon, 1927, p. 242). Cette différence étiologique lui permet de justifier que la mélancolie vraie soit curable par des moyens psychologiques, bien que susceptible de rechutes, alors que sous une forme périodique elle tendrait à être chronique.

de mélancolie affective d'une femme de soixante-deux ans internée suite à un grave état mélancolique (tristesse, anxiété, idées délirantes) ayant succédé au suicide de sa fille de trente-sept ans :

« Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de mélancolie affective. En effet d'une part les troubles mentaux ont apparus à la suite de traumatismes affectifs : chagrins chez la fille : séparation consentie mais néanmoins très douloureuse d'être passionnément aimés ; émotions violentes chez la mère (suicide de la fille). D'autre part, ces troubles mentaux au lieu d'avoir consisté en une simple inhibition psychomotrice et une simple hypothyroïdisme, se sont accompagnés chez toutes les deux de délire et chez la mère de confusion mentale et de troubles psychosensoriels. Ces deux caractères étiologique et clinique confirment la conception de l'un de nous sur les états mélancoliques affectifs expression d'une maladie de l'équilibre, opposés aux états mélancoliques dynamiques, expression d'une maladie du rythme (Courbon, 1929, p. 591).

Une étiologie biologique de la mélancolie vraie est tout de même envisageable par les psychiatres français quand les émotions par lesquelles elle se caractérise, en particulier la tristesse, sont vues comme la conséquence de dérèglements biologiques, ou alors comme ayant un rôle causal à l'égard de dérèglements biologiques. Le premier cas est celui de la mélancolie d'involution ; le second cas correspond à la notion de choc émotionnel, présente dans la neurasthénie. Une communication sur la « mélancolie auto-accusatrice et involutive » présentée à la Société de psychiatrie le 18 mars 1920 rapporte le cas d'une femme de quarante-huit ans, atteinte de mélancolie au moment de la ménopause, qui se trouve dans « *un état permanent et diffus de mélancolie, d'anxiété et d'inquiétude* » avec un sentiment de honte et culpabilité, et des hallucinations (*L'Encéphale*, 1920-01, p. 272-273) : les psychiatres affirment que les troubles psychiques sont liés à la régression organique ou involution dont la ménopause marquerait le début, et affirment de ce fait qu'ils ont pour origine une altération générale de l'organisme. Concernant le cas inverse de dérèglements biologiques suscités par des émotions, sous forme de choc émotionnel, on peut prendre l'exemple d'une communication de Tinel à la séance du 9 juillet 1931 de la Société médico-psychologique, sur la « provocation de crises mélancoliques par des émotions joyeuses » (Tinel, 1931). Ce psychiatre, connu pour ses travaux sur le rôle de l'hypervagotonie dans les psychoses (Baruk, 1967, p. 91), rapporte le cas d'une femme qui, ayant commis des imprudences sexuelles, s'est d'abord vivement inquiétée d'un retard de règles, avant de ressentir, à l'apparition de celles-ci, « *un sentiment de soulagement, de délivrance, de joie indescriptible* », une « *joie à devenir folle* » en conséquence de laquelle elle plonge alors pendant quatre mois dans une crise mélancolique (Tinel, 1931, p. 155). Tinel rapporte aussi le cas d'une artiste reçue première avec les félicitations du jury au concours du théâtre de l'Odéon qui tombe la nuit suivante dans une crise mélancolique qui dure six mois : « *un état de dépression, d'anxiété*

inexplicable, de doute, d'incertitude, d'indécision, de scrupules et d'asthénie profonde » (Tinel, 1931, p. 156). Pour Tinel cela prouve que la crise mélancolique suppose quelque chose de plus que le processus émotionnel qui la précède, à savoir un dérèglement biologique : « *le rôle provocateur de ces chocs émotionnels semble devoir se ramener toujours au mécanisme d'un bouleversement, peut-être psychologique, mais plus certainement encore physiologique, humoral ou glandulaire, en tout cas nettement biologique, qui conditionne dans ces cas l'apparition de la crise.* » (Tinel, 1931, p. 159).

- La neurasthénie, une dépression « constitutionnelle » dominée par la fatigue

Enfin la neurasthénie est vue comme ayant des causes psychologiques, notamment émotionnelles, sous forme de choc ou d'usure, outre des causes biologiques, comme un épuisement ou un choc nerveux, sur fond de constitution psychologique et biologique défaillante. Le docteur Montassut la voit comme une « dépression constitutionnelle » pour reprendre le titre de son ouvrage paru en 1938 : la « constitution » étant biologique, il s'interroge sur sa parenté avec les psychoses et la psychose maniaco-dépressive. L'étiologie supposée reste nerveuse mais de plus les phénomènes d'origine nerveuse comme l'atonie neuromusculaire sont jugés se traduire par des perturbations humorales, neuro-végétatives, endocriniennes. Ces phénomènes sont enfin envisagés comme les corrélats du tableau psychologique composé de l'épuisement émotionnel, des obsessions, de l'angoisse, etc.¹²⁴. Dès 1930 le docteur Montassut fait une communication intitulée « Étude clinique et nosologique de la dépression psycho-musculaire chronique avec émotivité constitutionnelle » à la société de psychiatrie de Paris, lors de laquelle il présente les résultats de recherches menées pendant quatre ans dans le service d'Henri Claude sur les « états dépressifs légers », en particulier ceux des « fatigués neuromusculaires » (Montassut, 1930, p. 616). La thèse majeure de Montassut est qu'il aurait identifié des corrélats objectifs de la sensation chronique de fatigue et de l'émotivité de ces individus : ces corrélats sont de nature humorale puisqu'il s'agit de déséquilibres physico-chimiques, notamment l'équilibre acido-basique dans la fatigue, et les teneurs de l'organisme en potassium et en calcium dans l'émotivité (Montassut, 1930, p. 617). La sensation de fatigue dont il s'agit de rendre compte est « *une sensation d'appesantissement, d'abattement général avec endolorissement* » qui « *s'accompagne secondairement d'une réaction affective désagréable et d'une confrontation pénible entre les*

¹²⁴ Voir par exemple *Les Maladies de l'énergie : les asthénies et la neurasthénie*, de Deschamps et Vinchon, Félix Acan, éd., Paris, 1927 ou « *Le syndrome « neurasthénie* » » d'Albert-Crémieux, *Provence médicale*, 15 avril 1932

moyens et les buts pragmatiques ; le terme ultime est le sentiment d'impuissance » (Montassut, 1930, p. 617). Son enquête biologique, humorale, part d'une étude très minutieuse de la fatigue sur le plan subjectif, dont témoigne son article « La fatigue du neurasthénique » (Montassut, 1931).

b. La tristesse et le dérèglement de l'humeur dans les états dépressifs-mélancoliques (années 1940)

L'idée remontant à l'Antiquité, avec la médecine humorale, d'un lien entre les phénomènes affectifs et des phénomènes biologiques, semble être prouvée par l'efficacité des premiers traitements biologiques, les traitements de choc, sur les états dépressifs et maniaques. C'est que suggère le choix par Delay du terme « humeur », explicitement en raison de sa double connotation psychologique et biologique, pour désigner une disposition affective dont les corrélats biologiques seraient les structures cérébrales composant le « cerveau thymique », sur lequel agiraient les électrochocs (Delay, 1946). Delay a pratiqué les électrochocs et observé leur efficacité sur les états dépressifs et maniaques à Sainte-Anne¹²⁵, ce traitement constituant la grande innovation thérapeutique des années 1940¹²⁶. Delay parvient à la chaire de la clinique des maladies mentales de cet hôpital en 1946.

Premièrement je vais relever la manière dont est établie dans la littérature l'efficacité particulière des électrochocs sur les états dépressifs, ce qui va en faire le traitement privilégié

¹²⁵ Les électrochocs sont appliqués à l'humain pour la première fois par Cerletti et Bini en 1938, pour provoquer des convulsions, comme le cardiazol, qu'ils vont remplacer car le traitement est bien plus simple à mettre en œuvre (Postel et Quétel, 1994, p. 412). Ils intéressent les psychiatres français dès 1939 et d'après le témoignage d'Henri Claude, ils auraient commencé à être expérimentés à la fin de l'année 1939 sur des animaux ; les Allemands auraient finalement pratiqué ce traitement pour la première fois sur des humains dans l'enceinte d'un hôpital français, dans le service de neuropsychiatrie qu'ils avaient créé pour leurs soldats à Sainte-Anne (von Bultzingsloewen, 2010, p. 96). En décembre 1940, Rondepierre et Lapipe fabriquent le premier « sismothère » français ; le 28 avril 1941, un mois après leur première tentative sur l'homme, ils présentent leur appareil à la société médico-psychologique et le traitement se répand très rapidement dans toute la France en 1941-1942 en raison des espoirs qu'il suscite (von Bultzingsloewen, 2010). L'assistant d'Henri Claude, Joseph Levy-Valensi, s'en sert à Sainte-Anne à partir de mai 1942 (von Bultzingsloewen, 2010, p. 97).

¹²⁶ Les années 1940-1950 voient les traitements biologiques continuer à se développer en psychiatrie : outre la sismothérapie, il y a la lobotomie, inventée en 1935 par le Portugais Egas Moniz qui reçut le prix Nobel en 1949, et enfin les médicaments neuroleptiques développés par Delay et Deniker à Sainte-Anne dans les années 1950. Pour poursuivre l'histoire de l'humeur dépressive, je vais m'intéresser aux électrochocs, car ils ciblent principalement les états dépressifs. La lobotomie, pratiquée en France du milieu des années 1940 au tout début des années 1950, s'appliquait essentiellement aux schizophrénies.

de la mélancolie, que celle-ci soit autonome (« vraie » ou « simple ») ou intermittente (accès mélancoliques se rattachant à une psychose maniaque-dépressive). Deuxièmement je vais souligner le fait que cela conduit à une accentuation de la divergence entre la caractérisation des états dépressifs sur le plan biologique, celui des phénomènes humoraux, notamment neuroendocriniens, et la caractérisation sur le plan psychologique des états affectifs caractérisant les états dépressifs ou mélancoliques. Un « syndrome mélancolique » est défini comme un complexe de diverses émotions, particulier la tristesse et la culpabilité, et d'idées, pouvant être délirantes, de ruine, de mort, de culpabilité, etc. causées par un tourment de la conscience morale : ce complexe psychopathologique est distinct de « l'état dépressif » que peut inclure l'accès mélancolique mais qui est plutôt défini sur le plan psychomoteur et somatique. Troisièmement je vais montrer comment Jean Delay accomplit une synthèse des aspects biologiques et affectifs en jeu dans sa caractérisation des états dépressifs et maniaques grâce à la notion d'humeur. Je vais souligner deux points importants. Le premier est que les états dépressifs sur lesquels Delay a observé l'effet des électrochocs ne sont pas le tout des états dépressifs, mais sont plus spécifiquement des états dépressifs mélancoliques, caractérisés par un « syndrome mélancolique », s'inscrivant dans des « accès mélancoliques ». Ces « accès mélancoliques » sont ce qu'il reste, dans la clinique, de la mélancolie, puisque malgré la notion de « mélancolie vraie », celle-ci est de moins en moins diagnostiquée comme maladie autonome, en dehors de ces accès, que l'on tend à lier à une psychose maniaque-dépressive. Le second point important est que ces accès mélancoliques sont caractérisés par la tristesse ou la douleur morale, symptôme central de la mélancolie : cela peut rendre compte du fait que Delay fait de la tristesse la principale manifestation du dérèglement de l'humeur en cause selon lui dans les états dépressifs.

- L'efficacité des électrochocs sur les états dépressifs

L'efficacité spécifique des électrochocs sur les états dépressifs explique le maintien de ce moyen thérapeutique jusqu'à aujourd'hui, dans le cadre d'un traitement qui s'appelait initialement « sismothérapie », et désormais « électroconvulsivothérapie », dispensé à la Pitié-Salpêtrière comme à Sainte-Anne où il avait été introduit. Cette efficacité a pu être constatée dès les débuts de son utilisation dans les années 1940-1950, tout particulièrement sur les états mélancoliques sévères, alors que le traitement n'agit pas sur la schizophrénie : il devient donc le traitement par excellence des accès mélancoliques et à travers eux de la psychose maniaque-dépressive (von Bueltzingsloewen, 2010, p. 102). Pour ces états dépressifs sévères, mélancoliques, la sismothérapie supplante en effet, au cours des années 1940-1950,

l'insulinothérapie et le choc au cardiazol en raison de sa moindre dangerosité et de la facilité bien plus grande à la mettre en œuvre, dans un contexte où les moyens des hôpitaux sont drastiquement diminués par la guerre et l'Occupation (von Buelzingsloewen, 2010, p. 101-102).

Les psychiatres pensent tout d'abord que ce nouveau traitement de choc, étant biologique, va être préférentiellement efficace sur les états dépressifs s'inscrivant dans une psychose maniaque-dépressive. Mais progressivement il se révèle également efficace sur les états dépressifs que les psychiatres attribuent à une mélancolie d'involution, ou à une mélancolie vraie. Le point commun de tous ces états dépressifs sur lesquels on pratique les électrochocs, en observant leur efficacité, n'est pas étiologique mais clinique : ils sont assez sévères, s'accompagnant toujours d'une humeur altérée et souvent d'un syndrome mélancolique. Par exemple, lors de la séance du 6 janvier 1942 de la Société médico-psychologique, des psychiatres présentent une communication intitulée « Guérison rapide par l'électro-choc d'une mélancolie chez une femme âgée de 69 ans » (Brousseau, Casalis et Laubry, 1942). Cette femme avait eu un épisode dépressif à l'âge de vingt-huit ans après ses fiançailles, et un épisode d'exaltation à soixante ans, sans cause apparente. Elle avait ensuite surmonté sans problème un avortement et le deuil de son mari. Mais par la suite : « *L'état de guerre, l'exode, puis le retour à Paris avec toutes les complications quotidiennes de la vie ménagère altèrent progressivement son humeur.* » (Brousseau, Casalis et Laubry, 1942, p. 168). « *Après quelques semaines de dépression progressivement accentuée* », elle en vient à faire une tentative de suicide (p. 168). Elle est placée dans une maison de santé où elle présente « *un syndrome mélancolique classique* », puis « *sur ce fond dépressif* », des manifestations de gaieté, d'excitation voire d'exaltation (p. 168). Les psychiatres décident de pratiquer une série de six séances d'électrochocs qui améliorent successivement : son expression émotionnelle, sa fatigue, sa confusion, ses idées de ruine et de mort et en dernier lieu son anxiété (p. 168-169). « *En résumé, grâce à la méthode de Cerletti, une mélancolie grave, comportant des traits mixtes, seconde manifestation dépressive survenant chez une malade âgée de 69 ans, quarante ans après la première, et chaque fois pour des raisons affectives, a été, en moins d'un mois, radicalement guérie.* » (p. 169). La méthode est qualifiée d'excellente, « *bien meilleure que ses devancières* » : en l'employant, le célèbre psychiatre suisse Christian Müller aurait obtenu 70 % de guérison des « *mélancolies franches* » (Brousseau, Casalis et Laubry, 1942, p. 170). Les psychiatres rapportent en revanche son inefficacité sur « *les états démentiels précoces et schizophréniques* », et sa faible

efficacité sur les « accès maniaques » qu'elle n'améliore que dans 30 % des cas (p. 170). Cette efficacité est également observée pour les états mélancoliques non liés à une psychose maniaco-dépressive, c'est-à-dire qui n'alternent pas avec des accès maniaques. Le fameux Christian Müller affirme ainsi l'efficacité comparativement la plus grande de ce traitement pour des états dépressifs survenant au cours de la vie avec l'âge, sans être secondaires à une pathologie ou à l'altération de l'état physique mental sous l'effet du vieillissement (involution)¹²⁷. Le traitement s'impose progressivement malgré quelques résistances marginales¹²⁸.

- Les corrélats humoraux des états dépressifs-mélancoliques « endogènes » et les causes morales des états mélancoliques « réactionnels »

Que la sismothérapie devienne le traitement par excellence des états dépressifs sévères, entraîne l'accentuation de la divergence entre les recherches des tenants de la nouvelle approche biologique en psychiatrie et les recherches sur les aspects affectifs du syndrome, qui vont être rapportés à un tourment de la conscience morale.

127 Il écrit en 1947 un article sur « Les indications du traitement par l'électro-choc dans les dépressions », dans les *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, qui fait l'objet d'une note dans les *Annales médico-psychologiques* en 1949. Cette note résume ainsi l'étude : « En étudiant comment ont réagi au traitement par l'électro-choc 100 malades atteints de dépression (endogène, climatérique, réactionnelle, schizoïde ou schizophrénique) et en particulier à quel moment de la phase dépressive le résultat a été obtenu, on constate notamment que : 1° le traitement est appliqué avec le plus succès dans les cas de dépression climatérique et purement endogène. Viennent bien après les dépressions de nature involutive, schizoïde et schizophrénique ; 2° pour toutes les dépressions, le pronostic devient plus sombre lorsqu'il existe des traits de caractère schizoïde, dans les cas de cyclothymie ou quand la dépression se complique de facteurs tels qu'un début de sénilité, la débilité, etc. ; 3° dans la majorité des cas traités avec succès, le meilleur résultat a été obtenu au cours des trois premières séances ; 4° l'emploi massif de l'électro-choc dans tous les cas de dépression est à rejeter (il faut agir avec discernement) ; 5° pour les cas qui ne présentent que des indices, il est recommandable de recourir à l'électro-choc aussitôt que possible. »

128 Par exemple à la séance du 27 avril 1953 de la Société médico-psychologique, des psychiatres rapportent la « Guérison spectaculaire par la cardiazolthérapie d'un mélancolique atypique d'apparence incurable » (Scherrer, Leclerc, et Latouche 1953). Ce cas effectivement spectaculaire d'un malade successivement soigné par insulinothérapie, électrochoc et cardiazolthérapie, est celui d'un jeune homme présentant aussi des caractéristiques maniaques et initialement soigné pour une maladie infectieuse par un phthisiologue. Cet homme serait tyrannisé par sa mère qui l'aurait poussé au divorce deux fois successivement, à chaque fois par haine pour son épouse, pour « le tirer des griffes de cette mauvaise femme », sur qui elle fait de plus retomber la responsabilité de l'internement (Scherrer, Leclerc, et Latouche 1953, p. 654). Les psychiatres veulent tirer de leurs observations la conclusion selon laquelle les thérapies de choc, « restitutives » (d'un état antérieur), ne fonctionnent sur le long terme que si elles sont accompagnées d'un changement de vie du malade pour l'éloigner d'un environnement nocif, mais aussi une autre conclusion, celle de la pertinence du traitement cardiazolique, ce qui reflète par contraste le déclin de celui-ci. « Nous aimerions que [...] nos confrères se souviennent de ce médicament, que l'électrochoc, si pratique, et d'ailleurs si efficace, a détrôné sans le remplacer complètement. » (Scherrer, Leclerc, et Latouche 1953, p. 654) Ce déclin est entraîné par l'importance prise par le traitement par électrochocs, en particulier à l'égard des états mélancoliques. En ce qui concerne ces états, l'électrochoc a prouvé sa supériorité sur tous les autres traitements biologiques (voir par exemple la comparaison avec l'insulinothérapie, dans Doussinet, Jacob, Thévenot, 1949, p. 29).

Certaines recherches caractérisent de plus en plus précisément les phénomènes biologiques, notamment humoraux, que l'on observe en conséquence de l'application des électrochocs. On les suppose induits par les centres nerveux sur lesquels influe le courant électrique. Il s'agit d'expliquer aussi bien le mode d'action des électrochocs que les phénomènes pathologiques sur lesquels ils sont supposés agir, en l'occurrence les états dépressifs. À la séance du 22 mars 1943 de la Société médico-psychologique, Jean Delay participe à une communication intitulée « Modifications humorales après électro-choc », (Delay, Targowla et Soulairac, 1943) : les psychiatres ont mesuré des paramètres neurovégétatifs, de la composition du sang, et des modifications humorales (taux de lipides, de protéines, de glucose) chez douze personnes soumises au traitement (Delay, Targowla et Soulairac, p. 523). Ils rapportent un ralentissement du pouls pouvant traduire une vagotonie, des modifications de la série blanche dans la composition du sang, et surtout une hyperglycémie et une hyperprotidémie¹²⁹ (p. 524). Ces deux dernières modifications humorales constituent la caractérisation la plus propre des effets du traitement par électrochocs. Deux mois plus tard, à la séance du 24 mai 1943, Delay présente avec un autre collègue une autre communication intitulée « Nouvelles recherches sur le syndrome humoral de l'électro-choc », (Delay et Soulairac, 1943) : les psychiatres désignent par « syndrome humoral » un ensemble de modifications humorales faisant suite à l'électrochoc : « une hyperprotidémie, une hyperchlorémie¹³⁰ globulaire, une diminution de la réserve alcaline¹³¹ ». Ils ont cherché à compléter cette caractérisation en mesurant le calcium et le phosphore minéral dans le sang en relation avec la crise de convulsions, et ont observé une hypercalcémie et une hyperphosphorémie. Delay envisage ces phénomènes humoraux comme les corrélats biologiques des dérèglements affectifs qu'on observe dans la psychose maniaque-dépressive. Dans son ouvrage de 1946 intitulé *Les Dérèglements de l'humeur*, il raconte avoir été conduit par le constat de l'efficacité spécifique des électrochocs sur les états dépressifs à des recherches sur le syndrome humoral provoqué par ce traitement ; cela lui aurait ensuite suggéré l'implication des phénomènes biologiques humoraux dans la genèse des états affectifs, et l'aurait enfin conduit à remonter de ces phénomènes humoraux à leur source : les zones cérébrales qu'il baptise le « cerveau thymique » (Delay, 1946). En 1952, Delay et

129 Taux excessif de protéines dans le sang

130 Taux excessif de chlorure dans le sang

131 Stock d'ions bicarbonates qui permettent de maintenir le pH sanguin en atténuant son acidité

d'autres psychiatres présentent à la Société médico-psychologique les résultats d'une étude sur les corrélats humoraux du choc émotionnel, dont ils supposent un pouvoir thérapeutique en raison de cet aspect biologique (Delay et al., 1952, p. 476). Leur protocole consiste à faire croire à un malade qu'il va subir une séance d'électrochocs et à le faire assister à l'application de ce traitement à un autre malade : placé dans les mêmes conditions que le premier (allongé, avec des électrodes sur la tête, etc.), le malade ne reçoit aucun courant électrique, mais un choc émotionnel en voyant les convulsions de l'autre et en croyant être soumis au même traitement : les psychiatres affirment avoir constaté qu'un tel choc émotionnel a une action favorable sur les psychoses dépressives, s'accompagnant de modifications neurovégétatives et hématologiques sur le plan biologique (Delay et al., 1952, p. 477). La discussion qui s'ensuit établit un lien avec les travaux de Seyle sur le stress émotif, en partie caractérisé en termes de réponse biologique : le lien entre phénomènes humoraux et émotions se jouerait en particulier au niveau de l'hypophyse, mise au cœur du cerveau thymique.

Pour les opposants à cette approche biologique des états dépressifs, les états affectifs dont ils s'accompagnent, entraînant la douleur morale (tristesse mais aussi honte, culpabilité...), ne sont pas causés par un dérèglement biologique mais traduisent un problème de la conscience morale. Henri Baruk¹³² est le principal représentant de cette approche : s'il admet qu'il puisse exister des états dépressifs de nature biologique, dans la psychose maniaque-dépressive, il estime que les accès mélancoliques autonomes sont de nature morale et que les électrochocs sont sans effet dessus. Le 26 décembre 1954, Baruk s'exprime devant la Société médico-psychologique, au sujet de « la psychopathologie de la mélancolie » dans laquelle il définit la mélancolie comme une « maladie de la conscience morale » (Baruk, 1954)¹³³. Pour illustrer cette approche, partagée par une partie de la communauté

132 Après être passé par le service de Henri Claude à Sainte-Anne de 1921 à 1932, Baruk le quitte et défend une « psychiatrie morale », depuis son poste de médecin-chef de la clinique de Charenton, qu'il occupe jusqu'à sa mort en 1968. Il est connu pour son *Traité de psychiatrie* de 1950. Méfiant à l'égard de l'approche biologique en général, il est opposé aux traitements de choc et à la lobotomie, tout autant qu'à la psychanalyse freudienne ; il sera plus modéré à l'égard de la psychopharmacologie, prônant la modération dans son utilisation.

133 Affirmant que l'explication psychanalytique de ce trouble comme une forme d'auto-persécution ne vaut que de façon très marginale, il écrit que « dans l'immense majorité des cas, la mélancolie apparaît comme une maladie de la conscience morale, en partie à base réactionnelle, en partie à base physiopathologique » (Baruk, 1954, p. 111). Baruk définit la conscience morale comme un jugement réel et profond du sujet sur sa propre valeur ; il affirme ensuite que cette conscience peut être dans un état d'équilibre normal, mais aussi être atteinte d'hypoesthésie ou d'hyperesthésie, c'est-à-dire se traduire par une sensibilité morale déficiente ou au contraire excessive. Ce dernier cas serait celui de la mélancolie (p. 112). « Cette hyperesthésie de la conscience morale du mélancolique explique le fait que le sujet cherche à se punir, à se mutiler, à payer ses fautes. Un des sentiments les plus profonds de la nature humaine est bien celui de la rédemption. Pour être délivré de cet horrible remords, l'homme ne connaît qu'un moyen, celui de payer et par là même de se racheter. Ainsi, les tortures que s'impose le mélancolique, les mortifications auxquelles il se soumet, ne sont que des réactions de défense naturelles contre la

psychiatrique, citons une communication de la séance du 28 mars 1949 devant la Société médico-psychologique, intitulée « Mélancolie anxieuse d'origine psychogène, actions combinées de l'électro-choc, de la narco-analyse et de la psychothérapie » (Fouks, Cancier-Gravelat et Viard, 1949) : Mme C., trente-trois ans, internée en 1948 pour un syndrome mélancolique avec idées de suicide est triste, déprimée, insomniaque, lucide bien que bradypsychique avec des difficultés de concentration (Fouks, Cancier-Gravelat et Viard, 1949, p. 382). « *Elle prétend avoir toujours eu un caractère sombre et elle aurait présenté de tout temps du taedium vitae. [...] Depuis décembre 1947, elle a l'impression d'être une charge pour tout le monde et elle estime qu'elle ne mérite pas de vivre. L'idée de suicide s'impose à elle le soir et surtout le matin au petit jour [...]* » (p. 382). Elle n'ose passer à l'acte par peur d'abandonner ses enfants, mais songe aussi à les tuer avant de se donner la mort. « *En raison de ces mauvaises idées, elle a l'impression qu'on se doute de quelque chose, qu'on va deviner ses mauvaises pensées. Elle se sent coupable et a peur d'être damnée.* » (p. 383). Ayant été internée et soignée par électrochocs, elle finit par raconter aux médecins avoir été victime de viols répétés par un oncle, et redouter qu'il ne la soumette au chantage en la menaçant de tout révéler à son mari ; son tourment moral est en fait qu'elle croit avoir fauté envers son mari et ressent une terrible culpabilité. Les psychiatres l'adressent à son confesseur, la rassurent sur le fait qu'ils interviendraient si son oncle recommençait à la persécuter, et cela la guérit (p. 383-384). Les psychiatres, faisant explicitement référence à Henri Baruk, en concluent que les électrochocs ne sont pas utiles sur un syndrome mélancolique psychogène, venant d'émotions violentes et répétées et de la souffrance de la conscience morale (p. 384) : ce traitement ne pourrait dans ces cas au mieux qu'apaiser temporairement les symptômes (anxiété et insomnie) et au pire aggraver l'aliénation. D'autres psychiatres rejoignent ces vues tout au long des décennies 1940-1950¹³⁴.

douleur morale et le remords qui l'assaillent. » (p. 112) Mais Baruk admet un déterminisme biologique partiel de ces excès ou défauts de sensibilité morale : « *Cette hyperesthésie de la conscience morale revêt souvent des causes psychologiques réelles qu'il faut chercher avec soin et sur lesquelles nous avons encore récemment insisté, mais elle comporte aussi des causes somatiques : la fatigue, l'épuisement, la tuberculose, les troubles hépato-intestinaux, jouent un rôle incontestable, de même aussi que les revers et les malheurs chez les individus comme chez les peuples. [...] Enfin ce qui montre bien l'influence d'un facteur physiologique, biologique, c'est le renversement de la conscience morale dans la mélancolie et dans la manie. Le passage de la mélancolie à la manie fait apparaître le renversement de l'hyperesthésie morale à l'anesthésie morale.* » (p. 113)

¹³⁴ Le 26 novembre 1945 le docteur Georges Collet, ancien interne des hôpitaux de Paris qui tient une clinique à Fontenay-sous-Bois, exprime ses « Doutes sur l'opportunité du traitement par l'électrochoc dans certains cas de mélancolie et dans la manie » devant la Société médico-psychologique (Collet, 1945). Ces doutes lui viennent de ses propres observations en dépit du large succès remporté par ce traitement au sein de la communauté psychiatrique comme de la population des familles de malades (Collet, 1945, p. 421). Collet cite trois cas de « *dépression morale* » dans lesquels les électrochocs n'ont pas donné

- La conception psychobiologique de l'humeur de Jean Delay

Laissant de côté la « psychiatrie morale », Jean Delay fait la synthèse des aspects biologiques et psychologiques des phénomènes affectifs caractérisant les états dépressifs. Il met en lien les modifications affectives, thymiques, et leurs déterminants biologiques qui sont des centres fonctionnels, nerveux, et plus précisément neuraux : le diencéphale, dont l'hypothalamus, et l'hypophyse. Dès son mémoire sur « Les tendances actuelles de la psychologie et leurs applications à la clinique psychiatrique » publié en 1943 dans les *Annales médico-psychologiques*, Delay promeut la « psycho-physiologie », une étude des faits psychiques non plus par observation intérieure mais à l'aide de techniques empruntées à la physique, à la chimie, aux disciplines expérimentales, à la suite des psychologues Alfred Binet et Henri Beaunis (Delay, 1943, p. 161). Il fait aussi l'éloge d'une approche dérivée du behaviorisme, qu'il attribue à ses « maîtres », Pierre Janet et Henri Piéron¹³⁵, consistant à étudier « *objectivement non seulement les réactions purement physiologiques, mais aussi les comportements sociaux, engendrés par l'influence de la collectivité, et notamment le langage* » (Delay, 1943, p. 163) : cela fait de la psychologie « *la description des conduites humaines* », applicable à la clinique, comme l'ont prouvé les travaux de Janet (Delay, 1943, p. 163). Piéron signe en 1946, l'année où Delay publie *Les Dérèglements de l'humeur*, un long travail de théorisation psychophysiologique de l'affectivité intitulé « l'affectivité sensorielle » dans la revue *l'Année psychologique*, qu'il dirige (Piéron, 1946). Delay puise donc ses sources intellectuelles chez des contemporains intéressés par une explication physiologique

de résultat durable : un homme de trente-huit ans « *habituellement d'humeur triste, porté au pessimisme et au spleen, mais laborieux et persévérant* », tombé « *dans un état de mélancolie simple avec idée de suicide, à la suite d'un surmenage professionnel* » ; une dame de cinquante-sept ans ayant fait plusieurs tentatives de suicide sous l'effet d'une « *dépression périodique légère* » ; une autre dame du même âge « *émotive* », « *prise de scrupules religieux et d'angoisses à la suite d'une conversion tardive* » victime d'un deuxième accès de dépression après avoir subi des électrochocs, cette fois avec des troubles cénesthésiques qui n'étaient pas présents la première fois et qu'elle interprète de façon délirante (p. 427). Pour le psychiatre la conclusion est claire : le traitement par électrochocs apaise des symptômes des états mélancoliques mais n'agit pas sur l'origine de la douleur morale. « *Ces cas m'ont appris que l'électro-choc crée, chez le mélancolique et chez le maniaque, un état d'euphorie qui élimine pour un temps la douleur morale chez l'un, l'irritabilité chez l'autre, et qui précipite la guérison dans les cas favorables.* » (p. 427) Le traitement par électrochocs ne peut donc qu'en apparence guérir le malade, lorsque la guérison se serait de toute façon produite. Inversement Collet interprète les cas où une amélioration grâce aux électrochocs est suivie d'une rechute en disant que dans ces cas, paradoxalement, ce traitement a provoqué la rechute : en effet l'évolution était favorable sans le traitement, et l'électrochoc, en accélérant la guérison, a aussi accéléré le retour à des conditions de vie et un environnement délétères ayant causé la rechute.

¹³⁵ Henri Piéron, formé à la psychologie au laboratoire de psychologie expérimentale de l'école pratique des hautes études puis comme assistant de Janet, ayant succédé à Binet au laboratoire de psychologie de la Sorbonne, est connu pour avoir donné une orientation physiologique à la psychologie en s'intéressant tout particulièrement aux phénomènes affectifs ; une chaire de physiologie des sensations est créée pour lui en 1923 au Collège de France (« Henri Piéron », *Encyclopaedia Universalis*).

des phénomènes affectifs, mais aussi par leur caractérisation objective sur le plan psychologique. Dans son mémoire de 1943, il rend enfin un hommage à Henri Claude et Henri Ey, pour avoir appliqué les travaux de Jackson à la clinique psychiatrique (Delay, 1943, p. 169)¹³⁶, faisant droit au « primat de l'affectivité » dans les phénomènes psychopathologiques (p. 171).

Dans son livre de 1946, Delay donne sa définition de l'humeur (Delay, 1946, p. 1). Elle est reprise mot pour mot dans le manuel qu'il coécrit avec Pichot¹³⁷, *l'Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*, manuel de psychologie de référence¹³⁸ des étudiants français en médecine et en psychologie jusque dans les années 1980, dans le chapitre aux « Émotions et sentiments. Bases neurophysiologiques et développement affectif », qui se complète d'un chapitre sur la « Pathologie des émotions. L'humeur, sa régulation et ses dérèglements » (Delay & Pichot, 1962).

« C'est une notion facile à entendre mais difficile à définir que celle de l'humeur, à savoir cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. L'humeur est à la sphère thymique qui englobe toutes les affections ce qu'est la conscience à la sphère noétique qui englobe toutes les représentations, elle en est à la fois la manifestation la plus élémentaire et la plus générale. La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeurs comme la base de la vie représentative d'une échelle des consciences. » (Delay, 1946, p. 1)

L'humeur n'est donc pas un état affectif mais une disposition, qui se manifeste par un ensemble d'états affectifs dont la tonalité globale est agréable ou désagréable. Cette disposition peut être excessive, c'est l'hyperthymie, ou déficitaire, c'est l'hypothymie. La première peut être agréable, c'est-à-dire se traduire par des états affectifs de tonalité globale agréable, c'est l'humeur maniaque ; ou elle peut être douloureuse, c'est-à-dire se traduire par des états affectifs de tonalité globale désagréable, c'est l'humeur dépressive. La gaieté et la

¹³⁶ Le neurologue anglais attribue les fonctions psychologiques les plus sophistiquées comme le langage à des centres nerveux supérieurs apparus tardivement dans l'histoire de l'évolution : en conséquence les troubles mentaux apparaissent comme des régressions dans l'évolution, lorsqu'une fonction supérieure cesse de pouvoir s'accomplir par subordination des centres nerveux inférieurs, gouvernant des processus plus automatiques, aux centres supérieurs (subordination conçue comme une intégration du système nerveux), et que de ce fait une fonction inférieure s'exprime de manière incontrôlée.

¹³⁷ Pierre Pichot, après avoir été interne des hôpitaux de Paris à Bicêtre, devient l'assistant de Jean Delay à Sainte-Anne. Il est connu pour avoir développé des outils psychométriques ; il signe avec Jean Delay en 1955 un ouvrage sur les *Méthodes psychométriques en clinique*. Il fonde en 1971 l'Association française de thérapies comportementales (qui devient l'Association française de thérapies comportementales et cognitives en 1987) et la dirige jusqu'en 1973, puis il est président de l'Association mondiale de psychiatrie de 1977 à 1983.

¹³⁸ édité en 1962, réédité en 1964 et réédité une troisième fois en 1967

tristesse sont les deux états affectifs fondamentaux par lesquels se traduit de façon préférentielle une humeur excessive, c'est-à-dire une hyperthymie agréable ou douloureuse. L'hyperthymie caractérise le cyclothyme, dont le tempérament pré-morbide peut s'accroître jusqu'à devenir une psychose maniaque-dépressive, et l'hypothymie caractérise le schizothyme¹³⁹, dont le caractère préfigure la schizophrénie.

« Le cyclothyme oscille entre la tristesse et la gaieté, deux contraires qui comme tous les contraires se ressemblent. Ils se ressemblent en ce qu'ils représentent tous deux un état fort de l'humeur, une vibration élémentaire et intense qui intègre tous les autres états d'âme dans une résonance unique. Ils diffèrent par la qualité de la vibration, joyeuse dans l'un, douloureuse dans l'autre, et par le cortège des manifestations satellites, expansives et dynamiques ou rétractiles et inhibitrices. Quand la conscience est envahie par l'une ou l'autre de ces humeurs, elle est immédiatement débordée et devient une conscience totalement gaie ou totalement triste, il n'y a plus place en elle pour les tempéraments et les nuances, elle est l'une ou l'autre, parfois d'ailleurs alternativement, mais jamais l'une et l'autre. Les changements quand ils se produisent ne se font pas progressivement mais brusquement, ce ne sont pas des évolutions mais des révolutions, les revirements de l'humeur. » (Delay, 1946, p. 2)

Les dérèglements de l'humeur à proprement parler sont donc l'hyperthymie et l'hypothymie, non la tristesse et la gaieté : mais ces dernières sont les symptômes principaux respectifs des deux cas d'hyperthymie. Cela rend compte du fait que la tristesse soit le symptôme principal de la mélancolie, et va favoriser l'assimilation du dérèglement de l'humeur des états dépressifs (hyperthymie douloureuse) à cette émotion élémentaire. De l'hyperthymie mélancolique, Delay nous dit :

« Sur un point la signification spéciale du terme de mélancolie s'accorde à sa signification banale, le mélancolique a l'humeur triste. Mais l'ennui, le spleen, les tristesses qui n'excluent pas la délectation morose n'ont qu'un lointain rapport avec la douleur brutale qui terrasse le malade, le faisant vivre nuit et jour dans l'appel de la mort. Douleur morale, certes, mais aussi élémentaire et aussi instinctive que la douleur physique.[...] La douleur morale, traduction directe du trouble thymique fondamental, constitue le symptôme essentiel. C'est une douleur sans cause psychologique mais il est bien rare que les facultés mentales du malade soient suffisamment frappées de stupeur, pour qu'il ne cherche point une justification intellectuelle à son état affectif. » (Delay, 1946, p. 10)

Delay distingue donc ici très clairement l'humeur, la disposition affective qui est dérégulée, et l'état affectif qui en est la « traduction », c'est-à-dire la manifestation sur le plan de la vie affective. Cet état affectif est de la tristesse ou douleur morale, la seconde étant définie comme la forme extrême de la première : *« À cette douleur morale, forme pathologique de la tristesse du cyclothyme, s'ajoutent des modifications du tempo psychique*

¹³⁹ « A vrai dire on ne saurait qualifier d'une épithète l'humeur de ce sujet qui n'est ni gai ni triste mais sérieux ; ce qui semble surtout le caractériser du point de vue affectif c'est précisément une absence d'humeur et une sorte d'adiaphorie. » (Delay, 1946, p. 3).

et physique. » (Delay et Pichot, 1962, p. 157). Dans l'ouvrage de 1946, pour rendre compte du syndrome mélancolique tout entier par le dérèglement de l'humeur, Delay explique que c'est à cause de son état affectif global incompréhensible, excessif par rapport aux circonstances, donc à cause de la tonalité excessivement désagréable conférée à son vécu affectif par le dérèglement de son humeur, que le mélancolique est poussé à ses idées délirantes, pour chercher une explication à ce ressenti affectif : les idées de culpabilité (Delay, 1946, p. 11), l'incurabilité (p. 12), la ruine (p. 13)... Delay passe en revue une partie du tableau clinique habituel de la mélancolie, pour mettre en évidence la « base thymique » du trouble (p. 14). Il décrit ensuite cliniquement les effets de l'électrochoc sur cette « hyperthymie douloureuse » (p. 15). Puis il récusé l'objection qu'on pourrait lui faire à propos de la mélancolie réactionnelle en disant que « rien n'est plus « biologique » que l'émotion » : autrement dit ce n'est pas parce qu'il existe une cause émotionnelle identifiable parfois à court terme (choc émotionnel brutal ou usure progressive) que cette cause n'a pas agi via un dérèglement de la sphère thymique (p. 19).

La deuxième partie de l'ouvrage, sur la régulation cérébrale de l'humeur, expose la théorie de Delay à propos de celle-ci au niveau du diencephale (région sous-thalamique impliqué dans les fonctions végétatives, hypophyse, liaisons hypothalamo-hypophysaires) (chapitre I), puis la fonde par des faits cliniques (chapitre II) et des faits thérapeutiques (chapitre III) et enfin Delay formule des hypothèses sur les liaisons et interactions entre le cortex et le cerveau thymique. Pour Delay, ce sont les traitements de choc (le choc insulinaire de Sakel, l'injection de cardiazol de Meduna, l'électro-choco de Cerletti) qui ont révélé l'importance des perturbations thymiques sur lesquelles il agissent, leur action intervenant précisément selon lui sur les structures cérébrales de la base du cerveau, qu'il identifie par la notion de sphère thymique (Delay, 1946, p. 6) Le manuel coécrit avec Pichot reprend sommairement les faits cliniques et thérapeutiques attestant du rôle de la « région diencephalique » (Delay et Pichot, 1962, p. 160) comme siège de cette régulation, en interaction avec le cortex.

La notion d'humeur est donc indissociable chez Delay d'une hypothèse étiologique, neurobiologique, car le terme « humeur » désigne par extension tout le cerveau thymique, le système neurobiologique dont Delay fait le siège de cette disposition affective. C'est avec tout ce cadre théorique que Delay fait entrer « l'humeur » dans la sémiologie psychiatrique. En 1950, lorsque Delay organise le tout premier Congrès international de psychiatrie avec Henri Ey, il prononce, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, devant le ministre de la Santé

publique, un discours inaugural intitulé « aspects de la psychiatrie moderne », au cours duquel il présente l'introduction en psychiatrie des techniques biologiques comme le grand accomplissement du XX^e siècle. Elle permet de commencer à caractériser l'équilibre mental et celui des humeurs grâce à la démonstration du rôle des médiateurs chimiques dans la transmission de l'influx nerveux, et de l'importance du facteur humoral dans la régulation affective. Le rapporteur du discours dans les *Annales médico-psychologiques* commente :

« Le professeur Jean Delay souligne l'heureuse ambiguïté du mot « humeurs », qui désigne à la fois les liquides de l'organisme et les caractères qui en dépendent, rappelant que vitamines et hormones font partie intégrante des humeurs. » (Annales médico-psychologiques, 1950, n°02, p. 527).

Notons que Jean Delay, grâce à la notion d'humeur, veut réunifier les deux ordres de phénomènes, leur opposition n'ayant pas de véritable sens :

« Mais, conclut le professeur Jean Delay, si les méthodes physiologiques et psychologiques explorent deux faces dissemblables de la maladie mentale, celles-ci n'en sont pas moins indissolubles. Une telle séparation en psychiatrie serait en fait la traduction d'un dualisme médicalement et philosophiquement dépassé. » (p. 528)

A la suite de Delay, les psychiatres français s'intéressent à l'humeur, devenue un objet clinique central, et à ses phénomènes de revirement ou d'inversion : si un rehaussement de l'humeur, lorsqu'elle est dépressive, est recherché chez les mélancoliques par les électrochocs¹⁴⁰, un revirement brutal qui fait passer à l'humeur maniaque, spontanément ou suite au traitement, entraîne un diagnostic de psychose maniaque-dépressive. L'orientation générale des états affectifs et des tendances comportementales déterminée par l'humeur est jugée indissociable de ses mécanismes de régulation au niveau du cerveau thymique, donc à un niveau sous-cortical, parfois en interaction avec le cortex qui détermine des phénomènes plus intellectuels. Par exemple Abély et d'autres psychiatres présentent à la séance du 22 décembre 1947 une communication dans laquelle ils distinguent « l'humeur instinctive » de la « pensée affective ». De la première relèveraient selon eux les phénomènes affectifs irraisonnés, non intellectualisés, dont il est difficile de rendre raison, comme la sympathie,

140 Le changement de régime de fonctionnement de l'individu est qualifié de « virage », comme pour des réactions chimiques. Ce « virage » se décline en virage végétatif (équilibre thermique, rythme respiratoire, rythme cardiaque, régulation du métabolisme), virage au niveau des modalités réactives de l'organisme (qui déterminent les réactions inflammatoires, rhumatoïdes, allergiques...), virage hypnagogique et comatogène (régulation de la veille et du sommeil), et virage thymique (concernant l'humeur et les tonalités de l'énergie psychique). Le centre « thymique » est clairement conçu comme le siège de l'affectivité et la cible des électrochocs : « Nous savons aujourd'hui que ces changements imputables aux méthodes de choc, quelles qu'elles soient, sont dus à des actions directes ou indirectes sur les centres végétatifs régulateurs des fonctions physiologiques vitales, des fonctions de l'activité vigile et des fonctions thymiques. » (Doussinet, Jacob, Thévenot, 1949, p. 14).

l'antipathie, la joie, la douleur, « *en général, tout le domaine des émotions, la peur, la colère, l'angoisse, la haine même* » (Abély, Assailly, Lainé, 1948, p. 69). De la seconde relèveraient les sentiments intellectualisés, comme « *les sentiments d'altruisme, de pitié, de respect, de pudeur, le sens éthique et esthétique, le sens social ou moral* » (p. 69).

Dans la conception de Delay, le dérèglement de l'humeur qui cause les états dépressifs, se distingue de la tristesse qui est l'état affectif élémentaire par lequel ce dérèglement se traduit (tandis que la douleur morale est la forme extrême de cette tristesse). Mais cela suggère de concevoir le versant affectif des états dépressifs avant tout comme une forme de tristesse, ce qui est sans doute le cas dans les tableaux dépressifs que Delay a sous les yeux : des tableaux soignés par électrochocs, dont sévères, souvent accompagnés d'un syndrome mélancolique. Lors de l'unification des états dépressifs dans la nosologie, « l'humeur dépressive » qui en est le symptôme central, y est décrite comme une humeur triste.

c. « L'humeur dépressive », symptôme central des états dépressifs (années 1950 – années 1970)

La notion de dérèglement l'humeur telle que Delay l'a définie va permettre l'unification des états dépressifs dans la nosologie, autour du symptôme central qu'est « l'humeur dépressive », manifestant ce dérèglement (Hum et al., 2010, p. 9-10). Un état dépressif prolongé, soit un épisode dépressif, est dès lors un « épisode thymique », et sert de base à la définition de la dépression comme un « trouble de l'humeur ». Premièrement je vais présenter la tripartition des états dépressifs en « endogènes », « réactionnels » et « névrotiques » ou « psychogènes » qui prévaut jusque dans les années 1960 (Ehrenberg, 2008, p. 133 ; Hum et al., 2010). Deuxièmement je vais montrer comment sa remise en cause à partir des années 1960 a conduit à l'unification de ces états dépressifs autour d'un symptôme central, l'humeur dépressive, qui désigne le versant affectif des états dépressifs ne se résumant pas à la tristesse. Troisièmement je vais m'attarder sur le rôle des antidépresseurs à cet égard, leur action sur les états dépressifs portant en effet sur cette « humeur dépressive » sans s'y limiter. Quatrièmement je vais mettre en évidence l'assimilation de « l'humeur

dépressive » à une forme de tristesse au cours de la période où s'est élaborée cette définition de la dépression comme « trouble de l'humeur », unifiée par ce symptôme.

- La tripartition des états dépressifs en endogènes, réactionnels et névrotiques

Cette tripartition se produit dans les années 1940 suite à l'introduction dans la psychiatrie française de la notion d'états dépressifs « névrotiques » venue des États-Unis (Hum et al. 2010). Les états dépressifs « endogènes » seraient d'origine biologique, et tendent à être caractérisés cliniquement par une certaine sévérité et un syndrome mélancolique, avec ses émotions morales et sa tristesse très grande donnant lieu à la douleur morale, donc désignés par la notion d' « états mélancoliques » (Ehrenberg, 2008, p. 133 ; Lantéri-Laura, 2003, p. 45 ; Hum et al., 2010, p. 9). Les états dépressifs « réactionnels » sont des états dépressifs provoqués par un événement vécu (Ehrenberg, 2008, p. 133 ; Hum et al., 2010, p. 10). Le terme « névrotique » renvoie à la fois à un type de symptomatologie, à un tableau exempt de syndrome mélancolique, et à la thèse d'une origine psychologique : l'état dépressif manifesterait une « névrose », c'est-à-dire un trouble psychologique ou « intrapsychique », qui se serait développé à cause de certaines circonstances, de certains événements de vie, sur fond de constitution psychologique ou psychique défailante¹⁴¹, ce qui fait envisager ces états dépressifs comme « psychogènes » (Lantéri-Laura, 2003, p. 45 ; Hum et al., 2010, p. 9-10 ; Ehrenberg, 2008, p. 133). Cette tripartition est mise en œuvre de façon variable selon les psychiatres et se ramène parfois à une bipartition entre des états dépressifs endogènes et réactionnels ou endogènes et névrotiques, ou encore entre des états dépressifs mélancoliques et névrotiques. Dans ce dernier cas, une origine endogène des premiers est généralement mais pas nécessairement sous-entendue, et l'opposition est plutôt clinique, avec notamment une différence de sévérité. Mais de plus, ils se distinguent cliniquement parce que le versant affectif des premiers est dominé par la tristesse ou la douleur morale, mais pas celui des seconds : « l'humeur dépressive », qui va désigner le versant affectif des états dépressifs en général, va dès lors occuper une position ambiguë entre une forme de tristesse et un complexe d'autres états affectifs parmi lesquels la tristesse n'est pas nécessairement centrale.

Les états mélancoliques où le dérèglement de l'humeur se traduit par la tristesse voire la douleur morale, ne sont ainsi pas le tout des états dépressifs. Ils sont majoritaires parmi les

¹⁴¹ Cela rejoint donc la manière dont on concevait les états dépressifs que l'on attribuait à la neurasthénie lorsque l'on concevait celle-ci comme une (psycho)névrose autonome, c'est-à-dire une maladie psychologique (sans corrélat lésionnel observable dans le système nerveux).

états dépressifs conduisant à une hospitalisation, donc dans la base clinique de Delay. Mais dans la psychiatrie ouverte, où les états dépressifs sont une large part de ce que les psychiatres ont à traiter, ces états mélancoliques sont moins représentés que des états dépressifs plus légers, supposés réactionnels ou névrotiques. Dans une discussion au groupe *L'Evolution psychiatrique* rapportée dans la revue de 1955 (p. 564), le docteur Laboucarie affirme que les états dépressifs constituent en moyenne 47 % de l'ensemble des cas traités dans un établissement de cure libre, et 15 % seulement dans un service de psychiatrie fermée, et estime à 51 % la part des états dépressifs qui sont mélancoliques, qualifiant les autres d'« états dépressifs névrotiques ». Ces tableaux dépressifs non mélancoliques, plus légers, peuvent être traités dans les hôpitaux, dans des consultations en psychiatrie ambulatoire ou dans des services de psychothérapie : par exemple Janet assure des consultations à Sainte-Anne jusqu'en 1942, et ces états dépressifs, qu'il rattache à ses catégories la neurasthénie et la psychasthénie, sont l'essentiel de ce qu'il observe cliniquement (Mauppin dir., 2020, p. 194). Très illustrative sur ce point est la grande étude du docteur Le Mappian de l'hôpital Henri Rousselle, publiée en 1949, sur l'« Aspect clinique des états dépressifs » (Le Mappian, 1949) : il s'intéresse à des états dépressifs légers, qu'il rattache soit à des formes peu sévères de mélancolie ou de psychose maniaco-dépressive, soit à la neurasthénie, soit à la psychasthénie, et propose de traiter la notion clinique d'états dépressifs en elle-même, en distinguant des états dépressifs endogènes, réactionnels et névrotiques par des critères cliniques. Selon Haustgen et Masson, Le Mappian aurait par cet article importé en France cette tripartition étiologique des états dépressifs depuis les Etats-Unis (Haustgen et Masson, 2018, pp. 11-12). Or parmi ces critères cliniques, Le Mappian caractérise le versant affectif de ces états dépressifs et ne relève pas tant la tristesse ou douleur morale, que « l'ennui » : la patiente « se sent « écrasée, anéantie, dégoûté de tout », ruminant sans cesse son abandon. » (Le Mappian, 1949, p. 222-223) Le Mappian y voit un état affectif diffus, un climat affectif : « il ne s'agit pas seulement d'une position intellectuelle par rapport à [ses troubles], il les reconnaît en les vivant et donc cette attitude est enveloppée dans une atmosphère affective. » (p. 223). Dans ces états dépressifs légers, ce sont « l'asthénie, l'inhibition, l'ennui, le dégoût » qui prédominent (p. 224). Il voit la tristesse comme une émotion envahissante susceptible de masquer l'état dépressif, alors qu'elle n'en est pour lui que la cause, et non un critère clinique, un symptôme :

« quand elle existe, elle tend à se placer au premier plan : tous les contenus de conscience portent alors la marque de cette souffrance ; le déprimé triste vit sa tristesse plus qu'il ne se considère comme déprimé. [...] Nous trouvons certains malades qui ne se présentent pas

comme des déprimés au premier abord. Ils nous font le récit douloureux d'un deuil, d'un abandon et révèlent qu'à un certain moment, à leur souffrance se sont ajoutés un dégoût du travail, une impossibilité de s'intéresser, de se distraire. » (Le Mappian, 1949, p. 225).

Le versant affectif des états dépressifs mêle tristesse diffuse, « ennui » et un désintérêt général, tandis que l'état dépressif lui-même est plutôt caractérisé en termes de baisse d'activité psychomotrice, à travers l'inhibition, et de fatigue, à travers « l'asthénie » :

« Dans un cas prédominant : l'ennui, l'humeur triste, l'absence de gaieté, les tendances à la solitude, le manque d'intérêt à la vie, l'inhibition de l'activité ; le sujet entre dans un « état dépressif » surtout par une accentuation de l'inhibition et de l'asthénie. » (Le Mappian, p. 226)

D'après Le Mappian, l'inhibition est au cœur de la plainte des patients parce qu'elle empêche de vaquer à ses activités (travailler, faire le ménage, avoir des interactions sociales...) : le patient ressent une incapacité motrice, à se mettre à l'œuvre, ainsi qu'une incapacité à se concentrer et de la fatigue. Or quand cet état dépressif, psychomoteur, a aussi un versant affectif, il s'agit de dégoût, d'ennui, de découragement plutôt que de tristesse, tandis que dans une minorité de cas, ce versant affectif est absent, l'état dépressif s'accompagnant uniquement de fatigue ou « asthénie » (Le Mappian, 1949, p. 233-234). Le versant affectif des états dépressifs, ne se résume donc pas à la tristesse, qui n'est pas dominante dans les états dépressifs légers, « névrotiques ».

La tristesse semble en revanche dominante dans les états dépressifs mélancoliques, notamment ceux que l'on suppose endogènes et liés à une psychose maniaco-dépressive, par opposition aux états affectifs positifs dont s'accompagnent les états maniaques. Une communication que Delay fait avec Pichot, Deniker et Jousselin à la séance du 8 mai 1961 de la Société médico-psychologique, intitulée « Psychose cyclique avec inversions quotidiennes de l'humeur », rapporte le cas d'un patient qui a une psychose « avec variations incessantes du fond thymique », plus précisément « inversion quotidienne de l'humeur par rapport au jour précédent », car « *il est depuis trois ans hypomaniaque un jour sur deux, mélancolique l'autre jour* » (Delay, Pichot, Deniker, Jousselin, 1961, p. 125-126). L'état de mélancolie est décrit comme un état dans lequel « *tout dans son attitude reflète la dépression* » : le patient est « *rétracté, les gestes rares, le faciès triste, les traits affaissés* », il est inquiet, quasi-mutique, incapable de se concentrer, il a des plaintes somatiques... « *Le lendemain, de « négatif » il devient selon ses propres termes « positif » : il nous attend souriant, confortablement installé, les gestes sont fréquents, rapides, précis* », il est euphorique, bavard, blagueur... (Delay, Pichot, Deniker, Jousselin, 1961, p. 125-126).

La distinction entre dépression et tristesse est élaborée par Minkowski, psychiatre et phénoménologue influent en France dans les années 1940 et 1950¹⁴² : arrivé dans les années 1920 à cause des persécutions nazies, qu'il subit à nouveau pendant la seconde guerre mondiale où il échappe de peu à la déportation, Minkowski thématise dans un texte publié dans *l'Évolution psychiatrique* son expérience de la dépression, qu'il distingue de la détresse, deux états dont il a fait l'expérience durant cette période de persécution¹⁴³ (Minkowski, 1953). La détresse, si elle peut se traduire par de la dépression sur le plan somato-psychique, est d'ordre « anthropo-cosmique » selon Minkowski : elle est pour lui « *une misère spirituelle, un état d'âme particulier* » (Minkowski, 1953, p. 15), qui semble lié à un état de déréliction, au sentiment d'être progressivement retranché de la vie (p. 13), au sentiment de se raccrocher désespérément à la vie devant un péril mortel (p. 16). Elle provient de la souffrance et de la tristesse, et peut amener la dépression. Minkowski distingue donc l'état de dépression lui-même de la tristesse, qui peut créer cet état de dépression lorsqu'elle est assez grande pour susciter l'état de souffrance qu'il appelle la détresse, celui-ci entraînant à son tour la dépression. Minkowski ajoute que la dépression tend aussi à amener avec elle la tristesse (p. 14) : tout en étant un état d'inhibition d'ordre somatique, la dépression entretient un lien étroit avec une douleur d'ordre psychique, une forme de tristesse qui est la mélancolie. Les états dépressifs s'accompagnent d'états affectifs allant de l'ennui à la tristesse :

« *Dans la mesure où la dépression comporte un fond de tristesse ou de souffrance, elle est, dirions-nous volontiers, comme le sont celles-ci, à la portée de tout un chacun. [...] Tristesse et souffrance ne peuvent se traduire sur le versant somato-psychique que par une « baisse », par une « dépression » de la tension psychologique, pour employer une expression chère à Pierre Janet.* » (Minkowski, 1953, p. 14-15)

La dépression entretient ainsi un lien avec différents états affectifs qui sont la détresse, la tristesse, la souffrance, mais aussi l'accablement, « *degré extrême de lassitude spirituelle, comme un trop lourd fardeau qui risque de nous faire plier dangereusement vers le bas, de*

¹⁴² Formé à la médecine et à la philosophie en Pologne, en Allemagne et en Suisse (où il s'est spécialisé en psychiatrie avec Bleuler), Minkowski s'installe en France au début des années 1920 (après avoir été volontaire dans l'armée française pendant la première guerre mondiale) où il doit refaire des études de médecine pour obtenir son diplôme en 1926, puis il commence à exercer en tant que psychiatre et psychothérapeute. En philosophie il s'intéresse à la pensée de Bergson et à la phénoménologie, et il participe à la création de la revue *L'Évolution psychiatrique* en 1925 avec un groupe de cliniciens qui veulent regrouper les travaux psychanalytiques français (Postel et Quételet, 1994, pp. 350-351) et sont également influencés par la pensée de Bergson dont l'ouvrage *L'Évolution créatrice* est rappelé par le titre de la revue (Eugène Minkowski, *Encyclopædia Universalis*).

¹⁴³ « *Et c'est ainsi qu'au cours des dures années de persécutions j'ai connu la dépression comme j'ai connu de très près la détresse...Et bien des années plus tard, ces expériences ont donné naissance aux réflexions que j'ai essayé de préciser dans ces pages.* » (Minkowski 1953, p. 16)

nous faire abandonner la partie, renoncer à la résistance, et perdre pied ainsi. » (p. 15) Minkowski distingue donc bien, phénoménologiquement, l'état de dépression, d'une part, des états affectifs que la dépression peut amener tout autant qu'elle peut en résulter, d'autre part, dont la tristesse. La mélancolie comme état affectif semble être une forme de tristesse cosmique, tournée vers la considération de la fin de toute chose. Contrairement à la dépression, la tristesse n'est pas vue comme quelque chose de pathologique, mais comme un état affectif consubstantiel à toute existence humaine¹⁴⁴.

Les états dépressifs sont ainsi dans les années 1950 un sujet de confrontation entre les différentes approches qui existent en psychiatrie, comme le constate le psychanalyste Julien Rouart, proche de Henri Ey dans une étude également parue dans *L'Évolution psychiatrique* (Rouart, 1956, p. 459) : les approches très cliniques (comme celle de Le Mappian), l'approche psychobiologique (de Jean Delay, Paul Abély...), les approches structurales inspirées de la phénoménologie et de la psychologie, et parfois de la psychanalyse (comme celles de Minkowski et Henri Ey). Aucune de ces approches ne parvient à donner un fondement consensuel, étiologique ou clinique, à la tripartition entre états dépressifs « endogènes », « réactionnels » et « névrotiques », même si elles semblent s'entendre pour faire de la tristesse ou de « douleur morale », un trait clinique des états dépressifs mélancoliques (le plus souvent endogènes mais qui peuvent aussi être réactionnels), par opposition aux états dépressifs névrotiques.

- L'unification des états dépressifs dans la nosologie

La remise en question de la tripartition des états dépressifs en endogènes, névrotiques et réactionnels et leur unification autour de la notion d'humeur dépressive va être en un sens permise par le flou de cette notion, qui réfère sans le spécifier au versant affectif des états

¹⁴⁴ Pour ce qui est des états mélancoliques pathologiques, Minkowski ne les conçoit d'ailleurs pas comme une tristesse pathologique, puisqu'il les thématise comme résultant d'une désorganisation de la conscience du temps, dans son ouvrage de 1930 *Structure des dépressions ambivalentes* (Minkowski, 1930). Il montre comment les thèmes délirants présents dans la sémiologie de la mélancolie délirante (idées de ruine, de négation, de culpabilité...) traduisent une désagrégation de la personnalité du sujet causée par l'altération de sa conscience du temps. Le passé n'étant plus relié à l'avenir par l'expérience d'un présent qui retiendrait une partie du premier et se projetterait dans le second, il y a un décalage entre le « temps immanent », le temps intime vécu par le sujet, et le « temps transitif », le temps social, celui du monde ambiant du sujet, d'après la préface de Lantéri-Laura à l'édition de 1993 (in Minkowski et al., 1993, p. 104) : le sujet ne peut plus suivre les mouvements du monde extérieur et a le sentiment de vivre une série de moments disjoints, l'aspect dynamique de sa conscience du temps ayant disparu pour lui laisser la seule conscience de l'aspect statique ou « éternel » du temps (Minkowski et al., 1993, p. 25-27). Or c'est à partir de cette altération fondamentale que Minkowski rend compte de l'ensemble de l'expérience de la mélancolie délirante, qui n'est donc pas pour lui un trouble affectif, une altération de l'humeur, même si elle est profondément douloureuse, d'où son lien avec la notion de « douleur morale ».

dépressifs : elle peut dès lors tout aussi bien s'appliquer à des tableaux dépressifs où la tristesse ou la douleur morale est centrale, l'humeur dépressive lui étant alors assimilée, qu'à des tableaux dépressifs où d'autres états affectifs dominant. En France c'est Henri Ey qui accomplit véritablement la synthèse des états dépressifs dans la nosologie, en unifiant différents types d'états mélancoliques et dépressifs qu'il distinguait dans son manuel de psychiatrie co-écrit avec Brisset et Bernard : des formes graves, avec des crises de mélancolie anxieuse ou dépressive, et des formes mineures dont la dépression légère ou réactionnelle, dont le point commun est une perturbation de l'humeur (Brisset et al., 1960; Haustgen & Masson, 2018).

Henri Ey¹⁴⁵ propose en 1955 à *l'Evolution psychiatrique* une réflexion sur la nature de la dépression, en la différenciant de la mélancolie, et suggère déjà une unification des états dépressifs. Dans ce texte intitulé « Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique » (Ey, 1955) il commence par affirmer que la distinction la plus centrale depuis une cinquantaine d'années est entre mélancolie et « dépression névrotique ». Cette distinction serait conforme à la clinique des états dépressifs dans la mesure où ces derniers sont polarisés par deux types cliniquement observables : « *la grande crise de mélancolie anxieuse, délirante ou stuporeuse et l'état dépressif simple ou mineur à base de sentiments et de réactions qui expriment un malaise conflictuel* » (Ey, 1955, p. 532). Mais en se basant sur ses propres observations cliniques sur une cohorte de malades, il souligne que ces deux types se révèlent ne pas constituer deux catégories bien séparables : pour lui cette distinction n'est donc pas suffisamment fondée, que ce soit sur le plan clinique, étiologique ou thérapeutique. Ni la présence de facteurs héréditaires, ni le caractère réactionnel ou endogène, ni une distinction entre un mécanisme étiologique organique et un mécanisme psychologique, ne paraissent être de bons critères de distinction entre les crises mélancoliques et les états dépressifs (Ey, 1955, p. 535). Les tourments affectifs et moraux du syndrome mélancolique (auto-accusation, peur, angoisse existentielle, sentiment d'abandon...) peuvent exister dans les deux cas. Ey voit une différence entre mélancolie et dépression au niveau du contact avec la réalité : le mélancolique perd contact avec la réalité, traverse une crise en rupture avec l'existence, et est très difficile d'accès à autrui, alors que le

¹⁴⁵ Ey dernier a été interne des hôpitaux à Sainte-Anne de 1925 à 1931 puis chef de clinique dans ce même hôpital de 1931 à 1933 dans le service du professeur Henri Claude, avant de devenir le célèbre médecin-chef de l'hôpital de Bonneval jusqu'à sa retraite en 1970 ; il garde par ailleurs un séminaire hebdomadaire à Sainte-Anne, et participe à la réorganisation de sa bibliothèque, qui sera nommée d'après lui en 1978 (Maupin dir., 2020, p. 190).

dépressif, qui traverse un état qui n'est que l'accusation de tendances préexistantes, appelle désespérément au secours (p. 537). Mais ce n'est pas un critère clinique suffisant. Enfin la thérapeutique ne soutient pas la distinction entre les deux types d'états parce que les électrochocs sont efficaces aussi bien sur les états mélancoliques que sur les états dépressifs simples (p. 537). Pour Henri Ey, qui croit à l'existence de maladies mentales autonomes, distinctes les unes des autres¹⁴⁶, il faut s'intéresser à « *la structure de la mélancolie et la structure de la dépression névrotique* » (p. 538). Il ne faut pas expliquer la mélancolie comme « *une vague de tristesse provoquée par l'automatisme des centres ou du substratum physiologiques de l'humeur, de la cénesthésie, etc.* » (p. 538) : le mélancolique est plutôt paralysé, privé de son ouverture au monde et de sa capacité d'action, par ses tourments moraux (p. 542). Ce qu'il appelle « *dépression névrotique* » serait en revanche en continuité avec l'expérience humaine ordinaire, puisqu'il la caractérise d'abord par « *des sentiments qui sont comme le reflet de l'angoisse humaine* », à savoir « *la tristesse, le désespoir, la nostalgie, l'insécurité, le remords, la honte, la crainte, l'insatisfaction, les sentiments de frustration, d'abandon, d'indignité, le besoin d'être consolé, aimé, compris, valorisé, etc., toutes ces nuances infinies de sentiments dépressifs* » (p. 547). Cependant l'état dépressif névrotique est tout de même pathologique, sous-tendu par un bouleversement structural de l'expérience sensible, qui cesserait de varier, du fait d'un blocage de la dynamique intentionnelle de la conscience (p. 548). Mais cette distinction structurale se traduit pour Ey par une même réalité clinique : l'état dépressif, dont il va produire une définition unifiée.

Dans un premier temps, Ey affirme qu'il faut unifier tous les états mélancoliques, que l'on subdivisait encore en états mélancoliques relevant de la psychose maniaque-dépressive et de la mélancolie vraie ou d'involution, car on observe une même efficacité des électrochocs sur tous les états mélancoliques. Le 28 janvier 1952 il fait une communication à la Société médico-psychologique intitulée « *Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Étude statistique* », (Ey et Burguet, 1952). Pour les malades avec psychose maniaco-dépressive, le traitement permet de diminuer significativement la période d'internement, beaucoup plus qu'avec le cardiazol : si les

¹⁴⁶ En 1967, Baruk note dans son ouvrage « *La psychiatrie française de Pinel à nos jours* », que la Société médico-psychologique, alors dirigée par Paul Abély, et la Société Moreau de Tours qu'il a lui-même fondée, sont engagées dans un travail de révision nosographique, tandis que « *seule, la Société de l'Évolution psychiatrique dirigée par H. Ey reste encore fidèle à l'ancienne nosographie kraepelinienne, comme à l'ancienne conception organo-dynamique de Charcot, et fixée également à cette notion de maladies mentales autonomes* » (Baruk, 1967, p. 69).

récidives sont nombreuses, la proportion de cas qui deviennent chroniques est grandement diminuée par le traitement puisqu'il est de 1,5 % dans le groupe des malades traités contre 18 % dans le groupe contrôle (Ey et Burguet, 1952, p. 217). Pour les malades avec mélancolie d'involution, la durée de l'internement est également diminuée par le traitement, mais on observe aussi un fort taux de récidives. L'étude conclut que « *l'action thérapeutique de l'électro-choc est certainement considérable sur la durée des crises maniaco-dépressives* » car malgré les récidives, « *la durée totale des périodes de maladie est diminuée de moitié depuis l'emploi de l'électrochoc* » (p. 218). De plus, « *il ne semble pas – contrairement à ce qui a été affirmé – que les mélancolies d'involution se comportent très différemment à l'égard des crises mélancoliques des psychoses périodiques. Il paraît donc impossible de tirer argument d'une différence d'action thérapeutique par l'électrochoc pour consolider l'entité « mélancolie d'involution* ». » (p. 218) Dans cette dernière conclusion nous voyons se profiler la remise en cause de la pertinence d'une distinction entre les états mélancoliques relevant de la psychose maniaco-dépressive et ceux qui relèveraient d'une mélancolie autonome.

Dans un second temps, Henri Ey propose de réunir les états mélancoliques ainsi unifiés avec le reste des états dépressifs (Ey, 1955). Il propose cette réunion devant le constat d'une efficacité générale des électrochocs sur ces états :

« Trop longtemps, en effet, dans mon service j'ai hésité (en me fiant à ce que l'on entend dire généralement), à pratiquer des électrochocs aux états dépressifs simples, réactionnels ou à teinte névrotique. Puis, je me suis aperçu que l'électrochoc purement employé et évidemment préparé et accompagné et suivi d'une psychothérapie aussi active que possible, représente certainement le meilleur moyen de réduire la crise, qu'elle soit de type mélancolique ou de type névrotique. » (Ey, 1955, p. 537)

Suite à l'apparition des échelles de mesure de la dépression, avec la *Beck Depression Inventory scale* (Beck et al., 1961) mais aussi la *Hamilton rating scale for depression* (Hamilton, 1960), l'humeur apparaît comme une dimension de la dépression : elle est évaluée par un certain nombre d'items de ce questionnaire utilisé pour diagnostiquer la dépression, et de cette échelle de mesure. Elle se présente alors comme un symptôme susceptible de permettre l'unification des états dépressifs dans la nosologie. Dans leur étude intitulée « La nosologie des états dépressifs, rapports entre l'étiologie et la sémiologie », Delay, Pichot, Mirouze et Pérouzet (1963) partent du constat selon lequel on peut classer les syndromes dépressifs ou bien uniquement selon « l'intensité et la constellation particulière des symptômes observés chez le malade », ou bien selon des « variétés étiologiques » (Delay, Pichot, Mirouze et Pérouzet, 1963, p 481-482). Ils remarquent tout de même « un noyau

commun » à tous les tableaux dépressifs, qui est « *la tonalité triste de l'humeur, dont on a toutes raisons de penser qu'elle est liée à un dérèglement fonctionnel des centres hypothalamiques et des liaisons hypothalamo-corticales et, peut-être, sur le plan biochimique, à la teneur et à l'équilibre des catécholamines dans ces régions basilaires du cerveau* » (p. 482) La deuxième partie de l'étude, réalisée par Delay, Pichot, Lempérière et Mirouze (1963), porte sur les « résultats du questionnaire de Beck » (Delay, Pichot, Lempérière et Mirouze, 1963, p. 497-505). Ce questionnaire, constitué de 21 items centrés sur des manifestations comportementales de la dépression identifiées de manière robuste dans la clinique, a été rempli par les 79 malades dépressives pour rechercher une décomposition factorielle des symptômes subjectifs de la dépression et une relation éventuelle entre l'intensité subjective de la dépression quantifiée par ce questionnaire, et les types étiologiques d'états dépressifs (p. 501). Les psychiatres identifient quatre items, c'est-à-dire quatre grandes manifestations cliniques de la dépression, qui sont le plus fortement positivement corrélées avec l'ensemble de l'échelle de dépression, donc les plus centrales dans l'état dépressif : le pessimisme, l'indécision, l'insatisfaction, la haine de soi-même (p. 503). Ils concluent qu'« *il existe très vraisemblablement un facteur général de sentiment subjectif de dépression* » (p. 504). La quatrième partie de l'étude, de Delay, Pichot, Perse, et Genou (1964), sur les « résultats du test de niveau d'aspiration », test qui peut être interprété comme une évaluation du niveau d'optimisme du sujet, conclut que les symptômes subjectifs de la dépression sont toujours les mêmes, quel que soit son type étiologique : « *à symptomatologie subjective identique, dépression endogène et dépression psychogène ont des symptomatologies objectives très différentes* » (Delay, Pichot, Perse, et Genou, 1964, p. 33). Avec cette étude, Delay et Pichot, suggèrent donc de remplacer la double distinction, syndromique et étiologique, entre des types d'états dépressifs ou de dépressions, par une unification des états dépressifs autour « *d'un « facteur général de sentiment subjectif de dépression », fait de pessimisme, d'indécision, d'insatisfaction et de haine de soi* » (Haustgen & Masson, 2018). Si le versant subjectif des états dépressifs va ainsi permettre leur unification clinique et dans les classifications, il ne s'agit donc pas tant de la tristesse, que de ce mélange de pessimisme, d'indécision, d'insatisfaction et de haine de soi : tout cela pourra être associé sous la notion d'humeur dépressive.

Ainsi, dans une étude ultérieure sur « Les dimensions des dépressions », Pichot désigne ce facteur subjectif, versant affectif distinctif des états dépressifs, par la notion d'humeur, en lui adjoignant la tristesse (Pichot, 1969). Il cherche à définir la dépression par

des axes symptomatologiques, ce qu'il appelle des dimensions : plusieurs symptômes qui co-varient de manière robuste sont supposés relever d'une même dimension (Pichot, 1969). Pichot cite d'abord les trois dimensions habituellement jugées constitutives de la dépression qui sont la modification de l'humeur, le ralentissement des processus intellectuels avec diminution des « pulsions instinctuelles normales » et la modification de l'activité motrice (Pichot, 1969). Puis il écrit :

« Premièrement une qualité particulière de l'humeur. De nombreux termes ont été employés pour la désigner. On parle par exemple de tristesse pathologique, de douleur morale, d'hyperthymie douloureuse, d'humeur dysphorique. De toute manière il s'agit d'une modification pénible de l'humeur, celle-ci étant définie par Jean Delay comme « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et affectives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir ou de la douleur ». » (Pichot, 1969, p. 298)

Pichot assimile donc la définition de Delay à une conception de l'humeur comme un état affectif global, et fait s'équivaloir humeur dépressive et tristesse ou douleur morale. Plus loin il la définit plutôt comme une forme de pessimisme. Il conclut :

« Il semble que l'on puisse tenir comme relativement démontrée l'existence des cinq dimensions suivantes : 1. Le facteur humeur dépressive. Il correspond aux symptômes de tristesse, de pessimisme, aux idées de ruine et d'incurabilité. Il est mesuré par les échelles d'appréciation, mais encore mieux, comme on peut le prévoir, par les questionnaires. L'élément central paraît en être la perte de la perspective temporelle normale qui fait que l'homme vit avec l'idée plus ou moins consciente et exprimée que l'avenir lui sera favorable. » (Pichot, 1969, p. 310).

L'humeur dépressive se présente donc, lors de l'unification des états dépressifs par la psychiatrie autour de ce symptôme central, comme une dimension de la dépression qui a plusieurs aspects variables notamment le pessimisme outre la tristesse. L'efficacité des antidépresseurs à son égard contribue également à ce qu'elle soit envisagée comme un symptôme central se prêtant à l'unification des états dépressifs dans la nosologie.

- Le rôle des antidépresseurs dans l'unification des états dépressifs

L'invention des antidépresseurs accélère l'unification des états dépressifs dans la nosologie car ces molécules se révèlent vite efficaces sur tous les types d'états dépressifs. Les années 1950 sont marquées par la découverte par Delay et Deniker¹⁴⁷ du premier

¹⁴⁷ Chef de clinique à Sainte-Anne sous la direction de Jean Delay à partir de 1949, puis chef de service et professeur titulaire de psychiatrie à partir de 1971 (Mauppin dir., 2020, p. 204).

« neuroleptique », la chlorpromazine, médicament aujourd’hui appelé « antipsychotique »¹⁴⁸. Delay, Deniker, ainsi que Jean Thuillier¹⁴⁹ poursuivent par des recherches sur les molécules agissant sur les états dépressifs. A la séance du 22 décembre 1958 de la Société médico-psychologique, Delay, Deniker, Buisson et Haim font une communication intitulée « Le traitement des états dépressifs par les dérivés de l’acide iso-nicotinique ; isoniazide et iproniazide » ; à celle du 23 février 1959, Delay, Deniker, Lempérière, Ropert, Colin et Ogrizek présentent une « étude de l’efficacité de l’imipramine dans le traitement des états dépressifs ». L’iproniazide, antidépresseur de la classe des IMAO découvert par Kline, et l’imipramine, antidépresseur de la classe des tricycliques identifié par Kuhn en 1957, sont les premiers médicaments antidépresseurs (Postel et Quézel, 1994, p. 415). C’est le début de l’ère « psychopharmacologique »¹⁵⁰ en psychiatrie (Missa & Buser, 2006). C’est de là que vient la renommée internationale de Jean Delay, et de la psychiatrie française à cette période¹⁵¹. C’est aussi le moment où Sainte-Anne devient un foyer de la psychiatrie mondiale de l’envergure de ce qu’avait été la Salpêtrière au tournant du XX^e siècle¹⁵². Delay et Pichot élaborent par la

148 Le docteur Henri Laborit anesthésiste-réanimateur à Sainte-Anne, ayant constaté « un effet de mise à distance, d’apaisement émotionnel » provoqué par un médicament de pré-anesthésie, en avait parlé aux psychiatres, qui ont présenté à la séance du 26 mai 1952 de la Société médico-psychologique une communication intitulée « Utilisation thérapeutique psychiatrique d’une phénotiazine d’action centrale sélective », à propos des premiers résultats obtenus avec la chlorpromazine (Mauppin dir., 2020, p. 204). Jean Delay organise en 1955, un colloque international de psychiatrie intitulé « chlorpromazine et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique », pour faire le bilan sur ces deux molécules, sur leur administration aux patients dans le cadre d’une cure neuroleptique, sur leurs effets neurophysiologiques et psychophysiologiques, sur les hypothèses à propos de leur mode d’action. Dans le discours inaugural rapporté dans *l’Encéphale* il explique que « le concept de neurolepsie s’oppose au concept de choc », car il s’agit de calmer, de susciter une trêve dans l’organisme, une détente, au lieu de mettre l’organisme en alarme par un choc : de ce fait ces médicaments sont présentés comme le nouveau traitement des états maniaques de la psychose maniaco-dépressive alors que les électrochocs resteraient le traitement par excellence de « l’accès mélancolique anxieux » de cette psychose (Delay, 1955, pp. 303-304). La « cure neuroleptique » relève des traitements sédatifs, mais sans provoquer la baisse d’activité vigile recherchée par d’autres traitements comme la cure de sommeil, ou l’effet paralysant suscité par certains médicaments. Delay et Deniker la pratiquent sur des patients depuis 1952. Delay appelle de ses vœux des recherches pour découvrir d’autres molécules qui pourraient avoir des effets similaires, et plus généralement thérapeutiques sur les patients avec troubles psychiatriques.

149 Ancien interne de Jean Delay devenu directeur de son service de consultations externes, et du laboratoire de biologie de la clinique universitaire (Mauppin dir., 2020, p. 225-230)

150 Terme inventé en 1950 par Jean Thuillier, alors en thèse sous la direction de Jean Delay (Mauppin dir., 2020, p. 226)

151 Henri Baruk récapitule la carrière de Delay : recherches aux confins de la neurologie et de la psychiatrie, étude des traitements de choc et du syndrome biologique de l’électrochoc, étude des dérèglements de l’humeur et modifications de la thymie, étude des méthodes et tests psychométriques auxquels se consacre son élève Pierre Pichot, développement de la psychologie médicale. « *Mais c’est surtout grâce au développement de la psycho-pharmacologie que le Professeur Jean Delay a acquis une célébrité mondiale. Son élève Thuillier, pharmacologiste et psychiatre de grand talent, s’est consacré à ce problème et dirige maintenant dans la clinique de Sainte-Anne un centre de recherches remarquable de psychopharmacologie dépendant de l’INSERM.* » Baruk ajoute : « *L’expansion de la psychopharmacologie a redonné à la psychiatrie française de notre époque un rôle de premier plan.* » (Baruk, 1967, p. 120-121)

152 Jean Thuillier écrit : « *Si l’on considère au début du XX^e siècle la Salpêtrière comme le foyer de la recherche neurologique avec Jean Martin Charcot, le Centre psychiatrique Sainte-Anne créé par Napoléon III en 1863 et inauguré en*

suite une classification des molécules psychotropes. Si le traitement par électrochocs demeure le traitement préférentiel des états mélancoliques, les antidépresseurs se révèlent assez vite efficaces sur tous les types d'états dépressifs, ce qui va accélérer leur unification dans la nosologie. C'est le moment où se mettent en place les grandes lignes de la clinique contemporaine des états dépressifs¹⁵³ : s'ils ne peuvent être traités en psychiatrie de ville ou en ambulatoire par médicaments, combinés ou non avec une psychothérapie, mais nécessitent une hospitalisation, alors il y a évaluation de la gravité du syndrome dépressif et de la nécessité ou non d'écourter la durée d'hospitalisation pour décider de l'emploi des électrochocs, et ces derniers sont également employés si l'état dépressif est résistant aux médicaments¹⁵⁴. Les générations successives d'antidépresseurs s'accompagnent d'hypothèses sur le mécanisme d'action des médicaments et corrélativement sur l'étiologie biologique des états dépressifs : par exemple, l'hypothèse du dysfonctionnement du système monoaminergique, suscitée par le lien entre l'effet antidépresseur de certains médicaments et leur effet sur les monoamines cérébrales (Colonna et coll., 1978).

Les psychiatres de « l'école de Sainte-Anne », la tradition de clinique et de recherche fondée par Delay et Deniker, jouent un rôle important dans cet affinage de la clinique des états dépressifs. Par exemple, Daniel Ginestet, formé par ces deux professeurs, spécialiste de la dépression, est l'auteur en 1975 d'une étude intitulée « Limites d'efficacité et de tolérance

1867 fut au milieu de ce même XX^e siècle et pendant dix ans, de 1952 à 1963, le centre médical français qui donna l'essor aux progrès actuels des sciences neurologiques et psychiatriques. » (Mauppin, 2020, p. 230)

¹⁵³ Par exemple une étude menée par quatre psychiatres à l'hôpital d'Auch essaye de déterminer si la chimiothérapie de la dépression (son traitement par des médicaments antidépresseurs, IMAO et iminodibenzyles), est plus ou moins efficace que la sismothérapie, non seulement à court terme, lors de l'hospitalisation, mais aussi à plus long terme, dans l'amélioration du cours de la maladie : c'est une étude longitudinale, qui consiste à faire des statistiques sur quatre groupes de patients dont l'hôpital détient des dossiers, depuis avant l'arrivée de la sismothérapie en 1942 jusqu'à la date où l'étude est menée soit 1968, la période étant marquée par l'introduction des antidépresseurs en 1957 (Gayral, Raymondis, Schecktmann, Privat, 1969). Un premier groupe est formé de patients soignés uniquement par sismothérapie, un second groupe de patients soignés uniquement par chimiothérapie, un troisième groupe de patients soignés par les deux types de traitement et un quatrième groupe de patients n'ayant reçu aucun des deux traitements. La sismothérapie est utilisée dans les cas les plus graves, ou bien lorsqu'on souhaite un rétablissement rapide et, commence à être, sur la fin de la période, utilisée dans les cas où les médicaments ont échoué. Cette méthode raccourcit les temps d'hospitalisation et n'a pas d'effet sur la durée des « intervalles lucides », périodes de rémission qui se terminent par une rechute. Les médicaments, introduits au cours de la période ou bien sur des patients ayant déjà auparavant subi des électrochocs, ou bien sur des patients n'en ayant pas subi, semblent raccourcir de manière comparable la durée d'hospitalisation, mais raccourcir également la durée des intervalles lucides. Le temps d'hospitalisation le plus court est obtenu en combinant médicaments et électrochocs.

¹⁵⁴ La sismothérapie continue d'être pratiquée pour la psychose maniaco-dépressive et ne devient un traitement de dernier recours de ce trouble, puis de son successeur le trouble bipolaire, que suite à l'entrée dans la clinique du lithium que dans les années 1970 : ce produit commence alors à être utilisé pour stabiliser l'humeur alors qu'il était déjà utilisé en médecine pour d'autres finalités, et sous forme de sels de lithium pour calmer les états maniaques depuis la fin des années 1940 (Postel et Quételet, 1994, p. 416).

des médicaments antidépresseurs » : le terme de « dépression résistante » est introduit pour catégoriser les dépressions sur lesquelles les médicaments restent sans effet, auxquelles on commence à réserver la psychothérapie, mais les critères définissant si un médicament est efficace ou non restent encore à définir précisément (Ginestet 1975, p. 205). D'autres élèves de Delay et Deniker continuent de développer la psychopharmacologie à Sainte-Anne, notamment les antidépresseurs, en lien avec la régulation de l'humeur et des autres pôles symptomatologiques de la dépression : la synthèse de Moussaoui sur la « Biochimie de la dépression », en 1978, qui fait le point sur les connaissances à propos du métabolisme des monoamines cérébrales, la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline, leur prête un rôle dans « trois instances psychiques : le comportement et la motricité, la conscience et le sommeil, la régulation de l'humeur » (p. 194). Les psychiatres de Sainte-Anne, à la suite de Delay, conservent un intérêt tout particulier pour l'humeur : leur principale hypothèse explicative de la dépression est celle d'une perturbation du métabolisme des monoamines cérébrales, qui en rendrait compte en tant que « pathologie de l'humeur » (Moussaoui, 1978, p. 201). Les deux principales théories sont la théorie catécholaminergique (perturbation du métabolisme de la dopamine et de la noradrénaline) et la théorie sérotoninergique (diminution de l'action de la sérotonine). Or c'est parce qu'ils joueraient un rôle dans la « régulation de l'humeur » que les systèmes monoaminergiques sont jugés avoir un rôle dans la dépression : ils sont dès lors envisagés à la fois comme mécanisme explicatif et comme cible thérapeutique des antidépresseurs, les IMAO comme les tricycliques¹⁵⁵ (Moussaoui, 1978, p. 213). L'humeur est au centre des états dépressifs également dans la mesure où c'est son « inversion » qui définit le passage d'un état dépressif à un état maniaque (Ginestet, 1975, p. 207). Pichot et Delay travaillent sur la définition de la dépression, sa mesure par des questionnaires et échelles psychométriques, et ses dimensions, dont l'humeur dépressive. Des études sur les états dépressifs, et sur les effets des antidépresseurs commencent également à être menées à la Pitié Salpêtrière, notamment par Roland Jouvent et Daniel Widlöcher dans les années 1970 (voir par exemple Jouvent, Lecrubier, Puech, Frances, Simon, Widlöcher, 1977).

Les « neuroleptiques » étaient vus comme ayant un effet apaisant, sédatif, sur des états de souffrance ou d'anxiété très aiguë. Les « antidépresseurs » sont baptisés ainsi car ils se

¹⁵⁵ Les anti-dépresseurs, IMAO et tricycliques, même si leur mode d'action exact est inconnu, sont jugés être efficaces parce qu'ils augmentent le taux de monoamines cérébrales, c'est-à-dire la concentration de sérotonine ou de catécholamines au niveau des synapses, l'explication de la dépression étant schématiquement un déficit de ces monoamines cérébrales. Ces théories catécholaminergique et sérotoninergique sont partielles et il semble clair qu'il existe des interactions entre les différents systèmes monoaminergiques ainsi qu'entre ces systèmes et d'autres (Moussaoui, p. 212).

révèlent agir sur l'état dépressif lui-même, qui est caractérisé par l'inhibition, l'asthénie, le découragement, et éventuellement l'anxiété...donc sur son versant comportemental, ainsi que sur son versant affectif, de plus en plus désigné par la notion d'« humeur dépressive ». Dès 1964 Delay, Deniker, Perier et Verdeaux écrivent dans une étude présentant des « recherches concernant de nouvelles techniques d'utilisation des chimiothérapies antidépressives » : « *Les recherches et les résultats de la psychopharmacologie ont permis de mettre en valeur, depuis quelques années, l'action élective de certains composés chimiques sur l'humeur dépressive et sur la régulation thymique.* » (Delay, Deniker, Perier, Verdeaux, 1964, p. 485). Ce versant affectif peut être « redressé », voire « inversé » sous l'effet des médicaments. En 1975, Ginestet, Deniker et Lôo, publient une étude intitulée « Médicaments psychotropes et mécanismes de régulation de l'humeur » : les antidépresseurs ont « *une activité thymo-analeptique ou de redressement de l'humeur dépressive qui peut aller jusqu'à une véritable inversion euphorique de l'humeur, laquelle caractérise aussi bien l'action du médicament que la nature du dérèglement dont souffre le patient* » (Ginestet, Deniker, Lôo, 1975, p. 360).

En 1979 un colloque international de psychiatrie présidé par Deniker porte sur « l'approche moderne des troubles de l'humeur ». Les aspects cliniques des désordres de l'humeur y sont abordés avec notamment la présentation du concept de dépression masquée par Kielholz, mais aussi les aspects pathogéniques de ces troubles, qui concernent à la fois la biochimie, la génétique et la psychodynamique Enfin des traitements des dérèglements de l'humeur sont présentés, par exemple un classement des antidépresseurs est présenté par Lôo, et la place de ces traitements dans la thérapeutique fait l'objet d'une conférence de Moussaoui. L'« école de Sainte-Anne » y est donc largement représentée, et avec elle de la notion de « trouble de l'humeur ». La caractérisation clinique des états dépressifs et l'évaluation de l'efficacité des antidépresseurs ne se limitent pas à l'humeur dépressive, même si elle est centrale. La notion de « dépression masquée » pointe l'existence de dépressions sans versant affectif, se traduisant dès lors par un état dépressif uniquement sur le plan cognitif et comportemental : la notion est cependant introduite pour désigner par-là un cas atypique de dépression, ce qui sous-entend que le versant affectif, l'humeur dépressive, est normalement présent. Kielholz est parti du constat de l'efficacité des antidépresseurs sur des états dépressifs ne se manifestant pas par des états affectifs (Kielholz 1962, p. 403) et a élaboré cette notion de « dépression masquée » (Kielholz, 1973) : l'absence du versant affectif pourrait faire ignorer la présence d'une dépression, mais celle-ci est bien présente par ses aspects cognitifs et comportementaux, sur lesquels les médicaments agissent. La « dépression

masquée » est cependant l'exception qui confirme la règle : si la dépression ne se limite pas à son versant affectif, celui-ci est pourtant envisagé comme son symptôme central et distinctif, pour le diagnostic comme pour la prise en charge thérapeutique. C'est ce que reflète la notion de « trouble de l'humeur », appliquée à la dépression tandis que celle-ci remplace peu à peu la mélancolie dans la nosologie, ce versant affectif étant « l'humeur dépressive ». Mais cette « humeur dépressive » tend à être assimilée à une forme de tristesse.

- L'assimilation de l'humeur à la tristesse dans l'élaboration de la définition de la dépression comme « trouble de l'humeur »

En 1980, le DSM-III remplace la catégorie « mélancolie » par celle de « dépression », faisant de celle-ci une nouvelle catégorie de la nosologie psychiatrique à l'échelle internationale. Ce manuel adopte une définition clinique descriptive¹⁵⁶, par liste de symptômes, des différents troubles psychiatriques, en s'appuyant sur les critères de Feighner¹⁵⁷, précédemment élaborés pour objectiver un certain nombre de diagnostics psychiatriques à des fins de recherche (Callahan & Berrios, 2005, p. 128). La définition clinique de la dépression ne donne pas lieu à une distinction entre des types d'états dépressifs, mais celle-ci se maintient dans une certaine mesure dans la psychiatrie française¹⁵⁸. La dépression est définie comme un « trouble de l'humeur », à partir de l'épisode dépressif dont le symptôme central est « l'humeur dépressive » (Pichot et al., 1983, p. 232-234). Si l'école

¹⁵⁶ Ce manuel adopte une approche descriptive, définissant les catégories de troubles psychiatriques par des listes de symptômes, afin de les objectiver indépendamment des différents arrière-plans théoriques qui s'affrontent en psychiatrie (Demazeux, 2013) : il rompt notamment avec la psychanalyse, dont il abandonne le lexique, en particulier la notion de « névrose », qu'elle s'était appropriée en un sens spécifique. La notion de « mélancolie » est dans une certaine mesure écartée pour la même raison.

¹⁵⁷ La définition de l'épisode dépressif dans le DSM-III puis dans les rééditions successives du manuel s'appuie sur les « critères de Feighner » développés à l'université de Washington à Saint-Louis par une équipe de psychiatres pour opérationnaliser les concepts cliniques en vue de préciser la nosologie et d'uniformiser le diagnostic entre les cliniciens : l'article de Feighner de 1972, le plus cité en psychiatrie, donne des critères de quatorze troubles mentaux dont les troubles affectifs (Feighner et al., 1972).

¹⁵⁸ Lantéri-Laura écrit au début des années 2000 : « Les dépressions peuvent être primaires, quand elles constituent dès le début l'essentiel de la pathologie, ou secondaires, quand elles apparaissent chez des sujets déjà atteint d'une pathologie psychiatrique. Les dépressions primaires peuvent s'avérer endogènes ou exogènes (réactionnelles). Les dépressions primaires endogènes peuvent correspondre soit à la mélancolie de la psychose périodique maniaco-dépressive, soit à la mélancolie de la forme monopolaire. Les dépressions primaires exogènes peuvent être réactionnelles, névrotiques ou d'épuisement. Les dépressions secondaires peuvent dépendre, soit de nouveaux troubles mentaux préexistants, soit d'étiologies somatiques diverses. Même s'il apparaît un peu schématique, et s'il reprend, mais de façon purement clinique, la distinction entre endogène et exogène, cet arbre dichotomique permet au moins de situer exactement ce qui correspond aux legs que nous a transmis l'histoire de la psychiatrie et ce qui dépend de préoccupations plus actuelles. Mais nous y observons clairement que si la mélancolie y conserve une place, avec ses aspects monopolaires ou bipolaires, elle ne constitue plus que l'une des espèces d'un genre qui s'appelle la dépression. » (Lantéri-Laura, 2003, p. 46-47).

française, notamment Sainte-Anne, a eu une influence à cet égard, « l'humeur » ne semble pourtant pas avoir ici le sens spécifique que lui donnait Delay, comme disposition affective fondamentale gouvernée au niveau du cerveau thymique : elle est plutôt comprise comme un état affectif diffus, le manuel de l'APA adoptant la notion de « trouble affectif » et non de « trouble de l'humeur ». Or l'édition française du DSM-III, réalisée par Pichot, ajoute un astérisque à côté du titre de chapitre « Troubles affectifs* (troubles thymiques) », pour renvoyer à la note suivante :

« Le terme descriptif véritable devrait être « Troubles de l'humeur » ; toutefois l'usage commun et la continuité historique plaident en faveur du terme « troubles affectifs ». N.D.T. : L'expression « Troubles thymiques » est plus employée en France que celle de « Troubles affectifs » qui, logiquement, devrait englober les Troubles anxieux. » (Pichot et al., 1983, p. 223)

Pichot souligne que si la notion de « troubles affectifs » pourrait s'étendre aux troubles anxieux, qui mettent aussi en jeu des états affectifs, celle de « troubles de l'humeur » est propre aux troubles dépressifs et maniaques : en faisant référence à l'emploi de l'expression « troubles thymiques » par les cliniciens français, il suggère donc un sens spécifique de la notion d'humeur, qu'on peut supposer être celui de la disposition affective fondamentale gouvernée par le cerveau thymique, dont le dérèglement avait été mis au cœur des états dépressifs et maniaques par Delay.

Dans sa conférence au colloque international de psychiatrie de 1979 sur l'approche moderne des troubles de l'humeur, intitulée « Nosologie moderne des troubles de l'humeur », Deniker avait déclaré :

« L'humeur dont nous allons étudier les dérèglements est un mot assez exactement traduit par l'anglais « mood ». Au contraire, le vocable « affective » évoque en français l'affectivité, qui est sentimentale. La définition américaine renvoie au mot « affect », qui serait une émotion. Cependant le glossaire du manuel de l' A. P. A. distingue l'affect de l'humeur en termes de durée : « l'affect est à l'humeur ce que le temps qu'il fait est au climat ». (Deniker 1979, p. 408)

La conception française de l'humeur, de Delay et Deniker, est donc bien celle d'une disposition affective, le « climat », qui se manifeste par les états affectifs occurrents, correspondant à la « météo ». Cependant l'humeur ainsi conçue ne se traduit pas que par des états affectifs : elle a d'autres manifestations, si bien que son dérèglement peut expliquer d'autres aspects de la symptomatologie dépressive, somatiques, comportementaux et même cognitifs. Des dérèglements physiologiques s'ajoutent à la modification fondamentale de l'humeur, mais d'autres la traduisent directement : « la perte d'énergie, fatigabilité, lassitude », « l'agitation ou ralentissement psycho-moteur », la « perte de l'intérêt ou du

plaisir », les « *sentiments de culpabilité* », les « *plaintes sur la diminution des capacités intellectuelles* » et les « *idées de mort ou tentatives de suicide* » (Deniker, 1979, p. 408-409). L'épisode dépressif et l'épisode expansif (maniaque) sont définis respectivement par une humeur dysphorique, déprimée, triste, etc. et par une humeur expansive (ou irritable). L'installation de cette humeur doit constituer une modification foncière par rapport au fonctionnement psychique habituel en même temps que cette humeur s'accompagne d'au moins quatre symptômes dans une liste de sept ou huit concernant les activités sociales, sexuelles, physiques, le fonctionnement somatique (sommeil, appétit...), le fonctionnement intellectuel (fonctions cognitives, idées...), le comportement (agitation, ralentissement, tendance à parler...). L'humeur apparaît comme un fort élément d'unification nosologique puisque Deniker affirme :

« Même si les troubles de l'humeur ne se définissent pas en quelques mots, il s'agit d'un groupe nosologique assez cohérent et homogène pour permettre l'utilisation de définitions opérationnelles et de classifications assez rigoureuses, ce qui n'est pas le cas de la plupart des autres groupements de la pathologie mentale. » (Deniker, 1979, p. 408)

Mais dans l'élaboration de la notion de « trouble de l'humeur », au cours des années 1960 et 1970, en France et dans la psychiatrie internationale, « l'humeur dépressive » est souvent assimilée à un état affectif diffus qui serait une forme de tristesse, au lieu que celle-ci n'en soit qu'une des manifestations possibles.

En France, dans le manuel de Brisset, Ey et Bernard (Brisset et al., 1960), surnommé la « Bible » des psychiatres pendant plusieurs décennies¹⁵⁹ au chapitre III, « États dépressifs et crises de mélancolie », l'état dépressif est ainsi caractérisé : « *L'élément sémiologique élémentaire est un aspect phénoménologique caractérisé par un trouble, un affaissement de l'humeur (thymie) qui devient triste.* » (Brisset et al., 1960) Les « crises de mélancolie », définies ici comme des états dépressifs spécifiques, se caractérisent pourtant par l'importance prise par la tristesse ou douleur morale en plus de l'état de dépression psychomoteur : « *La crise de mélancolie qui s'oppose presque point par point à la manie est un état de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices.* » (Brisset et al., 1960) Dans la description clinique de l'état dans lequel un accès mélancolique plonge le sujet, le manuel

¹⁵⁹ Faisant d'Henri Ey le « pape » de la psychiatrie française, plus encore que son séminaire à Sainte-Anne, et même une figure incontournable de la psychiatrie mondiale (Mauppin dir., 2020, p. 189-192)

distingue d'une part « *l'inhibition et l'aboulie* », et d'autre part « *les sentiments dépressifs* » qui incluent « *un état de tristesse profonde* », et une « *douleur morale* » (Brisset et al., 1960).

Dans les échelles de mesure internationales, l'humeur dépressive semble également conçue comme une forme de tristesse. Le *Beck depression inventory* appelle « *humeur rapportée* » le critère de l'humeur, et l'identifie par cinq réponses possibles : « *Je ne me sens pas triste.* », « *Je me sens triste ou déprimé.* », « *Je me sens triste ou déprimé tout le temps et je n'arrive pas à m'en détacher.* », « *Je suis si triste ou malheureux que c'est vraiment douloureux.* », « *Je suis si triste ou malheureux que je ne peux pas le supporter.* » (Beck et al., 1961). La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* identifie les principaux symptômes de la dépression au premier rang desquels l'humeur dépressive, les sentiments de culpabilité et de dévalorisation, les sentiments d'impuissance et de désespoir, le ralentissement psychomoteur, la perte d'appétit et les perturbations du sommeil (Radloff, 1977, p. 386) en mettant l'accent sur la composante affective qu'est l'humeur dépressive (Radloff, 1977, p. 385). Le but de cette échelle est d'être aussi sensible que possible à l'état actuel de la personne qui répond au questionnaire (Radloff, 1977, p. 397). L'analyse factorielle en composantes principales de l'échelle identifie quatre facteurs qui sont « *l'affect dépressif* », « *l'affect positif* », « *le ralentissement de l'activité et les symptômes somatiques* », « *les relations interpersonnelles* » (Radloff, 1977, p. 397) : l'affect dépressif est évalué par quatre affirmations sur les vingt (dont il faut dire sur combien de jours elles ont été vraies au cours des sept derniers jours), qui sont « *Je ne me sentais pas de sortir de la déprime même avec l'aide de ma famille ou de mes amis.* »¹⁶⁰, « *Je me sentais déprimé.* »¹⁶¹, « *J'avais des crises de larmes.* »¹⁶², « *Je me sentais triste.* »¹⁶³ (Radloff, 1977, p. 387).

Le DSM-IV, publié en 1994, adopte l'appellation « *trouble de l'humeur* » même dans sa version en anglais (« *mood disorder* »), mais « *l'humeur dépressive* » y est décrite comme une *humeur triste* : le sujet « *se senti triste ou vide* », « *pleure* » (Guelfi et al., 1996, 385). Elle est donc tout de même assimilée à un état affectif diffus qui est une forme de tristesse. Ainsi lors de l'élaboration de la définition de la dépression comme un « *trouble de l'humeur* »,

¹⁶⁰ « *I felt that I could not shake off the blues even with the help from my family or friends.* »

¹⁶¹ « *I felt depressed.* »

¹⁶² « *I had crying spells.* »

¹⁶³ « *I felt sad.* »

« l'humeur dépressive » finit par ne plus tant être entendue suivant l'acception spécifique de disposition fondamentale que lui donnait Delay, que comme un état affectif global ou diffus, qui de plus est assimilé à la tristesse.

2. La dépression, un « trouble de l'humeur » ? (années 1980 à aujourd'hui)

La définition clinique de la dépression donnée dans le DSM-III s'accompagne d'un abandon progressif des recherches visant à fonder une distinction entre des types d'états dépressifs, dans la clinique ou dans l'étiologie. En 1981, Pichot publie dans *L'Encéphale* une étude intitulée « Actualisation du concept de dépression » dans laquelle il affirme que les études menées au cours de la décennie précédente sur la dépression conduisent à abandonner les types de dépression ou d'états dépressifs : ils étaient précédemment distingués en fonction d'hypothèses étiologiques qui n'ont pas été confirmées, et n'ont pas non plus pu être définis par des critères symptomatologiques fiables. Sa propre étude invalide la dichotomie entre dépressions « endogènes » et « psychogènes », c'est-à-dire « névrotiques » : aucune des deux étiologies supposées n'a pu être démontrée scientifiquement, et des études statistiques à grande échelle montrent qu'il n'y a pas là non plus deux types bien distincts de dépressions d'un point de vue symptomatologique (Pichot, 1981). Pichot écrit que « *ce que cette étude démontre avant tout, est que le concept de dépression névrotique n'a aucune homogénéité, variant d'un psychiatre à l'autre, chacun employant une combinaison personnelle de critères* » (Pichot, 1981, p. 314). Dans l'ignorance où l'on se trouve de l'étiologie exacte des états dépressifs, l'approche clinique descriptive lui semble la plus raisonnable, la seule qui puisse produire des définitions scientifiquement établies, grâce à l'opérationnalisation des concepts cliniques par des outils de mesure, et aux statistiques collectées en utilisant ces derniers : il loue le DSM-III (Pichot, 1981). En 1987 Pichot préside un colloque international sur les concepts s'appliquant aux états dépressifs, où il insiste, d'après le rapport de Madeleine Postel, sur la seule distinction entre états dépressifs unipolaires et bipolaires (Postel, 1986, p. 429) : cette distinction porte les états dépressifs s'inscrivant dans un trouble dépressif par opposition aux états dépressifs s'inscrivant dans un trouble bipolaire, dont on pourrait parfois observer une phase dépressive sans avoir encore observé d'épisode maniaque (Postel, 1986, p. 431).

Dans cette définition clinique unifiée de la dépression, « l'humeur dépressive » désigne assez largement le « ressenti », donc l'aspect subjectif, principalement affectif, des états dépressifs. Dans une version modifiée de la *Hamilton rate scale*, le premier item, intitulé « humeur dépressive » comporte trois questions qui sont « Comment vous êtes-vous senti récemment ? »¹⁶⁴ puis « Vous êtes-vous senti avec un moral bas, morose ou déprimé ? »¹⁶⁵ et enfin « Quelle proportion du temps vous êtes-vous senti ainsi au cours de la dernière semaine ? »¹⁶⁶ (Miller et al., 1985, p. 137). La seconde section, intitulée « qualité distincte de l'humeur » comporte trois questions qui sont « Pouvez-vous décrire un peu plus vos ressentis ? »¹⁶⁷, « Est-ce que ce ressenti est différent du ressenti que vous auriez eu après avoir lu une histoire émouvante (ou vu un film émouvant) ? »¹⁶⁸, « Est-ce que ce ressenti est différent du ressenti que vous auriez eu ou que vous avez eu après la mort de quelqu'un de proche ? »¹⁶⁹ (Miller et al., 1985, p. 137).

Symptôme central de l'épisode dépressif, l'humeur dépressive ne saurait pourtant résumer à elle seule la symptomatologie de la dépression ou même sa symptomatologie affective. Les psychiatres de Sainte-Anne et la Salpêtrière réalisent en 1982 une « enquête sur les états dépressifs en médecine générale » pour tenter d'apprécier des différences dans la symptomatologie dépressive (Cremniter, Delcros, Guelfi, Fermanian, 1982) : cette enquête réalisée à Paris, en banlieue et en province, veut dégager les caractéristiques cliniques et thérapeutiques principales des patients déprimés. Les trois principaux symptômes de ces états dépressifs légers sont l'insomnie, l'anxiété et l'asthénie ; ensuite viennent « les signes de dépression de l'humeur (tristesse, crise de larmes, désintérêt) » et ensuite seulement l'inhibition, le ralentissement, les symptômes névrotiques, etc. (Cremniter, Delcros, Guelfi, Fermanian, 1982, p. 529). L'étude met en évidence trois grands syndromes : un syndrome regroupant « les symptômes d'humeur dépressive, réunissant des symptômes comme la tristesse, la douleur morale, les idées de mort et le découragement », un syndrome de

164 "How have you been feeling recently?"

165 "Have you felt low in spirits, gloomy, or depressed?"

166 "What percentage of time over the past week have you felt this way?"

167 "Can you describe your feelings a bit more?"

168 "Is this feeling different from the feeling you might get or have had after reading an emotional story (or seeing an emotional movie)?"

169 "Is it different from the feeling you might get or have had after someone close to you has died?"

« *ralentissement psycho-moteur, avec des symptômes tels que l'inhibition, le retrait relationnel et les troubles de la mémoire* », et un syndrome réunissant « *les signes d'excitation, le nervosisme et de déséquilibre* » (p. 529). Ainsi regroupés en syndromes, l'humeur dépressive d'une part et le ralentissement psychomoteur d'autre part apparaissent tout de même fréquents (p. 529), avec en outre une forte corrélation entre les deux (p. 533). Le versant affectif de ces états dépressifs voit coexister la tristesse avec le découragement, les deux étant secondaires par rapport à l'anxiété, et à des symptômes non affectifs que sont l'insomnie et l'asthénie. Ainsi, même si l'humeur dépressive désigne le versant affectif des états dépressifs, elle n'inclut pas l'anxiété qui est signalée à part, et de plus elle ne se résume pas à la tristesse et n'est pas nécessairement au premier plan des états dépressifs.

Par conséquent, si est assimilée à la tristesse, « l'humeur dépressive » ne peut pas apparaître comme un symptôme nécessairement central dans l'épisode dépressif : définissant cette humeur comme une « humeur triste », le DSM-IV a recours à un deuxième symptôme central de l'épisode dépressif, la perte d'intérêt et de plaisir, un seul de ces deux symptômes étant nécessaire, de sorte qu'il semble désormais pouvoir y avoir des épisodes dépressifs sans « humeur dépressive » (Guelfi et al., 1996).

Je vais tout d'abord mettre en évidence l'ambiguïté de cette notion d'humeur dans la définition de la dépression comme un « trouble de l'humeur », à travers les travaux des psychiatres de Sainte-Anne et la Salpêtrière sur l'humeur dépressive. Puis je vais m'intéresser à des conceptions alternatives de la dépression ayant émergé ensuite, centrées respectivement sur le pôle comportemental et sur le pôle cognitif, à travers les travaux des psychiatres de la Salpêtrière, notamment Widlöcher. Je vais souligner que le rejet de la notion de « trouble de l'humeur » peut s'expliquer en partie par l'assimilation de l'humeur dépressive à la tristesse, celle-ci n'étant effectivement pas présente dans tous les tableaux dépressifs donc pas susceptible de définir la dépression.

a. L'ambiguïté de la notion d'humeur dépressive dans la définition de la dépression comme un « trouble de l'humeur »

Dans le DSM-III de 1980 où elle est définie comme un « trouble affectif », la dépression devient une catégorie à part entière de trouble mental, avec pour symptôme central

l'humeur dépressive. Dans le DSM-IV de 1994 un autre symptôme est central : c'est la perte d'intérêt et de plaisir (Guelfi et al., 1996). Elle correspond à ce que Ribot avait nommé en 1896 « anhédonie », pour faire le pendant de l'analgésie qui est la perte de la capacité à ressentir de la douleur (Loas & Pierson, 1989 ; Ribot, 1896, p. 54). Mais pour les psychiatres de Sainte-Anne et la Pitié-Salpêtrière, l'anhédonie est un aspect de l'humeur dépressive : elle est plus précisément un des aspects de l'émoussement affectif, qui est lui-même une composante de cette humeur (Loas & Pierson, 1989, p. 710). Les autres composantes en seraient la dysphorie et la tristesse (Jouvent et al. 1987). En revanche dans le DSM, l'anhédonie est distinguée de l'humeur dépressive (Loas & Pierson, 1989, p. 710). Il y a donc un décalage entre le lexique des cliniciens français, et le lexique des classifications internationales : pour les psychiatres français, la notion d'humeur dépressive ne désigne pas simplement un état affectif diffus, une forme de tristesse, mais est plus large, incluant ainsi des aspects affectifs variés mais aussi des aspects plus « motivationnels » ou comportementaux. Cette conception de l'humeur propre à la psychiatrie semble encore due aux notions d' « humeur » et de « dérèglement de l'humeur » introduites par Delay.

Les cliniciens de la Salpêtrière la partagent avec ceux de Sainte-Anne. L'échelle de mesure de l'humeur dépressive mise au point par Jouvent, Hardy, Bouvard, Braconnier, Roumengous, Grasset, et Widlöcher à la Salpêtrière, présentée dans *l'Encéphale* en 1987, est polydimensionnelle : l'humeur dépressive est divisée en composantes. Ces cliniciens construisent cette échelle à partir de 52 patients vérifiant les critères de l'épisode dépressif majeur du DSM III (Jouvent et al., 1987). Leur objectif est simple : clarifier et opérationnaliser le concept clinique d'humeur dépressive, en faisant « *l'inventaire des composantes émotionnelles de la sémiologie dépressive* », et non développer une nouvelle échelle de mesure de la dépression (Jouvent et al., 1987, p. 233). Ils partent du constat suivant : « *Tant sur le plan des critères diagnostiques que sur celui de l'évaluation des traitements, la notion d'humeur dépressive est souvent employée dans des sens différents, même si elle peut recueillir un consensus de plusieurs cliniciens lorsqu'ils sont réunis.* » (Jouvent et al. 1987, p. 233) Leur échelle d'humeur dépressive (EHD) se présente comme la première pour mesurer spécifiquement l'humeur dans la dépression (Jouvent et al., 1987, p. 234). Cette échelle connaît ensuite des versions adaptées à la mesure de la symptomatologie dépressive en combinaison avec d'autres pathologies comme la sclérose en plaques (Radat, Lafittau, Ouallet, Brochet, Jouvent, 2007).

L'échelle a été élaborée en plusieurs étapes : un premier inventaire des manifestations cliniques de l'humeur dépressive, telles que recensées par les travaux de l'école française de psychiatrie, une application de cette échelle à une vingtaine de patients, une révision de l'échelle, une nouvelle application de celle-ci et une analyse statistique des résultats. Les 52 patients chez qui la deuxième version de l'échelle a été appliquée étaient par ailleurs évalués par l'échelle globale de dépression d'Hamilton (Hamilton, 1986) et l'échelle de ralentissement dépressif (Widlöcher, 1981a). L'échelle d'Hamilton comporte déjà un item portant sur « l'humeur », et une corrélation globale est observée entre le score à cet item et le score à l'échelle d'humeur dépressive (EHD) que Jouvent et collègues tentent de mettre au point. L'EHD comporte 16 items, dont deux portent sur la tristesse de l'humeur (1. *Humeur triste observée*, et 7. *Humeur triste ressentie*), et un sur la douleur morale, un autre sur l'humeur agressive et irritable, quatre sur l'émoussement affectif (2. *émoussement affectif observé*, 8. *indifférence ressentie aux événements agréables*, 9. *indifférence ressentie aux événements désagréables*, 12. *Monotonie affective ressentie*), trois sur l'anhédonie (4. *Inadhésion affective immédiate observée à une évocation agréable ou désagréable*, 14. *Inadhésion affective immédiate ressentie à une évocation agréable ou désagréable*, 15. *perte de recherche du plaisir*), deux sur la labilité affective (3. *Labilité affective observée* et 13. *Labilité affective ressentie*) et trois sur l'hypersensibilité émotionnelle (5. *Incontinence affective observée*, 10. *Hypersensibilité ressentie aux événements agréables*, 11. *Hypersensibilité ressentie aux événements désagréables*) (Jouvent et al., 1987). Pour ces psychiatres, l'humeur dépressive n'est donc pas simplement une forme de tristesse, mais plutôt une dimension affective dont la modification entraîne de nombreux phénomènes affectifs notamment l'émoussement affectif, une modification de la sensibilité et de la réactivité émotionnelle (labilité), et l'anhédonie elle-même.

Comme des corrélations ne sont observables que pour des sous-ensembles d'items définissant des composantes, l'humeur dépressive est bien polydimensionnelle (Jouvent et al., 1987, p. 235) : les psychiatres distinguent un facteur de dysphorie (incluant la labilité émotionnelle, l'hypersensibilité, et l'émoussement affectif), un facteur d'humeur triste exprimée, de tristesse douloureuse, et un troisième facteur de déficit émotionnel qu'ils qualifient aussi d'émoussement affectif (basé également sur « l'inadhésion affective » et sur l'anhédonie) (p. 235). La conclusion insiste sur l'hétérogénéité de l'humeur qui révèle « *le caractère polysémique du terme humeur qui recouvre plusieurs patterns émotionnels. [...] Ainsi des attributs émotionnels très variés peuvent faire porter un jugement identique quant à*

la présence et l'intensité d'une « humeur dépressive ». Deux patients présentant des symptomatologies aussi différentes qu'une dysphorie avec labilité et un déficit affectif avec indifférence à tous les stimuli sont qualifiés de manière identique. » (p. 235). De plus la conclusion ajoute que si le facteur « dysphorie » et le facteur « émoussement affectif », incluant l'anhédonie, sont en grande partie comportementaux, le deuxième facteur, celui de l'humeur triste, correspond à un niveau d'observation différent : l'item « humeur triste observée » ne se retrouve dans aucun des deux facteurs précédents et appelle « un jugement clinique global » de la part du clinicien, tandis que les deux autres items, quant à eux subjectifs, « l'humeur triste ressentie » et la « douleur morale » relèvent également des « jugements les plus globalistes de la part du clinicien » et fondés sur « des signaux affectifs » (p. 236). La tristesse, même sous une forme diffuse qualifiée d'humeur triste, n'est donc bien, pour les psychiatres français de la Salpêtrière et Sainte-Anne, qu'une dimension parmi d'autres de de l'humeur dépressive.

Dans la version française de l'échelle de mesure de l'anhédonie de Fawcett et Clark (1983), développée par Hardy, Jouvent et collègues, l'anhédonie, qui concerne la dynamique affective plutôt que les états affectifs, est mise en avant dans la dépression, sur un pied d'égalité avec la tristesse :

« La tristesse ne résume cependant pas la sémiologie thymique des états dépressifs. À côté de ce trouble « qualitatif » de l'humeur, il est fréquent de repérer certaines modifications de la dynamique affective : indifférence, monotonie affective dans certains cas, hyperréactivité affective, labilité de l'humeur dans d'autres cas. Longtemps considérées comme secondaires, ces perturbations dynamiques ont suscité au cours de ces dernières années un regain d'intérêt. L'anhédonie, définie par T. Ribot comme la perte de la capacité à éprouver du plaisir, s'est ainsi vue attribuer une valeur diagnostique toute particulière par de nombreux systèmes de critères diagnostiques. Pour le DSM III, l'anhédonie constitue un critère aussi fondamental que la tristesse dépressive pour le diagnostic d' « épisode dépressif majeur » (critère A) comme pour celui de « trouble dysthymique » (critère C). » (Hardy, Jouvent, et al., 1986, p. 149-150)

De plus, l'anhédonie s'inscrit dans le facteur ou symptôme plus global de l'indifférence affective, en raison de la forte corrélation entre les scores de plaisir et de déplaisir des sujets déprimés comme des témoins (Hardy, Jouvent, et al., 1986, p. 153).

En cela, dans les années 1980, les cliniciens français de Sainte-Anne et la Salpêtrière sont plus proches des conceptions de la psychologie scientifique qui font de l'humeur un ensemble de dimensions de la vie affective : dans une étude sur la « Recherche de sensations et dimensions de l'humeur dans les états dépressifs », une équipe de psychiatres de la

Salpêtrière, dont Jouvent et Widlöcher, cherche des corrélations entre certaines dimensions de l'humeur et le comportement de « recherches de sensations » (Carton et al., 1992). Ils écrivent :

« En psychologie l'approche dimensionnelle des émotions considère que l'émotion n'est pas un état particulier de l'organisme, mais fait partie du processus plus général d'activation. Ces théoriciens classent les émotions sur deux axes majeurs : plaisir-déplaisir et activation-désactivation (Osgood et al., 1957; Russell, 1979, 1980). En psychopathologie, les dimensions de l'humeur dépressive mettent en relief des troubles qui portent sur ces deux dimensions : l'anhédonie (incapacité à prendre du plaisir), qui fait partie du processus plus large d'indifférence affective globale, la réactivité émotionnelle et l'expressivité émotionnelle sont des composantes qui se situent sur un axe allant du manque à l'excès de réponse. » (Carton et al., 1992, p. 568)

L'étude conclut que la recherche de sensations est moindre chez les déprimés en raison d'un moindre niveau d'activation (qui est une dimension de leur humeur dépressive), sans toutefois qu'il y ait de corrélation avec leur score global de dépression ; elle est plus forte chez les patients déprimés qui n'ont pas un faible niveau d'activation, certains ayant au contraire un niveau d'activation élevé visible dans leur hyper-expressivité émotionnelle (p. 572). Sur l'ensemble des déprimés et des non-déprimés il y a une relation négative entre recherche de sensations et déficit émotionnel (incluant le comportement et le ressenti affectif) alors qu'en revanche il y a chez les déprimés des sujets anhédoniques qui ont des scores hauts à la recherche de sensations (p. 572). Enfin les sujets avec un haut niveau d'activation, se traduisant notamment par leur hyper-réactivité émotionnelle, ont des scores plus élevés de susceptibilité à l'ennui¹⁷⁰, qui les pousse à rechercher aussi bien des sensations négatives que positives (p. 573). Les cliniciens français concluent que leur étude prouve la polydimensionnalité de l'humeur dépressive, en aucun cas assimilable à la tristesse : cette dernière apparaît comme une variation qualitative de dimensions émotionnelles multiples sous-tendant l'humeur dépressive (p. 568).

Cette conception de la tristesse comme un aspect ou une dimension de l'humeur dépressive semble répandue, au-delà de Sainte-Anne et la Salpêtrière, dans la psychiatrie française en général. Le principal représentant de la phénoménologie clinique en France dans les années 1980, Arthur Tatossian, signe en 1981 un article sur la « Phénoménologie de la

¹⁷⁰ Dont des échelles de mesure se développent également : la « boredom proneness scale », dont la version française est publiée quelques années plus tard (Gana et Akremi, 1998).

dépression » dans *L'Encéphale* où il distingue l'humeur dépressive de la tristesse : l'humeur dépressive correspond au vécu subjectif de la dépression, dont la tristesse n'est selon lui qu'un symptôme possible (Tatossian, 1981, p. 362). Pour Tatossian :

« Il faut alors se demander sérieusement si dans les états dépressifs l'humeur triste, qui en est apparemment le symptôme dominant, n'est pas accessoire, et si l'essentiel n'est pas ailleurs. » (Tatossian, 1981, p. 362) *« C'est qu'effectivement la dépression n'est pas la tristesse parce qu'elle se situe à un niveau différent de la vie psychique. La dépression est un trouble de l'humeur et la tristesse, malgré l'expression assez illégitime d'humeur triste, est un sentiment, ce qui est tout autre chose. Encore faut-il prendre le mot : humeur non pas dans son sens français un peu vague mais dans le sens allemand de « Stimmung » qui évoque son caractère fondamental, celui de l'accord, de la résonance (ou de leur absence) avec ce qui entoure le sujet, avec son monde ambiant. On ne contestera certes pas que l'humeur dépressive puisse fort souvent déboucher sur la tristesse et que l'éventualité inverse ne soit pas non plus exceptionnelle. La différence n'en est pas moins capitale et décisive quant à la thérapeutique : les médications dites antidépressives n'agissent pas sur la tristesse où, à franchement parler, le médecin ne fait pas mieux qu'un ami sincère. »* (Tatossian, 1981, p. 363)

La principale distinction que propose ensuite Tatossian est que la tristesse a un objet alors que l'humeur dépressive ne saurait avoir un objet en particulier : de ce fait la dépression, en tant que trouble de l'humeur, *« ne se concentre pas sur un objet mais s'étend à tous les objets. Et si tout, hors de soi, est mauvais, c'est que c'est le Soi qui est mauvais. Par la généralisation qui la distingue de la tristesse, la dépression comporte forcément une intériorisation et aussi une note de permanence quasi irréversible. Ce qui est en jeu dans la dépression c'est Soi-même et non un objet particulier extérieur comme dans la tristesse. »* (Tatossian, 1981, p. 363) De plus la tristesse, et la perte de dynamisme qui lui est associée, sont au niveau du psychisme, alors que l'humeur dépressive est un état à la fois somatique et psychique, d'où sa symptomatologie tout aussi comportementale et somatique qu'affective (p. 364). Tatossian conteste la notion de « dépression masquée » ou « équivalente » de Kielholz, lorsque la symptomatologie est uniquement comportementale et somatique mais non affective à première vue : suivant sa propre distinction entre humeur dépressive et tristesse, les états affectifs comme la tristesse ne sont qu'une manifestation secondaire de la dépression, tandis que le vécu de celle-ci, l'humeur dépressive, est tout aussi somatique. La dépression n'est donc pas particulièrement masquée lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'états affectifs comme la tristesse : elle reste un trouble de l'humeur, l'humeur étant somatique et comportementale autant qu'affective, et devant être bien distinguée de la tristesse, qui quant à elle n'est pas nécessairement présente.

Les conceptions de la dépression alternatives à la notion de « trouble de l'humeur », centrées sur ses aspects comportementaux et cognitifs, se comprennent dès lors d'autant mieux que l'humeur dépressive est assimilée à la tristesse, pas nécessairement présente dans la dépression.

b. La théorie du « ralentissement dépressif » de Widlöcher

En 1971, Pichot, psychiatre à Sainte-Anne, crée l'association française de thérapies comportementales, l'AFTC, qui devient l'AFTCC dans les années 1980 : ces psychothérapies abordent la dépression en ciblant sa symptomatologie comportementale et cognitive. En 1978 et 1979 c'est Widlöcher¹⁷¹, psychiatre à la Pitié-Salpêtrière, qui dirige l'AFTC. Les thérapies comportementales et cognitives¹⁷² émergent en lien avec des théories comportementales de la dépression, inaugurées par celles de Seligman et de Beck (Beck, 1979; Seligman, 1975). Ces théories s'efforcent de proposer, au-delà de la liste de symptômes par laquelle les classifications internationales définissent la dépression, une analyse fonctionnelle de celle-ci (Wilmotte et Fontaine, 1980 ; Cosminey et de Bonis, 1988). Les exemples de Pichot et Widlöcher montrent qu'elles suscitent l'intérêt des psychiatres de la Pitié-Salpêtrière et Sainte-Anne.

Les approches comportementales et cognitives se retrouvent dès lors non seulement dans la pratique clinique de ces psychiatres, Widlöcher ayant notamment créé un service de psychothérapie en lien avec le service de psychiatrie à la Pitié-Salpêtrière, mais aussi dans leurs théories, influençant notamment leur conception de la dépression et de son versant affectif. Widlöcher élabore à la Pitié-Salpêtrière sa théorie du « ralentissement dépressif » qui théorise la dépression à partir d'une explication du comportement d'« impuissance acquise » mis en évidence par Seligman (Widlöcher, 1983, p. 14-16). Il envisage la dépression comme une réponse comportementale à certaines circonstances, notamment des situations

¹⁷¹ Psychiatre et psychothérapeute, il est également psychanalyste et participe à la création de l'Association psychanalytique de France en 1964.

¹⁷² Les TCC de cette première vague des années 1970 cherchent à soigner la dépression en améliorant la régulation du comportement ; les TCC de la seconde vague, des années 1980, passeront par la régulation des cognitions, et celles de la troisième vague, dans les années 1990, se concentreront sur la régulation des émotions.

douloureuses de perte ou d'échec, réponse consistant dans un ralentissement général, que l'on observe en clinique à travers le symptôme appelé « ralentissement psychomoteur »¹⁷³ ; à l'égard de cela l'altération de l'humeur est secondaire ; enfin les médicaments sont supposés agir sur le ralentissement alors que les psychothérapies agiraient sur les états affectifs et cognitifs (Widlöcher, 1983, 2002).

Widlöcher développe cette théorie de la dépression comme s'opposant à sa conception comme un « trouble de l'humeur ». Mais suivant quelle acception de l'humeur la dépression n'est-elle donc pas un trouble de l'humeur ? Widlöcher et ses collaborateurs, tout en citant Delay, semblent en retenir une assimilation de l'humeur dépressive aux états affectifs par lesquels elle se traduit, en particulier à la tristesse. Définir la dépression par le ralentissement, qui est un symptôme comportemental, est bien une théorie alternative au fait de la définir par la tristesse ou la douleur morale : dès lors, si l'humeur dépressive est assimilée à la tristesse ou la douleur morale, cette théorie s'oppose bien à une conception de la dépression comme un « trouble de l'humeur ». Ces psychiatres développent l'échelle de ralentissement dépressif comme nouvel outil de mesure de la dépression par ce symptôme comportemental (Jouvent et al. 1980, Widlöcher, 1981a; Widlöcher & Colonna, 1980). Le ralentissement psychomoteur est « *une variable comportementale commune à tous les états dépressifs et indépendante des facteurs étiologiques* » (Jouvent et al., 1980, p. 41). Ce ralentissement psychomoteur ne devrait pas être envisagé comme une conséquence de la douleur morale, mais comme étant une réponse indépendante à certaines circonstances, susceptibles d'induire par ailleurs la douleur morale (souffrance, désespoir), qui serait entretenue par un état dépressif engendré par ce ralentissement :

« l'accord n'est pas établi sur un système comportemental, ou en d'autres termes sur un ensemble de facteurs qui définirait un processus proprement dit, constitutif d'un commun dénominateur à la variété des états cliniques observés. La notion de douleur morale ou d'hyperthymie douloureuse (J. Delay) a paru longtemps pouvoir constituer ce noyau de base des états dépressifs. L'hypothèse que nous retenons ici, demeurant fidèle à l'idée d'une telle réponse spécifique, est de retenir le ralentissement psychomoteur comme fondement d'une telle réponse. En admettant la priorité du trouble de l'humeur, on considérerait que le ralentissement n'était qu'une attitude secondaire, expression de la douleur morale et du désintérêt. Nous retiendrons l'hypothèse inverse : le ralentissement psychomoteur peut être

173 Dans la formulation de sa théorie, Widlöcher explique qu'il théorise le « ralentissement dépressif » et non le ralentissement psychomoteur. Le second est un facteur qui émerge des échelles psychométriques de mesure de la dépression, mais ne constitue pas la dépression en lui-même, car il n'est qu'un signe clinique à interpréter et qui pourrait manifester bien d'autres troubles. Le « ralentissement dépressif » est selon Widlöcher un comportement global, qui a une structure intentionnelle répondant à une situation identifiable : seule l'interprétation du ralentissement psychomoteur par le clinicien permet d'y reconnaître un symptôme de ralentissement dépressif. (Widlöcher, 1983)

considéré comme la réponse à des expériences douloureuses mais également comme la conduite qui, à son tour, crée et entretient l'état dépressif et maintient la persistance de l'état de souffrance et de désespoir. Dans cette perspective, le ralentissement constituerait une réponse biologique fondamentale facilitée par des déterminants génétiques et des facteurs psychologiques et qui reposerait sur un mécanisme neurophysiologique relativement simple, susceptible d'être modifié par les agents thérapeutiques antidépresseurs. » (Jouvent et al., 1980, p. 42)

Les arguments cliniques en faveur de cette conception sont principalement que le ralentissement est un facteur qui constitue un syndrome (c'est-à-dire dont les différentes manifestations, les différents symptômes, sont reliés) qui peut se présenter de manière isolée et qui est sensible aux antidépresseurs. L'échelle permet en effet de mettre en évidence ce syndrome « *qui comprend des éléments moteurs, idéaux, verbaux idéiques, les sensations subjectives, la richesse de la pensée, les possibilités d'investissement, la mémoire et l'évaluation du temps* » (Jouvent et al., 1980, p. 57). Il s'agirait d'« *un comportement global, homogène, fondamental, infiltrant la vie du déprimé* » (Jouvent et al., 1980, p. 57). Cette première échelle permet à Widlöcher d'élaborer une échelle définitive de ralentissement (Widlöcher et Colonna, 1980 ; Widlöcher, 1981a) qui se révèle corrélée fortement avec l'échelle de Beck et celle de Hamilton, donc être une mesure fiable de la dépression, en l'abordant par son versant comportemental.

Widlöcher met en avant d'autres aspects comportementaux voire somatiques comme étant plus centraux que la tristesse pour définir la dépression. Par exemple, dans un article sur la fatigue et la dépression, commentant les résultats de l'étude de Cremniter sur les états dépressifs en médecine générale, il écrit :

« Il fallait rassembler un grand nombre de termes synonymes ou voisins de tristesse, de pessimisme et de manque d'espoir pour arriver à un pourcentage comparable à celui que le simple terme de fatigue obtenait. » (Widlöcher, 1981b, p. 347-348).

Il s'interroge alors :

« Du fait qu'ils semblent plus sensibles à la fatigue qu'à la tristesse, faut-il en déduire que les généralistes sont plus enclins à considérer comme déprimés et à traiter comme tels les fatigués que les tristes ? » (p. 348)

Et répond :

« Ce serait sans doute aller un peu vite et d'autres études sont à faire pour approfondir cet aspect de la décision médicale. Du moins pouvons-nous déduire que la notion de trouble thymique ou de l'humeur qui relègue la fatigue au rang d'un symptôme secondaire, n'est peut-être pas pertinente lorsqu'il s'agit d'apprécier la sémiologie des dépressions mineures. » (p. 348).

C'est donc après avoir assimilé l'humeur dépressive à la tristesse que Widlöcher écarte ici la notion de « trouble de l'humeur » ou « trouble thymique » pour définir la dépression. La tristesse n'étant pas centrale dans de nombreux états dépressifs, notamment dans les « dépressions mineures », où la fatigue domine, il serait vain de chercher à définir la dépression par cet état affectif.

L'échelle de ralentissement de Widlöcher étant corrélée avec celle de Hamilton et celle de Beck pour les états dépressifs soignés en ambulatoire, ce dernier peut établir que le facteur de ralentissement, constitué du ralentissement psycho-moteur et de quelques symptômes associés, comme la fatigue, est un syndrome commun à tous les états dépressifs : non seulement les états dépressifs sévères, mélancoliques, soignés en hospitalisation par des médicaments et parfois par électroconvulsivothérapie, mais aussi les états dépressifs plus légers soignés uniquement par médicaments antidépresseurs (Collet et Cottraux, 1986).

En 1983, Widlöcher et son équipe (Jouvent, Allilaire, Frechette, Lecrubier, notamment) publient une synthèse intitulée *Le ralentissement dépressif* dans laquelle ils exposent leur conception de ce syndrome et de son rôle dans la dépression (Widlöcher, 1983). Ils y exposent également l'étude dans laquelle ils ont élaboré l'échelle de ralentissement dépressif (Jouvent et al., 1980), et l'étude dans laquelle ils ont utilisé cette échelle pour faire une analyse factorielle du syndrome (Jouvent et al., 1981). Widlöcher fait une distinction entre le « ralentissement psychomoteur », qui désigne l'aspect clinique de ralentissement de la motricité et de la pensée, et le « ralentissement dépressif », qui relie plus spécifiquement le ralentissement psychomoteur à un état de dépression (également caractérisé par des manifestations somatiques et affectives) plutôt qu'à une condition strictement neurologique par exemple (Widlöcher, 1983, p. 7-8). Le « ralentissement dépressif » est défini comme un « système d'actions » (p. 7) ou « système d'attitudes » (p. 8) qui se caractérise par le ralentissement ou le figement des activités à rythme rapide (motrices, mimiques ou mentales) ; chaque acte se rallonge parce que la dynamique qui normalement l'enchaîne à d'autres actes se paralyse (p. 11). De même les pensées ne s'enchaînent pas comme d'habitude mais se ralentissent, se disjoignent, et d'une façon générale la pensée s'appauvrit. Pour Widlöcher et ses collaborateurs, ce système général d'actions est cohérent en lui-même et vis-à-vis des facteurs environnementaux de la dépression, ce qui fait penser qu'il possède une valeur adaptative (p. 12), tandis que ses corrélats physiologiques indiquent un soubassement biologique (chapitre 5). Ils y voient « l'exagération d'un système d'attitudes qui

a une finalité adaptative » (p. 12), et qui aurait un rôle central dans « l'organisation dépressive » (p. 12), même si celle-ci possède d'autres éléments.

Dans le premier chapitre consacré à l'exposition du concept, les auteurs expliquent comment ce syndrome s'articule à la perturbation de l'humeur. Il existe selon eux deux conceptions opposées des rapports entre les deux : « *une conception qui fait du ralentissement une conséquence directe du trouble de l'humeur et une autre qui le tient pour un système autonome* » (p. 13). L'équipe de Widlöcher rejette la première parce qu'elle ne serait pas un véritable modèle explicatif de la dépression. Un tel modèle devrait expliquer l'origine du ralentissement. Or cette approche ne fait que décrire les phénomènes sur le plan de l'expérience subjective, sur lequel la douleur morale semble causer un désintérêt qui cause le ralentissement, alors que pour Widlöcher « *rien ne nous autorise à conserver cette antériorité de l'éprouvé subjectif sur l'action.* » (Widlöcher, 1983, p. 13). Pour Widlöcher, aucune de ces deux relations de causalité n'a de véritable sens. Premièrement il ne saurait y avoir une relation causale entre la douleur morale et le désintérêt : ce sont deux états subjectifs (« éprouvés subjectifs » diraient les cliniciens contemporains) donc leur enchaînement ne pourrait faire l'objet que d'une description phénoménologique. Deuxièmement le désintérêt, un état subjectif, ne saurait causer le ralentissement, car aucun état subjectif ne saurait causer un comportement : les états subjectifs ne seraient que le vécu subjectif de ce qui se déroule « objectivement » sur le plan comportemental (où l'on peut faire des vraies descriptions fonctionnelles, c'est-à-dire articuler des éléments par des relations causales). Donc le désintérêt ne serait que le vécu subjectif du ralentissement : « *Se figer c'est se désintéresser.* » (Widlöcher, 1983, p. 13). Cette théorie ne nous renseigne donc pas sur les causes du ralentissement donc n'est pas explicative selon Widlöcher.

Widlöcher ajoute alors des arguments cliniques infirmant la conception de la dépression comme un trouble de l'humeur, en assimilant humeur et douleur morale. L'argument clinique général est le suivant. (i) La clinique des états dépressifs montre depuis longtemps deux éléments (syndromes) centraux, qui sont le ralentissement et la douleur morale ou altération de l'humeur (puisqu'il assimile les deux). (ii) Or la douleur morale n'est pas toujours présente, et réciproquement on peut observer du ralentissement sans douleur morale. (iii) De plus on reconnaît bien comme des états dépressifs les cas de ralentissement sans douleur morale mais non l'inverse (par exemple le deuil). Conclusion : c'est le ralentissement dépressif qui est le syndrome central des états dépressifs, par lequel il convient de définir ces derniers. Il leur est nécessaire et suffisant, lorsqu'il atteint une certaine intensité

ou durée, étant « l'exagération d'un système d'attitudes » (Widlöcher, 1983, p. 12). La douleur morale peut également les accompagner, voire jouer un rôle dans leur évolution, mais non les définir ; elle ne leur est ni nécessaire ni suffisante.

Widlöcher développe alors la seconde conception possible de la dépression, s'opposant à sa conception en termes de douleur morale, de trouble de l'humeur : sa propre conception, qui fait du ralentissement un syndrome autonome qui est l'élément central de la dépression. Pour cela il montre que le ralentissement constitue un « système d'actions ou d'attitudes », c'est-à-dire une conduite, davantage qu'un comportement, consistant à « faire le mort », face à un danger auquel il est impossible de s'adapter autrement. Ce système d'attitudes correspond cliniquement à ce qui a également été désigné comme « inhibition » dépressive, mais Widlöcher rejette ce terme car celui-ci fait appel à l'hypothèse d'un mécanisme étiologique qui reste vague (Widlöcher, 1983, p. 7). Le ralentissement répond à une situation qui engendre de la souffrance, plus précisément une situation de perte, sa fonction est d'alléger cette souffrance. Mais le mécanisme peut devenir pathologique si le ralentissement se pérennise au point d'empêcher d'autres réponses plus adaptées aux causes de la souffrance, voire entretient cette souffrance, étant lui-même « source de malaise et d'humiliation » (p. 16). Retraçant les origines historiques du concept, Widlöcher évoque la « stupeur » de Baillarger décrite comme une « prostration et obtusion des capacités intellectuelles avec délire » (p. 18) : il y voit une forme extrême de ce ralentissement. Il attribue à Jean Delay la conception de la dépression comme un trouble de l'humeur et l'assimilation de l'humeur dépressive à la douleur morale des mélancoliques, et de manière équivalente à la tristesse ou à l'hyperthymie douloureuse : « *tous les symptômes de la dépression apparaissent comme des conséquences de cette hyper-thymie douloureuse qui exerce une véritable fonction inhibitrice sur l'ensemble de l'activité* » (p. 19). Selon Widlöcher, si les électrochocs ont bien un effet sur l'humeur ainsi entendue comme douleur morale, en revanche les antidépresseurs agissent préférentiellement sur le syndrome de ralentissement, par rapport à la symptomatologie affective. La place centrale du syndrome de ralentissement dans les états dépressifs aurait été dissimulée par l'intérêt des cliniciens pour la tristesse et la douleur morale (p. 20-21).

Dans le troisième chapitre de l'ouvrage, Jouvent met en relation le ralentissement avec les autres aspects de la dépression notamment l'humeur dépressive. Jouvent note « *l'importance du problème des relations entre humeur et ralentissement. Dans les études de psychopathologie quantitative sur les dépressions, l'humeur tient une place particulière et*

ambiguë. Elle est à la fois un préalable à la définition des dépressions et elle n'est en même temps pas retrouvée comme une dimension discriminante. » (Jouvent, in Widlöcher, 1983, p. 51) Ayant ainsi souligné l'ambiguïté de la notion d'humeur dépressive, Jouvent affirme ensuite, à la suite de Widlöcher, que le ralentissement est fondamental, la tristesse de l'humeur pouvant se manifester de façon secondaire à ce syndrome, ou être absente lorsque le syndrome est si fort qu'il empêche les fonctions affectives de générer des « éprouvés affectifs ». La conception de la dépression en termes de ralentissement psychomoteur, comme un trouble comportemental, s'oppose donc ici à sa conception en termes de « trouble de l'humeur » dans la mesure où « l'humeur » est assimilée à la tristesse. Celle-ci n'en était pourtant qu'une composante dans les études soutenant la notion de « trouble de l'humeur », où l'humeur était une disposition affective susceptible de rendre également compte des manifestations comportementales et somatiques de la dépression. Cette assimilation de l'humeur dépressive à la tristesse se retrouve également dans l'opposition des approches cognitives à la notion de trouble de l'humeur.

c. La dépression, un trouble cognitif ?

La présidence de l'AFTCC en 2002 et 2003 par Christine Mirabel-Sarron, psychiatre à Sainte-Anne du début des années 1990 jusqu'en 2020, et un temps chef de son service de psychothérapie, ainsi que les travaux de Jouvent sur la remédiation cognitive¹⁷⁴ à la Pitié-Salpêtrière, illustrent l'importance de l'approche cognitive de la dépression pour les psychiatres de ces deux hôpitaux depuis les années 1990¹⁷⁵.

Le principe des TCC est d'agir sur la symptomatologie cognitive de la dépression, notamment sur des mécanismes cognitifs qui auraient un rôle causal dans le trouble : ils

¹⁷⁴ La remédiation cognitive, vise à rétablir un fonctionnement cognitif fluide, tandis que les TCC visent plutôt des pensées négatives, qu'elles cherchent à éliminer en corrigeant des dysfonctionnements cognitifs : elle se présente comme un préalable aux TCC, ou aux psychothérapies en général (Spadone, 2008).

¹⁷⁵ On peut aussi citer Christophe André : psychiatre membre de l'unité de psychothérapies comportementales et cognitives du service hospitalo-universitaire de Sainte-Anne dans les années 1990, est l'un des principaux psychiatres français à développer les TCC au cours des années 2000. Spécialiste des troubles anxieux et dépressifs, il promeut l'utilisation de la méditation de pleine conscience dans les TCC, méthode centrale dans la « troisième vague » de ces psychothérapies. Il popularise ces thérapies en publiant une série d'ouvrages grand public des 1990 à 2010, dont certains sur la dépression ; *Dépression et psychothérapies*, 1996 ; *Petits complexes et grosses déprimés*, 2004 ; *Les Nuits de l'âme : guérir de la dépression*, 2007 ; *Émotions et psychothérapies*, 2008 ; *Petites histoires d'estime de soi*, 2009.

causeraient les perturbations affectives ou en résulteraient mais les entretiendraient en retour. Les déficits cognitifs sont considérés comme un facteur de rechute, c'est-à-dire du passage d'un épisode dépressif isolé à un trouble chronique, dans lequel le sujet subit des épisodes dépressifs successifs entrecoupés de périodes de rémission. Les TCC apparaissent comme un outil thérapeutique privilégié de la prévention des rechutes, avec les antidépresseurs :

« L'évolution naturelle d'une dépression récidivante se fait vers la répétition des épisodes dépressifs majeurs, avec raccourcissement des intervalles libres et avec un retour de plus en plus difficile vers l'état antérieur. Des taux de 50 % de récurrence après le premier épisode dépressif, de 70 % après le deuxième et de 90 % après le troisième sont retenus. [...] les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont largement démontré leur efficacité dans l'accélération de la rémission clinique et la prévention des rechutes et récurrences [21-23]. » (Mirabel-Sarron, 2011b, p. 596).

Des études prouvent effectivement une réduction très importante du taux de rechute dépressive sous l'effet des TCC (Mirabel-Sarron, 2011b, p. 600). Les TCC semblent surtout efficaces pour les dépressions légères et modérées, suivies en ambulatoire, mais aussi, en association avec les antidépresseurs, dans des dépressions plus sévères, éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation (Mirabel-Sarron, 2011b, p. 598).

Le principe de ces thérapies est d'agir sur les cognitions négatives qui entraînent les rechutes dépressives en suscitant les émotions négatives comme la tristesse, la culpabilité, le désespoir. Elles ciblent des « biais de raisonnement » générant ces cognitions, mais aussi tout particulièrement les « schémas dépressogènes » (Mirabel-Sarron, 2011b, p. 596) : des « règles de pensées apprises au cours du développement de l'individu et qui guident ses comportements et ses interactions sociales », et qui en l'occurrence favorisent la dépression en suscitant ces cognitions et émotions négatives. Les TCC changent ces règles de pensées en apprenant au sujet à ne pas s'enfermer dans les pensées négatives faisant suite à la tristesse que lui cause une situation donnée, mais à s'en décentrer pour penser à autre chose :

« Cet espace de liberté cognitive pris entre la situation vécue et le premier mode de pensée dépressif négatif permet au patient d'empêcher la rumination des pensées morbides. Il est en effet constaté que 45 % des pensées négatives sont réactivées par des états d'humeur triste, même transitoire, et que l'intrusion de ces pensées négatives entraîne une rumination et l'enclenchement d'un processus dépressif [33]. » (Mirabel-Sarron, 2011b, p. 597).

Ainsi, la symptomatologie cognitive de la dépression commence ainsi à être étudiée par psychologues et les psychiatres français dans les années 1990, par exemple concernant les problèmes d'attention liés à la dépression (Benoît et Everett, 1993). Mais ensuite, devant

l'efficacité des TCC dans les états dépressifs, les psychiatres explorent l'hypothèse d'un rôle causal des déficits cognitifs dans la dépression, évoluant ainsi vers une conception cognitive de celle-ci¹⁷⁶. En 2001, une équipe de psychiatres de la Pitié-Salpêtrière dont Widlöcher mène par exemple une étude sur « L'architecture cognitive des états dépressifs » (Nandrino, Massioui, Renault, Allilaire, Widlöcher, 2001). Cette approche cognitive se structure autour d'une conception fonctionnelle de la dépression dans laquelle des déficits cognitifs entretiennent une humeur dépressive, conçue comme un ensemble d'émotions négatives, ce qui cause la symptomatologie affective, qui entraîne la symptomatologie cognitive et comportementale de la dépression (Mirabel-Sarron, Véra, Samuel-Jeunesse, 2001 ; Plagnol et Mirabel-Sarron, 2006). A la Pitié-Salpêtrière, l'équipe de Philippe Fossati adopte aussi une telle conception, menant des études sur l'atteinte des fonctions exécutives dans la dépression, notamment l'inhibition : ces déficits empêchent le patient dépressif d'évacuer de sa mémoire de travail des pensées ou souvenirs négatifs, dits « congruents » à son humeur dépressive, ce qui empêche la régulation de celle-ci, qui entretient en retour ces déficits cognitifs (Fossati, Ergis, Allilaire, 2002 ; Lemogne et Fossati, 2012).

Une revue des méta-analyses de la littérature en psychopathologie de la dépression intitulée « la cognition au cœur de la dépression » met en évidence des déficits concernant la cognition « froide » (attention, mémoire, fonctions exécutives) et la cognition « chaude », donc les émotions, principalement avec un biais émotionnel négatif, mais aussi la cognition sociale (empathie, théorie de l'esprit) et l'estime de soi (Polosan, Lemogne, Jardri, Fossati 2016). « *Les troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives constituent le champ de la cognition « froide », qui se réfère au traitement de l'information en absence d'influence de l'émotion. L'étude de l'influence des émotions et du contenu émotionnel sur le traitement cognitif des informations représente de son côté le domaine de la cognition « chaude »* » (Polosan, Lemogne, Jardri, Fossati 2016, p. 154). Les déficits cognitifs au sens restreint de cognition « froide », qui semblent être présents dans la plupart des épisodes dépressifs et persister au-delà de la phase aiguë, concernent l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives (contrôlant des processus plus bas niveau comme la perception, la réponse motrice...) qu'on peut répartir en inhibition, mise à jour, flexibilité cognitive

¹⁷⁶ En lien avec la clinique, la psychologie scientifique et expérimentale étudie de plus en plus les rapports entre cognition et émotions ; par exemple dans l'Année psychologique on trouve depuis 2015 des études sur : « Le développement des stratégies de régulation affective au cours de l'âge adulte » (2015), les « Biais de mémorisation dans le trouble bipolaire à l'euthymie » (2015), « Les modifications du fonctionnement cognitif et émotionnel avec l'avancée en âge » (2021)...

(mémoire de travail), planification, et fluence verbale (p. 154). Les déficits d'attention sont d'autant plus marqués que les tâches sont moins automatisées et nécessitent un effort ; les déficits de mémoire sont d'autant plus marqués que la dépression est sévère, pour le rappel et la reconnaissance de matériel visuel et verbal, mais aussi pour la mémoire autobiographique¹⁷⁷ (p. 155). Les déficits des fonctions exécutives gênent le comportement dirigé vers un but, en diminuant la capacité à s'adapter au contexte, à donner une réponse flexible à l'environnement, à prendre des décisions et à planifier l'action (p. 155). Concernant la cognition « chaude », la principale anomalie dans les troubles dépressifs est un biais émotionnel négatif c'est-à-dire une tendance à avoir des émotions négatives, qui correspond à l'annulation ou à l'inversion d'une tendance envers les émotions positives que l'on rencontre chez les sujets non dépressifs (biais d'optimisme) :

« Différents travaux ont montré un biais en faveur du traitement des stimuli positifs chez les sujets sains, non-dépressifs alors que ce biais est réduit ou inversé (biais négatif) chez les patients dépressifs. Ce biais négatif de réponse favorise la perception, l'attention, l'interprétation et la mémorisation des stimuli ayant une valence émotionnelle négative chez les sujets dépressifs, traités ou non. » (Polosan et al., 2016, p. 157)

Ces psychiatres relèvent aussi des déficits des systèmes de la récompense, de l'apprentissage par renforcement et de la motivation.

Quel est alors le statut de l'humeur dépressive dans cette approche cognitive de la dépression ? Elle désigne le versant affectif de la dépression, et y joue un rôle causal bien que moins fondamental que les déficits cognitifs : elle est plutôt la conséquence des cognitions négatives elles-mêmes causées par ces déficits, mais elle entretient ces déficits en retour¹⁷⁸. Ce versant affectif de la dépression est décrit cliniquement par les dimensions transnosographiques d'émoussement affectif, d'alexithymie et d'anhédonie : l'émoussement affectif ou émotionnel est un manque d'expressivité émotionnelle, l'alexithymie est un déficit de verbalisation des émotions, l'anhédonie est une incapacité à ressentir du plaisir ou de l'intérêt (Pasquier, 2012). L'approche cognitive explique ces trois dimensions par des

¹⁷⁷ Récupération d'informations personnelles relevant de la mémoire épisodique ou sémantique.

¹⁷⁸ Deux autres approches cliniques considèrent l'humeur dépressive comme une manifestation ou conséquence superficielle de la dépression : la psychanalyse et la phénoménologie clinique. Pour la psychanalyse, l'humeur n'est que le phénomène superficiel des dynamiques intra-psychiques du moi, du surmoi, et de l'idéal du moi : une humeur dépressive traduit une vision dégradée du moi par rapport à l'idéal du moi, constatée par le surmoi, alors que l'humeur euphorique de la manie traduit un « triomphe du moi », une coïncidence du moi avec son idéal (Lambotte, 2003). Pour la phénoménologie clinique, l'humeur est également superficielle, puisqu'elle est la tonalité de l'expérience subjective qui est fonction de la configuration des rapports structuraux entre le moi et le monde (Englebert & Stanghellini, 2015).

difficultés de régulation des émotions, elles-mêmes causées par des déficits cognitifs, et causant en retour la symptomatologie cognitive et comportementale de la dépression : les émotions mal régulées constitueraient cette humeur dépressive, et entretiendraient en retour les déficits cognitifs et les cognitions négatives (Mirabel-Sarron, 2012), tout en donnant lieu à des comportements inadaptés se substituant à leur régulation adéquate, comme des conduites à risque (Bonnet et al., 2011; Bréjard et al., 2008, 2011). Cependant, la notion d'« humeur dépressive » semble osciller entre un état d'« insensibilité émotionnelle » (Rottenberg, 2005; Rottenberg et al., 2005) et une forme de tristesse. En effet, si elle se traduit par l'émoussement affectif, l'alexithymie et l'anhédonie, c'est parce qu'elle se traduirait par une baisse globale des émotions y compris négatives, d'où la notion d'« insensibilité émotionnelle » (Rottenberg, 2005; Rottenberg et al., 2005) : celle-ci semble pouvoir résulter de la difficulté à réguler les émotions négatives, qui entraînerait la « suppression » des émotions, donc une abrasion de la réactivité émotionnelle (Mirabel-Sarron, 2012). Mais l'humeur dépressive est aussi parfois évoquée comme une humeur triste favorisant les cognitions négatives :

« D'après la théorie du « mood state dependent », les croyances dysfonctionnelles ou schémas cognitifs seraient inaccessibles jusqu'à ce que l'humeur triste soit ressentie. Chez l'ancien déprimé, l'humeur triste réactive des pensées et des comportements perturbés. La différence entre sujets déprimés et non déprimés ne résiderait donc pas dans leur manière de penser, mais dans leur procédure d'évaluation qui fait appel, chez les sujets ayant connu la dépression, à des croyances psychologiques personnelles facilement activables. [...] Ainsi, quand ils se sentent tristes, les anciens déprimés réactivent des modèles de pensées qu'ils avaient déjà expérimentés pendant la dépression. » (Mirabel-Sarron, 2011b, p. 597)

Ainsi, dans l'approche cognitive de la dépression, l'humeur dépressive oscille entre un versant affectif dépourvu d'états affectifs et une humeur triste. De plus elle est articulée au reste de la symptomatologie affective et à la symptomatologie cognitive et comportementale de la dépression au sein d'un schéma fonctionnel qui en fait la conséquence de déficits cognitifs, ayant un rôle causal en retour à leur égard. Ces approches opposent donc une conception cognitive de la dépression à sa conception en termes de « trouble de l'humeur » dès lors qu'elles assimilent l'humeur dépressive à une humeur triste, qui n'est qu'un des états affectifs susceptibles de faire partie du versant affectif de la dépression. Cependant la notion de trouble de l'humeur garde sa pertinence dans la mesure où cette humeur signale l'état dépressif induit par les déficits cognitifs ; c'est d'autant plus le cas lorsqu'elle est conçue comme un état d'émoussement affectif, celui-ci traduisant le type de difficultés de régulation des émotions spécifiquement induit par ces déficits cognitifs. Enfin l'humeur dépressive ayant un rôle causal en retour, elle a un rôle plus important que dans l'approche comportementale.

Conclusion du chapitre

L'histoire du versant affectif de la dépression a montré que la notion d'humeur dépressive s'était substituée, lors du tournant biologique de la psychiatrie, à une caractérisation de ce versant affectif dans les termes de différents états affectifs, notamment la tristesse et le découragement, par les aliénistes. L'humeur dépressive suggère une étiologie à la fois biologique et affective de la dépression. Elle a progressivement été assimilée à une forme de tristesse, une tristesse diffuse ou humeur triste, alors même que cet état affectif n'est pas central dans tous les tableaux dépressifs : elle l'était seulement dans les tableaux dépressifs mélancoliques à partir desquels la notion de « trouble de l'humeur » a été introduite. Cette assimilation peut donc être considérée comme un héritage de la dépression à l'égard de la mélancolie qui masque la diversité des états affectifs intervenant dans le versant affectif des états dépressifs. Je l'ai également envisagée comme un des facteurs explicatifs du rejet de la notion de « trouble de l'humeur » par une partie des théories de la dépression, qui l'abordent principalement d'un point de vue comportemental ou cognitif : la tristesse n'étant pas centrale dans toutes les dépressions, l'assimilation de l'humeur dépressive à une forme de tristesse fait conclure qu'elle ne l'est pas non plus. Devons-nous dès lors renoncer à concevoir la dépression comme un « trouble de l'humeur » ? Ou bien chercher à distinguer l'humeur dépressive de la tristesse pour rendre compte des contextes où elle désigne un autre phénomène affectif, susceptible de rendre compte d'autres aspects, affectifs mais peut-être aussi comportementaux et cognitifs, de la dépression ?

Dans la partie suivante, je vais faire un travail de clarification de cette notion qui va s'appuyer sur la clinique, et sur certaines théories de la dépression, notamment cognitives et comportementales : il va s'agir, à partir d'une caractérisation de cet état affectif par ses manifestations et ses effets, d'en proposer une théorie en adéquation avec la clinique contemporaine de la dépression, tenant compte des apports de ses modèles historiques. Je vais donc chercher à mettre à jour une conception de cet état affectif implicite dans la psychiatrie contemporaine, ce qui me permettra ensuite de clarifier également son rôle dans la dépression.

Deuxième partie : qu'est-ce que l'humeur dépressive ?

L'humeur est aujourd'hui conçue par les psychiatres comme « un état affectif qui bouge lentement sur un ou deux jours, et faiblement lié à des objets ou situations spécifiques » (Mirabel-Sarron, 2012, p. 41) contrairement aux émotions qui sont « des réactions adaptatives, rapides, qui interviennent en réponse à de multiples stimuli spécifiques. Leur expression est subjective, physique (tachycardie, sueurs...) et comportementale. » (Mirabel-Sarron, 2012, p. 41). Cette définition vague abrite au moins trois conceptions différentes de l'humeur dépressive, que l'on peut tirer de l'histoire de cette notion que j'ai retracée dans la première partie.

Premièrement l'humeur dépressive peut être conçue comme une forme de tristesse : diffuse, sans objet précis, voire sans cause identifiable. Cette conception semble répandue dans la psychiatrie contemporaine. Le DSM-5 détaille le symptôme « humeur dépressive » de la façon suivante :

« Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). » (Crocq et al., 2015, p. 188).

L'humeur dépressive peut ainsi être clairement assimilée à une forme de tristesse, une « humeur triste » :

« L'humeur est souvent décrite par le sujet comme triste, déprimée, sans espoir, sans courage ou « au trente-sixième dessous ». La tristesse peut également être déduite à partir de l'expression faciale et du comportement. Certains sujets mettent l'accent sur des plaintes somatiques (par exemple, souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur leur sentiment de tristesse. D'autres, en particulier les enfants et les adolescents, présentent souvent une irritabilité accrue plutôt que de la tristesse. » (Pull, 2018, p. 113)

Mais l'« humeur triste » ne semble être qu'un des aspects du versant affectif de la dépression :

« Voici quelques exemples classiques de dysrégulations émotionnelles dans la dépression : la persistance d'une humeur triste, l'anhédonie, l'augmentation des pleurs, l'alexithymie, ou « blindness affect ». » (Mirabel-Sarron, 2012, p. 41)

L'assimilation de l'humeur dépressive en tant que versant affectif complet de la dépression, à une forme de tristesse, qui n'est que l'un de ses aspects, semble provenir historiquement du fait que la tristesse était le trait clinique le plus central de la mélancolie (y compris à travers la notion de « douleur morale » qui en désignait la dimension douloureuse) et donc des états dépressifs-mélancoliques ; or ce type d'états dépressifs a pu être dominant

dans la base des cliniques des psychiatres ayant introduit la notion d'humeur dépressive. Cependant la dépression n'est que partiellement l'héritière de la mélancolie : la tristesse est effectivement présente dans certains tableaux dépressifs, mais pas dans tous, ou du moins pas de façon centrale. Certains tableaux dépressifs ont un versant affectif dominé par d'autres états affectifs, comme l'anxiété ou le découragement. D'autres enfin semblent ne pas avoir de versant affectif, ce que reflètent notamment la notion de « dépression masquée » (Kielholz, 1973) ou les tableaux cliniques dépressifs « comportementaux », centrés sur le « ralentissement psychomoteur », mis en avant par Widlöcher (1983). Lorsque l'humeur dépressive est assimilée à une humeur triste, forme de tristesse diffuse, elle est dès lors un symptôme central mais non nécessaire de l'épisode dépressif : c'est le cas dans le DSM, depuis le DSM-III-R (Guelfi et al., 1989, p. 250), où le second symptôme central mais non nécessaire est la perte d'intérêt et de plaisir. Cela se traduit dans la littérature par une distinction entre des dépressions caractérisées par la tristesse de l'humeur, et des dépressions plutôt dominées par cette perte d'intérêt et de plaisir (Gaillard et al., 2013). Mais cette assimilation à une forme de tristesse n'est pas la seule manière de concevoir l'humeur dépressive.

Deuxièmement, l'humeur dépressive peut aussi être conçue comme une disposition affective, conception suggérée par celle de Jean Delay puisqu'il définissait l'humeur comme une « disposition affective fondamentale » (Delay, 1946, p. 2) dont le dérèglement se traduisait, dans le cas des états dépressifs-mélancoliques, par une orientation globalement négative des états affectifs, dont la tristesse, « état affectif élémentaire » selon Delay, pouvait être l'état affectif principal ou dominant. Le dérèglement de cette disposition affective était hypothétiquement sous-tendu par celui d'un mécanisme neurobiologique qui pouvait aussi rendre compte de la symptomatologie cognitive, comportementale, et peut-être somatique, de ces états dépressifs (Delay, 1946). Cette acception de « l'humeur dépressive » propre à la psychiatrie ne subsiste qu'à travers les notions d'« épisode thymique », et de « trouble de l'humeur » qui suggèrent que la dépression a une étiologie affective mais aussi biologique, au niveau des corrélats de l'humeur. Celle-ci est alors entendue comme une disposition ou du moins comme une dimension affective fondamentale, se traduisant par la tonalité globalement positive ou négative des états affectifs. Or certaines théories contemporaines en psychologie et en philosophie, proposent de concevoir les humeurs comme de telles dispositions affectives (Siemer, 2001, 2009).

Troisièmement, cependant, « l'humeur dépressive » a été originellement introduite pour désigner le versant subjectif, surtout affectif, des états dépressifs, lorsque ces derniers ont été unifiés dans la nosologie psychiatrique autour de ce symptôme central, notamment dans le DSM-III : l'humeur dépressive en ce sens ne semble alors pas pouvoir être assimilée à une forme de tristesse, même si celle-ci l'accompagne dans certains cas (pouvant en être la cause ou la conséquence), mais elle englobe en revanche des aspects tels que la perte d'intérêt et de plaisir elle-même (aspect important du versant affectif des états dépressifs). Elle est alors conçue implicitement comme un état affectif qui se manifeste avec une phénoménologie affective distinctive, c'est-à-dire un ressenti affectif qui lui est propre, par lequel elle se manifeste directement, et qui de plus nous dispose à un certain nombre d'autres états mentaux (émotions, jugements), et à des comportements et des actions. Dans cette partie, je vais faire droit à cette conception de l'humeur dépressive, au vu de sa caractérisation par les sciences cliniques contemporaines, et en proposer une théorie philosophique afin de pouvoir, dans la troisième partie, proposer une théorie du rôle que joue cet état affectif dans la dépression en tant que trouble psychiatrique.

Pour cela je vais me tourner vers la littérature contemporaine en philosophie analytique des états affectifs. Cette littérature fait partie de la philosophie de l'esprit, qui procède par analyse conceptuelle pour distinguer des types d'états mentaux et les définir (Dokic, 2000). Elle s'intéresse au domaine particulier des états mentaux que sont les états affectifs : elle les distingue et les met en relation entre eux et avec les deux autres grands types d'états mentaux que sont les états cognitifs, et les états conatifs. Les états affectifs, qui sont principalement les émotions et les humeurs, sont généralement caractérisés par le fait de posséder une phénoménologie, c'est-à-dire un « effet que cela fait », un ressenti distinctif dont ils s'accompagnent, et une valence ou valeur hédonique positive ou négative. Les états cognitifs, principalement les croyances et les jugements, sont généralement caractérisés par le fait de représenter quelque chose, par exemple un état du monde : ce qu'ils représentent est leur « contenu intentionnel » ou « objet intentionnel ». On considère généralement qu'ils n'ont pas de phénoménologie : la représentation de leur contenu ne s'accompagne pas d'un ressenti spécifique¹⁷⁹. Enfin les états conatifs, qui sont principalement les désirs, sont généralement caractérisés par le fait de motiver à faire certaines actions pour répondre à

¹⁷⁹ Certaines théories récentes défendent la notion de « phénoménologie cognitive » qui serait un « effet que cela fait » lié à certains états ou processus cognitifs. Cette notion est controversée. En tout cas, il s'agirait d'une phénoménologie d'un autre type que celle d'un état affectif (Bayne & Montague, 2011).

certaines tendances, certaines aspirations ou certains besoins en tentant de les satisfaire : on peut également parler d'« états motivationnels ». Ces états ont généralement une phénoménologie distinctive, comme les états affectifs. Il est possible de considérer que les états affectifs, en particulier les émotions, incluent intrinsèquement un aspect motivationnel : ils sont donc des états conatifs ou motivationnels en ce sens, mais comme ce n'est pas leur principale caractéristique, on ne les désigne généralement pas comme tels. Les états conatifs ou motivationnels à proprement parler sont de différents types, étant plus ou moins sophistiqués : un besoin ou une envie sont des états motivationnels assez simples, tandis qu'un désir est plus complexe, plus riche, tant du point de vue de ses causes et de ses effets que du point de vue de sa phénoménologie. Mais comme les désirs sont le type paradigmatique d'états conatifs, on peut entendre par « désir » tout état motivationnel, sans préciser s'il s'agit d'un état simple, instinctif, comme un besoin, ou bien d'un désir à proprement parler : je parlerai ainsi de « désir » au sens large d'un « état motivationnel », et j'utiliserai de manière interchangeable ces deux expressions. Enfin la philosophie des états affectifs met également en relation les états affectifs avec des dispositions affectives temporaires ou permanentes de l'individu : ces dispositions le rendent plus ou moins susceptible de former un certain type d'émotions, de désirs, de jugements, ou d'autres états mentaux occurrents, ou de faire certaines actions, en fonction des circonstances. Elles se manifestent donc indirectement, en causant ces états mentaux et ces actions. Ces dispositions peuvent être permanentes, comme le tempérament ou les traits de caractère, ou temporaires, comme les sentiments¹⁸⁰ (Deonna & Teroni, 2012, p. 106-109 ; 2009b).

Comme on le voit à partir des trois acceptions envisagées de « l'humeur dépressive », la question la plus déterminante est celle du niveau de la vie psychologique auquel il faut la définir. Est-elle une simple disposition ou bien est-elle un état mental occurrent, qui nous dispose à d'autres états mentaux ? Dans ce dernier cas, est-elle une tristesse diffuse, une « humeur triste » ? Ou bien est-elle un autre type d'émotion sous une version diffuse, par exemple du découragement ou de l'anxiété ? Ou encore, n'est-elle pas du tout à concevoir comme une émotion sous une forme diffuse mais comme un autre type d'état affectif ?

¹⁸⁰ Lorsque « sentiment » désigne une relation d'attachement ou de répulsion envers un objet, au sens large (pouvant être une personne, une valeur, un lieu, etc.), les deux principaux étant l'amour et la haine. Mais « sentiment » peut aussi avoir le sens de « ressenti » (en anglais « feeling »).

Je vais dès cette introduction rejeter l'acception selon laquelle l'humeur dépressive serait simplement une disposition affective, pour établir qu'elle est un état affectif occurrent qui nous dispose à certains états mentaux, certains comportements et certaines actions. Le reste de la partie sera consacré à déterminer le type d'état affectif occurrent dont il s'agit.

Que veut-on dire, au sens courant, lorsque l'on dit que l'on est « d'humeur dépressive », ou « déprimé », qu'on a « le blues », le moral bas, etc. ? D'abord, c'est éprouver un état affectif diffus, voire un « climat » affectif¹⁸¹. Il s'agit de la phénoménologie distinctive de cette humeur. Dès lors, même si elle nous dispose à un certain nombre d'états mentaux et d'actions, donc a bien un caractère dispositionnel en ce sens, il semble plutôt s'agir d'un état affectif occurrent que d'une simple disposition. En effet nous avons vu qu'une disposition est un trait temporaire ou permanent qui ne se manifeste pas directement mais seulement indirectement, via des états mentaux et des actions qu'elle cause. Par exemple, le pessimisme peut être un trait permanent chez un individu : il est alors une composante de son « tempérament » ou de son « caractère » ensemble de dispositions affectives permanentes. Il peut aussi être un trait temporaire, qui caractérise cet individu durant une période, ou durant un épisode de sa vie affective. Dans les deux cas il ne se manifeste pas directement, il n'a pas de phénoménologie, mais nous l'attribuons à cet individu parce que ce dernier tend à se conduire d'une certaine manière et à avoir certains états mentaux occurrents (jugements, émotions, désirs). Par exemple nous qualifions de pessimiste un individu qui n'ose pas garer sa voiture sur un parking non surveillé parce qu'il croit qu'elle risque d'être fracturée, ou qui exprime le jugement selon lequel une crise économique se prépare, ou qui se dit résigné parce qu'il a entendu dire qu'il y avait une chance pour que les trains ne circulent pas le jour de son départ en vacances... Nous attribuons le pessimisme à cet individu comme un trait qui favoriserait cette orientation globalement négative de ses actions, jugements, état affectifs, au gré des circonstances, et qui peut être permanent ou temporaire. Qu'en est-il de « l'humeur dépressive » ?

« L'humeur dépressive » pourrait-elle être une disposition permanente, soit un trait de caractère ou une composante du tempérament ? C'est seulement en un sens désuet, qui s'est perdu au cours du XX^e siècle, que « l'humeur » désigne cela : on pouvait alors dire d'une

181 Le « climat » peut aussi correspondre à un phénomène intersubjectif, « l'ambiance » ou « l'atmosphère » : en anglais « mood », et en allemand « Stimmung », sont des termes qui désignent à la fois l'humeur comme état affectif d'un sujet, et le climat affectif intersubjectif.

personne qu'elle était « d'humeur changeante », ou « d'humeur flegmatique » pour qualifier son tempérament ou caractère (Dupuis, 1922). Ce sens n'est pas pertinent dans l'expression « humeur dépressive », car s'il peut arriver que nous supposions qu'une tendance à la dépression relève du tempérament ou du caractère d'une personne, nous n'exprimons pas cela en faisant appel à cette notion : nous adoptons plutôt des tournures comme l'adjectif substantivé, en disant « c'est une dépressive », ou « c'est un grand dépressif. » Nous attribuons au contraire une « humeur dépressive » à quelqu'un dont nous ne supposons pas que la dépression fait partie de son tempérament, mais qui présente plutôt un état affectif temporaire – dans lequel nous pouvons éventuellement voir le signe avant-coureur d'un épisode dépressif. Pourquoi cependant ne s'agirait-il pas d'une disposition temporaire, plutôt que d'un état affectif occurrent ?

Le terme « humeur » peut être utilisé pour désigner une disposition à adopter une certaine conduite, dans l'expression « être d'humeur à ». Si par exemple je suis « d'humeur à rester au lit toute la journée », cela veut dire que je me sens disposée à adopter cette conduite. L'emploi de l'expression en troisième personne, si je dis par exemple de mon frère qu'il semble « d'humeur à rester au lit toute la journée », attribue à cette personne une disposition à se conduire de cette manière, sans faire d'hypothèse spécifique sur ses états mentaux. En première personne, une telle déclaration peut avoir un sens détourné, par exemple, dans un certain contexte, signifier que je ne souhaite pas participer à quelque activité que l'on vient de me proposer¹⁸². Mais son sens immédiat est de m'auto-attribuer une disposition à une certaine conduite. Or en première personne une telle attribution ne peut être que l'expression d'un ressenti : j'éprouve dès lors un état affectif ou conatif occurrent qui me dispose à cette conduite. Il pourrait s'agir d'un état conatif, d'un désir, ou bien d'une humeur. Un état conatif est de direction d'ajustement du monde vers l'esprit : c'est un état mental par lequel je veux rendre le monde conforme à une représentation de son état à laquelle j'aspire, et qui me prépare à agir en vue de cela. Les humeurs n'ont pas, ou pas exclusivement, cette direction d'ajustement. Par exemple, être de bonne humeur ne consiste pas directement à envisager certaines actions visant à mettre le monde dans un certain état, cela consiste plutôt, ou tout autant, dans une certaine manière d'envisager le monde : une humeur aurait alors une direction d'ajustement opposée, de l'esprit vers le monde, consistant à mettre l'esprit en

¹⁸² Elle pourrait aussi servir à manifester du mécontentement de ma part, ou remplir encore un autre rôle de communication par rapport à mon ou mes interlocuteurs, comme leur faire un reproche détourné si je les tiens pour responsables de ma fatigue, ou solliciter de l'attention de leur part, etc.

adéquation avec l'état du monde, à représenter l'état du monde. Quoiqu'il en soit, l'humeur semble consister avant tout dans un certain ressenti, même si celui-ci peut avoir pour effet de nous disposer à avoir un certain type de conduite et d'états mentaux. J'en conclus que l'expression « être d'humeur à » ne fait pas référence à une simple disposition à avoir une certaine conduite, mais plutôt à un état psychologique occurrent qui nous dispose à une telle conduite, pouvant être un désir ou une humeur.

On pourrait résister à cela et maintenir que l'expression « être d'humeur à » peut faire référence à une simple disposition affective temporaire, à avoir une certaine conduite ou certains états mentaux, sans attribuer un état affectif occurrent disposant à cela. Il y a d'autres expressions dans lesquelles le terme « humeur » semble désigner une simple disposition à avoir une certaine conduite, en la spécifiant par un adjectif : « d'humeur irritable », « d'humeur jalouse », « d'humeur moqueuse, taquine », « d'humeur hautaine », « d'humeur fière », « d'humeur paresseuse », « d'humeur farouche »... Mais la notion d'« humeur dépressive » ne relève pas de cet emploi du terme « humeur ». Lorsque l'on parle d'une « humeur dépressive », que ce soit en première ou en troisième personne, on parle d'un état mental occurrent, même si celui-ci dispose à certains autres états mentaux et à une certaine conduite. La raison en est que cet état psychologique est caractérisé par un « effet que cela fait », c'est-à-dire une « phénoménologie » distinctive, donc n'est pas une simple disposition : une disposition ne saurait se manifester par une phénoménologie mais uniquement par des effets sur les états mentaux et la conduite¹⁸³.

Cependant l'humeur dépressive a-t-elle bien une phénoménologie distinctive ? Nous avons vu que la notion clinique de « dépression masquée » avait été introduite pour des cas de dépression sans ressenti affectif (Kielholz, 1973), et que certains tableaux cliniques dépressifs pouvaient être principalement « comportementaux », avec une symptomatologie centrée sur la perte de motivation ou le « ralentissement psychomoteur », la symptomatologie affective étant réduite voire absente à première vue, tableaux cliniques mis en avant par la théorie de la

183 Je m'appuie ici sur la conception standard d'une disposition selon laquelle « X est disposé à M quand C si et seulement si il ferait M s'il était le cas que C » (Choi & Fara, 2021). D'après cette définition une disposition est une caractéristique d'un sujet qui se manifesterait par certains effets si certaines conditions étaient réunies ; or dans la mesure où l'humeur dépressive se manifeste en elle-même, elle n'est pas seulement une disposition, mais un état affectif occurrent qui se manifeste en lui-même. Un état mental qui nous dispose à d'autres états mentaux ou à des comportements causerait ces autres états mentaux ou ces comportements si certaines conditions étaient réunies. Un tel état peut être occurrent, comme l'humeur dépressive, ou bien être strictement dispositionnel, comme une croyance : une croyance ne se manifeste pas en elle-même mais à travers certains effets, qui sont d'autres états mentaux et des comportements, si certaines conditions sont réunies.

dépression comme « ralentissement dépressif » de Widlöcher (1983). Ce type de tableau clinique suggère que l'humeur dépressive peut se présenter dans sa phénoménologie affective. Dans ces cas l'ensemble des manifestations de l'humeur dépressive sont présentes au niveau du corps, du comportement, des actions et des états mentaux, ce qui permet au clinicien d'identifier une dépression malgré l'absence de ressenti affectif ; parfois, de plus, la personne déprimée se plaint de douleurs physiques, d'un état corporel douloureux, à première vue sans lien avec une souffrance psychologique (Agbokou & Allilaire, 2010, p. 32). Il y a donc un état corporel ressenti, qui est conscient au sens de la conscience phénoménale, mais la phénoménologie de l'humeur dépressive s'y réduit, au lieu d'inclure d'autres aspects plus affectifs à proprement parler, en particulier cette souffrance psychologique, affective : dans la mesure où ces aspects affectifs seraient distinctifs de la phénoménologie de l'humeur dépressive, nous pouvons considérer plutôt qu'il s'agit de cas d'humeur dépressive inconsciente au sens de la conscience phénoménale, où elle s'identifie à un état corporel ressenti.

Rappelons ici la distinction entre conscience phénoménale et conscience d'accès, due à Ned Block (Block, 1995). Appelons conscient-A un état mental conscient au sens de la conscience d'accès et conscient-P un état mental conscient au sens de la conscience phénoménale.

- Un état mental est conscient-A s'il est manifeste à la conscience parce que l'on y accède par d'autres états mentaux, par exemple des jugements, par lesquels on se l'auto-attribue¹⁸⁴.
- Un état mental est conscient-P s'il est manifeste à la conscience sous la forme d'une phénoménologie, soit un « effet que cela fait » qui consiste dans des qualités phénoménales ou « *qualia* », constituant un ressenti perceptuel, affectif...¹⁸⁵

¹⁸⁴ Le fait qu'un état mental soit conscient au sens de la conscience d'accès dépend en effet de sa capacité à interagir avec d'autres états et de la possibilité d'avoir accès à son contenu. Ce sens fonctionnel a été initialement donné par Ned Block (Block, 1995) à la « conscience d'accès » : en ce sens le fait qu'un état visuel, par exemple, soit conscient ne concerne pas le fait qu'il possède un « effet que cela fait », mais le fait que l'information visuelle qu'il véhicule puisse être utilisée par l'organisme (Van Gulick, 2022).

¹⁸⁵ Il s'agit d'un ressenti au sens d'un « effet que cela fait », qui rend cet état conscient pour la conscience phénoménale. Celle-ci englobe l'organisation spatiale, temporelle et conceptuelle de notre expérience du monde et de nous-mêmes en tant qu'agent, ainsi que des propriétés qualitatives de cette expérience, encore appelées « *qualia* » (Van Gulick, 2022)

Je ne parlerai pas d'états mentaux conscients ou inconscients en un autre sens que conscients-P ou conscients-A et inconscients-P ou inconscients-A respectivement.

La notion clinique de « dépression masquée », comme celle de tableau clinique dépressif « comportemental », centré sur le ralentissement psychomoteur, suggère que l'humeur dépressive peut se présenter sans que sa phénoménologie affective soit ressentie. Dans ce cas, il semble néanmoins qu'un certain état corporel puisse être ressenti, comme si la phénoménologie de l'humeur dépressive se réduisait alors à ses aspects corporels. Un état corporel ressenti, qui de plus a une valence (ou valeur hédonique), fait partie de la classe des états affectifs, dans la mesure où ces derniers sont les états subjectifs qui ont une phénoménologie et une valence. Cependant comme la phénoménologie d'un tel état corporel est uniquement un ressenti corporel, il ne s'agit pas d'une phénoménologie affective à proprement parler, au sens où elle serait comparable à celle d'une émotion ou d'une humeur, qui sont les états affectifs paradigmatiques. Teroni a ainsi fait remarquer que la valence affective d'un état affectif qui n'est pas un simple état corporel ressenti, mais une émotion ou une humeur par exemple, ne se réduit pas à la valence de l'état corporel dont le ressenti peut être en partie constitutif de la phénoménologie de cet état affectif : en effet, nous pouvons même avoir des états affectifs, notamment des émotions, de valence affective opposée à celle d'un ressenti corporel constitutif de leur phénoménologie (Teroni, 2019). On peut penser à l'exemple d'une émotion de joie, qui est un état affectif de valence affective positive, dont la phénoménologie est en partie constituée du ressenti d'un serrement de poitrine douloureux, qui est un ressenti corporel de valence négative. Je suggère donc de considérer les cas où la phénoménologie de l'humeur dépressive se réduit au ressenti d'un état corporel comme des cas où l'humeur dépressive est inconsciente-P *en tant qu'humeur*. Les aspects plus affectifs à proprement parler de sa phénoménologie étant absents, elle consiste dans un état corporel ressenti. Je suggère que l'on peut alors néanmoins identifier un tel état corporel ressenti à une humeur dépressive, dès lors qu'il s'accompagne de manifestations distinctives et d'effets distinctifs de cette humeur au niveau du corps, du comportement, des actions et des états mentaux. Autrement dit, l'humeur dépressive s'identifie alors à un état corporel conscient-P. Dans ces cas-là, cette humeur peut être inconsciente-A si la personne ne se l'auto-attribue pas par d'autres états mentaux ; elle peut être consciente-A, si au contraire la personne se l'auto-attribue, non pas sur la base du ressenti de sa phénoménologie affective distinctive, mais sur la base de ses autres manifestations et effets au niveau du corps, du comportement, des actions et des états mentaux. (Cette auto-attribution peut être suscitée par un diagnostic posé par un

clinicien qui fait « prendre conscience » à la personne de son état, qu'elle caractérisait en termes d'état corporel, comme étant un état dépressif.)

Dans le cas le plus général, cependant, l'humeur dépressive est consciente-P en tant qu'humeur, c'est-à-dire qu'elle se manifeste par sa phénoménologie affective distinctive, outre ses autres manifestations et effets au niveau du corps, du comportement, des actions et des états mentaux. Cette phénoménologie affective ne se limite pas à des aspects corporels mais a aussi d'autres aspects, notamment une valence négative affective à proprement parler : la souffrance psychologique, ou souffrance affective, ou « douleur morale ». Cette humeur consciente-P peut de plus tout aussi bien être inconsciente-A, si la personne ne se l'auto-attribue pas pour autant par d'autres états mentaux, que consciente-A, si au contraire la personne se l'auto-attribue par d'autres états mentaux, en plus de ressentir sa phénoménologie affective distinctive.

Que l'humeur dépressive puisse être inconsciente-P en tant qu'humeur n'est pas un argument pour nier qu'elle soit un état mental occurrent : elle a toujours une phénoménologie, qui dans le cas général est affective à proprement parler et dans certains cas se réduit à des aspects corporels, ce qui prouve qu'elle n'est pas une simple disposition mais bien un état affectif occurrent – qui de plus nous dispose à d'autres états mentaux et à des actions. Puisque l'humeur dépressive est un état mental occurrent, il faut maintenant déterminer de quel type d'état mental il s'agit et en proposer une théorie permettant de la définir. Je vais procéder en trois chapitres.

Dans le premier chapitre, je vais caractériser plus précisément l'humeur dépressive. Pour cela je vais m'appuyer sur un cas singulier, celui de William Styron : cet écrivain et essayiste américain renommé, décédé en 2006, a livré dans son ouvrage *Darkness visible* un récit autobiographique, paru pour la première fois en 1989, à propos d'une dépression sévère qu'il a déclarée à l'âge de soixante ans et dont il s'est rétabli après hospitalisation (Styron, 2010). Je m'appuierai aussi sur la littérature contemporaine en sciences cliniques qui nous renseigne à la fois sur la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive et sur ses autres manifestations, et ses effets sur les fonctions cognitives, les états mentaux, le corps, le comportement et les actions. Cela me permettra de formuler une série de réquisits pour une théorie de l'humeur dépressive.

Dans le second chapitre de cette partie, j'examinerai la possibilité que l'humeur dépressive soit la version diffuse d'une certaine émotion. Je présupposerai que l'on peut

distinguer des types d'émotions et j'envisagerai de façon détaillée les deux types d'émotions dont il serait le plus plausible qu'elle soit une version diffuse : la tristesse et le découragement (ou abattement, ou désespoir). Premièrement je distinguerai l'humeur dépressive de la tristesse diffuse ou humeur triste. Deuxièmement j'écarterai également la possibilité qu'elle soit une forme diffuse de découragement, une humeur découragée ou abattue. Troisièmement je montrerai que l'humeur dépressive diffère trop d'une émotion en général pour pouvoir être considérée comme un sous-type d'émotion : elle doit donc être conçue à l'aide d'une théorie des humeurs qui les aborde comme des états affectifs *sui generis*.

Dans le troisième chapitre de cette partie, je défendrai alors une théorie fonctionnaliste de l'humeur dépressive dans laquelle celle-ci a pour effet principal et distinctif de recruter des croyances spécifiques et de les rendre plus susceptibles de se manifester au niveau de la conduite, des émotions et des jugements. Premièrement je montrerai que l'humeur dépressive ne peut pas être un pur état phénoménal : sa phénoménologie affective distinctive a des aspects corporels et elle est également orientée vers le monde et le soi. De plus il y a des cas où l'humeur dépressive est inconsciente-P, ce qui montre qu'elle ne se réduit pas à sa phénoménologie affective distinctive. Dans ces cas, elle s'identifie à un état corporel ressenti. C'est alors le fait que cet état corporel ressenti s'accompagne de manifestations et effets distinctifs de l'humeur dépressive sur les états mentaux et les actions qui permet de l'identifier à cette humeur : c'est dès lors à une théorie fonctionnaliste qu'il faut faire appel pour définir cette humeur, c'est-à-dire une théorie définissant tel état mental par ses causes et ses effets distinctifs sur les autres états mentaux et les actions (Levin, 2004). Deuxièmement je construirai une telle théorie : je montrerai que si ses causes sont multiples et non spécifiques, l'humeur dépressive peut être définie en termes de rôle fonctionnel par ses effets distinctifs sur les états mentaux et les actions. Or l'ensemble de ces effets s'explique par un effet central : l'humeur dépressive recrute certaines croyances, des croyances dépressives, et les rend davantage susceptibles de se manifester dans la conduite et les états mentaux. J'introduirai la notion de « croyances actives » pour désigner les croyances ainsi recrutées et rendues davantage susceptibles de se manifester. Je montrerai que cette théorie des « croyances dépressives actives » remplit les réquisits d'une théorie de l'humeur dépressive, et je présenterai ses avantages. Enfin, je répondrai aux théories intentionnalistes des humeurs présentes dans la littérature pour montrer qu'elles s'appliquent moins bien à l'humeur dépressive : la théorie attitudinale et plusieurs versions de la théorie perceptuelle des humeurs.

Chapitre III : Caractérisation de l'humeur dépressive

Dans ce chapitre je vais caractériser aussi précisément que possible l'humeur dépressive en m'appuyant sur des exemples courants, sur le récit de Styron (2010) et sur les sciences cliniques contemporaines. Cette caractérisation va permettre de faire droit à l'acceptation de « l'humeur dépressive » selon laquelle celle-ci est le versant subjectif, fondamentalement affectif, des états dépressifs, que la notion avait pour vocation originelle de désigner, incluant des aspects tels que la perte d'intérêt et de plaisir : le DSM-5 ne les distingue que parce que « l'humeur dépressive » y est assimilée à une humeur triste, une forme diffuse de tristesse. Cette caractérisation va notamment montrer que la tristesse, même sous une forme diffuse, n'est qu'un élément possible de la dépression, pas nécessairement présent, mais qui peut causer l'humeur dépressive ou être causée par elle, au même titre que d'autres émotions comme le découragement ou l'anxiété. Cette caractérisation va également montrer que l'humeur dépressive peut se présenter indépendamment d'un état dépressif plus global (constitutif d'une dépression à proprement parler), ou bien dans le cadre d'un tel état, s'accompagnant alors de manifestations et d'effets marqués et problématiques au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux. Cela suggère que la persistance de cet état affectif peut induire un état dépressif plus global. Je vais mettre en évidence cette continuité grâce au récit de Styron : il ressent d'abord une humeur dépressive persistante qui finit par s'accompagner de manifestations et d'effets problématiques, constituant un état dépressif plus global nécessitant une prise en charge médicale¹⁸⁶ (Styron, 2010).

Dans un premier temps, je vais faire une caractérisation préliminaire de l'humeur dépressive en m'appuyant sur quelques exemples empruntés à la littérature et au cinéma, pour évoquer cet état affectif dans l'expérience courante.

Dans un second temps, je vais m'appuyer sur le récit autobiographique de Styron pour caractériser plus précisément l'humeur dépressive dont les manifestations et effets deviennent plus accusés au fur et à mesure qu'elle entraîne un état dépressif plus global, soit la dépression

¹⁸⁶ Styron parle de son état affectif comme d'une humeur (« mood »). Il la ressent d'abord comme une transformation qualitative de son expérience subjective, puis elle entraîne une gêne à travers des manifestations et des effets sur son corps, son comportement, sa conduite, ses états mentaux, jusqu'au moment où il juge son propre état si problématique qu'il y voit une maladie et fait appel à un psychiatre, puis est hospitalisé (Styron, 2010).

à proprement parler (Styron, 2010). Ce récit de cas singulier nous renseigne de façon riche, détaillée, sur le cours d'un épisode dépressif du point de vue de son vécu en première personne, et permet ainsi de bien mettre en évidence les différents aspects de l'humeur dépressive. Il est une référence fréquente des études de la phénoménologie clinique et des sciences cliniques sur la dépression (Ratcliffe, 2014).

Cependant un récit de cas singulier peut paraître insuffisant pour fournir une caractérisation de l'humeur dépressive ayant une valeur générale. C'est pourquoi dans un second temps, je me tournerai vers les sciences cliniques contemporaines pour approfondir cette caractérisation en m'appuyant sur des études qui ne se limitent pas à un seul cas. Je caractériserai ainsi les différents aspects de la phénoménologie de cette humeur, ainsi que ses manifestations au niveau du corps, du comportement, et des actions, et ses effets sur les autres états mentaux (désirs, émotions, jugements).

Enfin je formulerai de façon synthétique une série de réquisits pour une théorie de l'humeur dépressive. Ces réquisits guideront mon élaboration d'une théorie de cette humeur dans les deux chapitres suivants.

1. Caractérisation préliminaire de l'humeur dépressive

Hamlet, le personnage de Shakespeare, est une figure emblématique de la mélancolie et de la dépression, d'après Starobinski (Starobinski, 2012, p. 114), ou encore Ratcliffe (Ratcliffe, 2014, p. 37) : il a un tempérament mélancolique et présente des états dépressifs. Dans des tirades il exprime un état de désintéret général et de dégoût de la vie, vécu avec un inconfort qui devient par moments une véritable souffrance. Dans la scène 2 de l'acte II, il dit avoir depuis quelques temps, sans savoir pourquoi, perdu toute sa gaieté, et avoir stoppé toute activité (« coutume de s'exercer »), tandis que la terre lui semble un promontoire stérile et le ciel un mélange de vapeurs fétide et pestilentiel. Dans la scène 1 de l'acte III, sa célèbre tirade est pour lui l'occasion de déclarer que plutôt que de subir les revers et ennuis de la fortune, et de s'y opposer, c'est-à-dire de lutter, il serait peut-être préférable de dormir ou mourir, de « ne pas être ». Plutôt que de la morosité, c'est un état de désaffection généralisée que ressent Hamlet, ressenti à travers un état affectif diffus de valence négative, un mal-être, accompagné d'un sentiment d'impuissance à y remédier. Il mentionne la perte de sa gaieté donc de ses

émotions positives, il exprime défaitisme et pessimisme à travers son renoncement à lutter et son souhait de mourir, il formule la perte de toute motivation.

Le poète du spleen, Baudelaire, décrit le même état affectif dans son poème « Le goût du néant » :

*Morne esprit, autrefois amoureux de la lutte,
L'Espoir, dont l'éperon attisait ton ardeur,
Ne veut plus t'enfourcher ! Couche-toi sans pudeur,
Vieux cheval dont le pied à chaque obstacle bute.*

Résigne-toi, mon cœur; dors ton sommeil de brute.

*Esprit vaincu, fourbu ! Pour toi, vieux maraudeur,
L'amour n'a plus de goût, non plus que la dispute ;
Adieu donc, chants du cuivre et soupirs de la flûte !
Plaisirs, ne tentez plus un cœur sombre et boudeur !*

Le Printemps adorable a perdu son odeur !

*Et le Temps m'engloutit minute par minute,
Comme la neige immense un corps pris de roideur ;
Je contemple d'en haut le globe en sa rondeur,
Et je n'y cherche plus l'abri d'une cahute.*

Avalanche veux-tu m'emporter dans ta chute ?

Baudelaire, 1861, *Les Fleurs du Mal*, Spleen et idéal, "Le goût du néant" (LXXX)

Le poème exprime un ressenti mêlant désintérêt affectif (l'amour n'a plus de goût, non plus que la dispute, le printemps adorable a perdu son odeur) et sentiment de la perte ou de la défaite (esprit autrefois amoureux de la lutte, esprit vaincu). Sa baisse générale de motivation se lit dans son aspiration à « dormir d'un sommeil de brute », et dans la strophe finale qui le décrit comme un corps roide englouti par la neige, qui pourrait être emporté par une avalanche. On devine la disparition de ses désirs comme de ses émotions positives à travers le

regret de sa propre « ardeur ». Les pensées du poète sont orientées vers le défaitisme (Résigne-toi mon cœur), le pessimisme (Morne esprit [...] l'espoir [...] ne veut plus t'enfourcher), l'autodépréciation (vieux cheval dont le pied à chaque obstacle butte).

L'autre écrivain français du spleen, Flaubert, décrit de façon analogue cet état affectif chez Emma Bovary, que son ennui consume dans la campagne normande : le roman dépeint là encore un état affectif de dégoût de la vie, de désintérêt, ressenti au travers d'un inconfort, d'un mal-être, donc d'un état affectif négatif diffus. Cela s'accompagne d'une impuissance à y remédier, génératrice d'angoisse, qui l'entraîne dans une spirale d'actions qui sont autant de tentatives désespérées d'échapper à son état et dont la dernière est son suicide.

Ces figurations littéraires de l'humeur dépressive font écho aux textes médicaux des aliénistes décrivant le versant affectif des états dépressifs présentés par certains mélancoliques et par les neurasthéniques. L'état mental neurasthénique, tel que le décrivent Proust et Ballet, semble tout à fait proche de celui de Baudelaire, et peut-être était-il aussi celui d'un autre écrivain célèbre, le fils du premier : rappelons que la neurasthénie est selon eux, « un amoindrissement conscient de la personnalité », « une impuissance plus ou moins prononcée de toutes les facultés auxquels s'ajoutent accidentellement des idées fixes et des obsessions. » (Proust & Ballet, 1897, p. 78) Les traits qui composent cet amoindrissement sont : l'aboulie, la diminution du pouvoir d'attention, l'amoindrissement de la mémoire (état de distraction perpétuelle, oublis fréquents), la conscience de sa propre infériorité morale, la difficulté à s'engager dans des occupations ou leur abandon rapide (p. 79-81). De cet affaiblissement, que Proust et Ballet décrivent encore comme une lassitude qui accable les neurasthéniques, avec le sentiment de leur propre impuissance, résulte une vulnérabilité aux idées qui s'imposent à eux, à la suggestion, aux obsessions, à l'anxiété, aux phobies, à l'hypochondrie (p. 81) Outre cet « état mental neurasthénique », la neurasthénie a des symptômes somatiques : la tristesse et le découragement du malade peuvent alors porter sur cette altération de son état physique global comme sur celle de son état mental. L'état mental neurasthénique combine donc de tels états affectifs avec une altération des fonctions cognitives (attention, concentration), une orientation des pensées vers le défaitisme, le pessimisme, l'autodépréciation, et une baisse de la motivation à agir. Malgré le caractère désuet de la notion de neurasthénie, il existe des figures contemporaines de ce type d'état, sous la notion d'état dépressif, dont le versant mental ou affectif est l'humeur dépressive : pensons au « burnout », type d'épisode dépressif spécifiquement lié à un surmenage professionnel, dans des professions qui sont souvent intellectuelles, comme c'était le cas de la neurasthénie.

Nombre de films récents mettent en scène des individus qui manifestent une humeur dépressive voire traversent un épisode dépressif à proprement parler : par exemple le film « Deux moi » de Cédric Klapisch, sorti en 2019, met en scène deux jeunes adultes peu à peu gagnés par la dépression. Celle-ci se manifeste avant tout par une perte de motivation, grandissante dans leur quotidien, qui les pousse à entrer en thérapie, tandis que les manifestations affectives de leur humeur sont initialement rares et apparaissent plutôt dans le cours de la thérapie (pleurs, abattement...). L'humeur dépressive, dans d'autres films, n'est pas seulement l'état affectif manifesté par des individus singuliers mais tend à devenir un climat affectif général qui envahit les scènes et les paysages, notamment dans les films qui montrent la dépression du point de vue de ses causes sociales, comme le cinéma de Ken Loach, ou encore le film « Nomadland » de Chloé Zhao, sorti en 2020. Ce dernier film porte sur les « working poors » américains qui mènent une existence nomade pour trouver un emploi : on suit notamment Fern, interprété par Frances McDormand, une femme d'une cinquantaine d'années qui quitte une ville ouvrière du Nevada en plein effondrement économique et se rend d'un endroit désolé à un autre. Elle croise d'autres marginaux qui connaissent le même sort. L'ambiance évoque une tonalité affective globalement pessimiste, défaitiste, parfois triste, à travers les paysages mornes, les scènes du quotidien de ces individus sans véritable perspective, les conversations qui traduisent leurs inquiétudes, leur sentiment d'échec ou de déchéance progressive.

A partir de ces exemples, nous pouvons caractériser de façon préliminaire l'humeur dépressive par trois grands aspects :

- une phénoménologie en partie corporelle mêlant un inconfort corporel global qui est un sentiment d'affaiblissement, de diminution des forces, et un ressenti plus global de désaffection, de désintérêt pour le monde, suscitant un mal-être voire une souffrance psychologique ;
- une baisse globale de la motivation, ou disparition progressive des désirs, pouvant aller jusqu'à la perte de motivation pour les actions les plus quotidiennes ;
- une baisse globale des émotions, les émotions restantes étant principalement la tristesse, l'abattement ou le découragement, l'anxiété, et une orientation spécifique des pensées vers le défaitisme, le pessimisme, l'autodépréciation.

2. L'humeur dépressive dans le récit de Styron (2010)

Dans le récit de Styron, l'humeur dépressive est un état affectif occurrent, avec une phénoménologie distinctive ; cet état affectif se transforme qualitativement, tandis que Styron sombre dans un épisode dépressif de plus en plus sévère, les aspects corporels de sa phénoménologie devenant plus marqués, ainsi que la souffrance affective. « L'humeur dépressive », sous cette forme plus sévère, est alors un symptôme central de son épisode dépressif. L'épisode dépressif proprement dit commence lors d'un séjour à Paris : Styron, qui ressent cet état affectif depuis plusieurs mois, prend soudain conscience d'être dans un état dépressif qui nécessite une prise en charge médicale (Styron, 2010). A son retour aux Etats-Unis, il entreprend un traitement psychiatrique ; comme ni les médicaments antidépresseurs ni la psychothérapie ne parviennent à améliorer son état, il est finalement hospitalisé, et finit par se rétablir (Styron, 2010). Styron décrit donc deux périodes : une période au cours de laquelle il ressent simplement une humeur dépressive persistante, et une période au cours de laquelle cette humeur s'accompagne de conséquences si problématiques qu'il se trouve dans un état dépressif global nécessitant une prise en charge. Seule la deuxième période constitue l'épisode dépressif proprement dit, donc la dépression : ses limites temporelles sont identifiables puisque Styron le délimite par « la chute » et le « retour de l'abîme ». L'humeur dépressive n'est qu'une des composantes de l'état dépressif qui évolue tout au long de cet épisode dépressif ; elle est toutefois présente de manière occurrente du début à la fin de cet épisode. L'évolution de l'état dépressif traduit un cours de la dépression, dont la dynamique met en jeu de nombreux états mentaux et mécanismes affectifs et cognitifs.

Premièrement, l'épisode dépressif de Styron s'annonce par « un changement d'humeur », qu'il définit comme un changement de climat affectif, qui se traduit par une modification qualitative de ses ressentis perceptuels et affectifs :

« Ce n'était pas vraiment inquiétant au départ, car le changement était subtil, mais je remarquai que mon environnement prenait une tonalité différente à certains moments : les ombres paraissaient plus sombres au coucher du soleil, mes matins étaient moins animés, les promenades dans les bois étaient moins joyeuses [...] » (Styron, 2010, p. 28)¹⁸⁷

Il évoque son « humeur » comme un état mental général plus ou moins lucide, qui semble s'accompagner d'une phénoménologie distinctive évoquée par « l'obscurité » :

¹⁸⁷ “It was not really alarming at first, since the change was subtle, but I did notice that my surroundings took on a different tone at certain times: the shadows of nightfall seemed more somber, my mornings were less buoyant, walks in the woods became less zestful [...]” (Styron, 2010, p. 28)

« [...] il y avait maintenant quelque chose qui ressemblait à une bifurcation de l'humeur: une forme de lucidité dans les premières heures de la journée, une obscurité croissante dans l'après-midi et le soir [...] » (Styron, 2010, p. 15)¹⁸⁸

De plus Styron décrit des aspects corporels de la phénoménologie de cette humeur :

« Je ressentais une sorte d'engourdissement, une apathie, mais surtout une étrange fragilité – comme si mon corps était devenu frêle, hypersensible et d'une certaine manière désarticulé et maladroit, comme s'il n'était pas coordonné normalement. » (Styron, 2010, p. 29)¹⁸⁹

L'état corporel est donc ressenti comme globalement altéré.

Cette humeur dépressive se met alors à persister pendant des mois, sa phénoménologie devenant graduellement plus accusée ou plus inconfortable puisque Styron évoque une dégradation de son climat affectif¹⁹⁰. A un certain stade, cette humeur semble définitivement installée, puisque Styron évoque une tonalité, un ressenti qui ne varie plus, et qui est « l'obscurité » par laquelle il caractérisait la phénoménologie de cette humeur : « *En dépression, il fait toujours le même temps : la lumière a été coupée.* »¹⁹¹ (Styron, 2010, p. 17). Cette humeur, ce versant affectif de son état dépressif est en partie identifié par Styron à l'état affectif que l'on désigne, dans l'expérience courante, comme la « morosité » ou le « blues » :

« [...] la morosité, "le blues" que les gens ressentent à l'occasion et associent à la difficulté générale de l'existence quotidienne sont si courants qu'ils donnent à la plupart des individus un aperçu de la maladie dans sa forme catastrophique. » (Styron, 2010, p. 12)¹⁹²

Puisque la « morosité » ou le « blues » donnent seulement « un aperçu » de la maladie, la formulation de Styron suggère l'existence d'un état affectif, l'humeur dépressive, qui correspond au versant affectif de la dépression, du moins de façon centrale, puisqu'il est au cœur de son expérience subjective, mais il y connaît tout de même une transformation qualitative. D'après d'autres formulations de Styron, c'est principalement la souffrance

188 "[...] there was now something that resembled bifurcation of mood: lucidity of sorts in the early hours of the day, gathering murk in the afternoon and evening [...]" (Styron, 2010, p. 15).

189 "I felt a kind of numbness, an enervation, but more particularly an odd fragility—as if my body had actually become frail, hypersensitive and somehow disjointed and clumsy, lacking normal coordination." (Styron, 2010, p. 29)

190 "my worsening emotional climate" (Styron, 2010, p. 12)

191 "The weather of depression is unmodulated, its light a brownout." (Styron, 2010, p. 17)

192 "[...] the gloom, "the blues" which people go through occasionally and associate with the general hassle of everyday existence are of such prevalence that they do give many individuals a hint of the illness in its catastrophic form." (Styron, 2010, p. 12).

affective en partie constitutive de cet état affectif qui se transforme dans la dépression, en s'intensifiant au-delà de ce que l'on peut imaginer :

« Je ressentais dans mon esprit une sensation proche mais différente, de manière indescriptible, de la douleur à proprement parler. Cela m'amène à évoquer ici à nouveau la nature insaisissable d'une telle détresse. [...] Pour moi, c'est une douleur qui évoque celle d'une noyade ou d'une suffocation – mais même ces images sont inadéquates. » (Styron, 2010, p. 16)¹⁹³

Le ressenti corporel général est alors passé d'un engourdissement à un ralentissement généralisé, une paralysie progressive, l'altération de l'état corporel étant alors ressentie de manière extrême, en même temps que l'énergie mentale fait également défaut :

« La folie de la dépression est, de façon générale, l'antithèse de la violence. C'est une tempête, certes, mais une tempête de ténèbres. Très rapidement, les réactions sont ralenties, on est proche de la paralysie, l'énergie psychique est presque nulle. En définitive, c'est le corps qui est affecté et se sent épuisé, vidé. » (Styron, 2010, p. 31)¹⁹⁴

Styron décrit de larges effets distinctifs de son humeur sur ses états motivationnels et sa conduite. Tout d'abord il perd peu à peu tout désir, jusqu'à son désir sexuel¹⁹⁵, et son appétit¹⁹⁶. De plus, Styron décrit une baisse générale de sa motivation à agir intentionnellement, à faire des actions dirigées vers un but : il se décrit comme « zombifié » (Styron, 2010). Sa façon d'agir confine à l'automatisme :

« Quelqu'un, dans le groupe, percevant mon état d'esprit, présenta des excuses pour la mauvaise nuit, mais je me souviens avoir pensé que même si c'était l'une de ces soirées chaleureusement parfumées et passionnées pour lesquelles Paris est célébrée, je ne pouvais répondre que comme le zombie que j'étais devenu. [...] Et comme un zombie, au cours du dîner, je perdis le chèque du prix del Duca d'un montant de 25 000 dollars. J'avais glissé le chèque dans la poche intérieure de ma veste, mais quand je mis la main à cet endroit je m'aperçus qu'il n'y était plus. » (Styron, 2010, p. 17)¹⁹⁷

¹⁹³ “I was feeling in my mind a sensation close to, but indescribably different from, actual pain. This leads me to touch again on the elusive nature of such distress. [...] For myself, the pain is most closely connected to drowning or suffocation—but even these images are off the mark.” (Styron, 2010, p. 16)

¹⁹⁴ “The madness of depression is, generally speaking, the antithesis of violence. It is a storm indeed, but a storm of murk. Soon evident are the slowed-down responses, near paralysis, psychic energy throttled back close to zero. Ultimately, the body is affected and feels sapped, drained.” (Styron, 2010, p. 31)

¹⁹⁵ “The libido also made an early exit.” (Styron, 2010, p. 31)

¹⁹⁶ “I found myself eating only for subsistence.” (Styron, 2010, p. 31)

¹⁹⁷ “Someone in the group, sensing my state of mind, apologized for the evil night, but I recall thinking that even if this were one of those warmly scented and passionate evenings for which Paris is celebrated I would respond like the zombie I had become. [...] And zombielike, halfway through the dinner, I lost the del Duca prize check for \$25,000. Having tucked the check in the inside breast pocket of my jacket, I let my hand stray idly to that place and realized that it was gone.” (Styron, 2010, p. 17)

Enfin l'humeur dépressive de Styron a des effets sur ses états mentaux : le récit montre une disparition totale de ses émotions positives, ses émotions se limitant au découragement et à l'anxiété. Styron se décrit en effet comme étant en proie à une forme extrême de ce découragement, une « stupeur impuissante » se substituant à toute forme de pensée, et une forme extrême d'angoisse¹⁹⁸. De plus, le contenu de ses pensées a une orientation spécifique, principalement au défaitisme : au début de son épisode dépressif, il exprime la croyance selon laquelle il perd un combat intérieur mené depuis longtemps, et la certitude qu'il ne reviendra jamais en France et ne recouvrera jamais la santé :

« C'est par une soirée froide tard dans le mois d'octobre 1985, à Paris, que je pris pour la première fois la pleine conscience que le combat que je menais contre le trouble de mon esprit – un combat dans lequel j'étais engagé depuis de nombreux mois – pourrait bien avoir une issue fatale. [...] Je fus frappé par la certitude avec laquelle j'acceptai l'idée que je ne reverrais jamais la France, ni ne retrouverais la lucidité qui me quittait à une vitesse terrifiante. » (Styron, 2010, p. 10)¹⁹⁹

Plus l'épisode dépressif s'aggrave, plus ses pensées tournent au pessimisme et à l'autodépréciation :

« Parmi les nombreuses horribles manifestations de la maladie, à la fois physiques et psychologiques, un sentiment de haine de soi – ou, pour le dire de manière moins catégorique, d'absence d'estime de soi – est un des symptômes dont l'expérience est faite le plus universellement, et j'avais souffert de plus en plus d'un sentiment général de dévalorisation au fur et à mesure que la maladie avait progressé. » (Styron, 2010, p. 11)²⁰⁰

Au défaitisme, au pessimisme et à l'autodépréciation s'ajoute la culpabilité. Styron l'attribue à plusieurs personnages qu'il caractérise comme dépressifs, faisant d'elle un trait central de l'épisode dépressif, et on devine qu'il la partage. Il commente la nouvelle de Camus *La Chute* de la façon suivante:

« La culpabilité et l'auto-condamnation du narrateur-juriste, qui déroule son monologue morose dans un bar d'Amsterdam m'avaient paru criardes et excessives, mais à l'époque de

¹⁹⁸ “a condition of helpless stupor in which cognition was replaced by that positive and active anguish.” (Styron, 2010, p. 16)

¹⁹⁹ “In Paris on a chilly evening late in October of 1985 I first became fully aware that the struggle with the disorder in my mind—a struggle which had engaged me for several months—might have a fatal outcome. [...] I was shaken by the certainty with which I accepted the idea that I would never see France again, just as I would never recapture a lucidity that was slipping away from me with terrifying speed.” (Styron, 2010, p. 10)

²⁰⁰ “Of the many dreadful manifestations of the disease, both physical and psychological, a sense of self-hatred—or, put less categorically, a failure of self-esteem—is one of the most universally experienced symptoms, and I had suffered more and more from a general feeling of worthlessness as the malady had progressed.” (Styron, 2010, p. 11)

ma lecture j'étais incapable de voir que l'avocat se comportait comme un homme en proie aux affres de la dépression cliniques. » (Styron, 2010, p. 19)²⁰¹

Il évoque également, « *rongée par la culpabilité, égarée, terriblement déprimée, Emma l'adultère – qui court à son suicide* » (Styron, 2010, p. 33)²⁰².

En résumé l'humeur dépressive de Styron voit sa phénoménologie évoluer qualitativement au cours de sa dépression (notamment entre les prodromes de celle-ci et le cours de l'épisode dépressif proprement dit) sans que cet état affectif ne change de nature. Cette humeur se caractérise par :

- une phénoménologie distinctive mêlant un éloignement du réel, un inconfort physique, qui devient un engourdissement avec un sentiment de fragilité dans la dépression sévère, et une souffrance psychique, croissante avec la sévérité de l'état dépressif,
- une disparition des désirs et de la motivation à agir,
- une disparition des émotions positives, les émotions se limitant au découragement sous une forme sévère et à l'anxiété, et une orientation spécifique des pensées vers le pessimisme, le défaitisme, l'autodépréciation, et la culpabilité.

3. L'humeur dépressive dans les sciences cliniques contemporaines

Le récit de Styron nous a permis de voir que la dépression se présente comme un épisode dépressif, dans lequel on entre peu à peu, parce qu'une humeur dépressive persistante, de plus en plus pénible en termes de ressenti, s'accompagne de manifestations et d'effets de plus en plus gênants au niveau du corps, du comportement, des actions et des états mentaux. Pour compléter cette caractérisation et lui donner une portée plus générale, je vais maintenant me tourner vers les sciences cliniques contemporaines. Comme point d'entrée dans la clinique, je vais m'appuyer sur deux ouvrages de référence récents sur la dépression à

²⁰¹ “[...] *the guilt and self-condemnation of the lawyer-narrator, gloomily spinning out his monologue in an Amsterdam bar, seemed a touch clamorous and excessive, but at the time of my reading I was unable to perceive that the lawyer was behaving very much like a man in the throes of clinical depression.*” (Styron, 2010, p. 19)

²⁰² “*Guilt-ridden, distraught, miserably depressed, the adulterous Emma—heading toward eventual suicide—stumblingly tries to prod the abbé into helping her find a way out of her misery.*” (Styron, 2010, p. 33)

destination des cliniciens²⁰³ (Bellivier & Haffen, 2018; Goudemand, 2010) ainsi que sur un ouvrage portant plus spécifiquement sur l'humeur dépressive, sur le passage « de l'humeur normale à la dépression », et présentant l'avancée des recherches en psychiatrie, psychologie cognitive et neurosciences (Laurent & Vandell, 2016). Au-delà de ces ouvrages, je ferai référence pour chaque point abordé à quelques études récentes représentatives des recherches contemporaines en sciences cliniques sur ce point. Pour ce qui est de la phénoménologie de l'humeur dépressive, je vais m'appuyer principalement sur la grande étude de phénoménologie clinique de Ratcliffe (Ratcliffe, 2014), qui est une étude qualitative, abordant tous les aspects de cette phénoménologie de façon approfondie, tout en étant une étude de grande ampleur : Ratcliffe s'est fondé non seulement sur des récits de cas singuliers comme celui de Styron mais aussi sur les témoignages de 145 personnes ayant répondu à un questionnaire en ligne (Ratcliffe, 2014, p. 27). Les questions ouvertes lui ont permis de recueillir de nombreuses citations très informatives sur l'expérience de la dépression en première personne.

Je vais tout d'abord présenter le cadre clinique (critères, terminologie, distinctions...) dans lequel la dépression est aujourd'hui diagnostiquée, puis je caractériserai la phénoménologie de l'humeur dépressive, puis ses manifestations au niveau du corps, du comportement, des actions, et des fonctions cognitives, puis ses effets sur les états mentaux.

a. Le cadre clinique contemporain de la dépression

Le cadre clinique de la dépression est principalement constitué des critères de l'épisode dépressif caractérisé dans le DSM-5 et la CIM-11, de la terminologie désignant les aspects longitudinaux de la dépression, et de distinctions à propos de spécificités de l'épisode dépressif ou trouble dépressif : ce cadre clinique sert de point de départ aux sciences cliniques car il sert au diagnostic de dépression, sur lequel les études s'appuient pour tester ensuite telle ou telle hypothèse explicative à propos de tel ou tel de ses aspects. Je vais donc présenter

²⁰³ Ce sont deux ouvrages récents en français, élaborés par plusieurs dizaines d'experts et à destination des psychiatres, faisant la synthèse des connaissances des sciences cliniques et de l'avancée des recherches étiopathogéniques sur la dépression : *Les états dépressifs* (Goudemand, 2010) et *Actualités sur les maladies dépressives* (Bellivier & Haffen, 2018).

rapidement ce cadre avant de caractériser l'humeur dépressive grâce aux sciences cliniques, en la situant parmi les différents aspects de la dépression que celles-ci étudient²⁰⁴.

Rappelons que dans la CIM-11, le diagnostic d'épisode dépressif sert de base au diagnostic de trouble dépressif. Rappelons aussi que dans le DSM-5, le trouble dépressif caractérisé se définit directement par la persistance au-delà de deux semaines d'un ensemble de critères cliniques, qui sont deux critères centraux²⁰⁵ dont l'un des deux au moins est nécessaire au diagnostic, l'humeur dépressive et la perte d'intérêt et de plaisir (ou anhédonie), et sept critères additionnels²⁰⁶ parmi lesquels il faut en présenter au moins quatre : les variations du poids en lien avec des perturbations de l'appétit, l'insomnie ou l'hypersomnie presque tous les jours, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur presque tous les jours, la fatigue ou la perte d'énergie presque tous les jours, le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou l'indécision presque tous les jours, et les pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide, ou plan précis pour se suicider (Crocq et al., 2015, p. 188). Pour que le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé soit porté, les symptômes doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants, et ne doivent pas être attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale. Selon le nombre et l'intensité des symptômes, l'épisode dépressif peut être léger, moyen,

204 Outre les critères cliniques du DSM, la dépression peut être évaluée par des échelles de mesure, et par des questionnaires auto-administrés (Guelfi, 2010) : les échelles sont principalement l'échelle de dépression de Max Hamilton qui possède plusieurs variantes (Guelfi, 2010; Hamilton, 1986), la *Montgomery Asberg Depression rating scale* (Montgomery & Åsberg, 1979), la *Bech Rafaelsen Melancholia rating scale* (Bech & Rafaelsen, 1980) ; les questionnaires sont principalement le *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961), l'échelle de désespoir de Beck (Beck et al., 1974) et l'échelle CES-D de Radloff (Radloff, 1977). Ils peuvent aussi être utilisés par les épidémiologistes et les chercheurs en sciences cliniques. Ils peuvent être utilisés par le clinicien comme outils pour ce diagnostic, en plus des critères cliniques, par exemple pour évaluer des spécificités de la symptomatologie, ou pour évaluer l'évolution de la dépression sous l'effet des traitements (diminution du score sur une échelle de mesure). Pour le diagnostic, il existe en outre des entretiens semi-directifs permettant au clinicien de bien balayer les critères des classifications comme le DSM : le *Composite international diagnostic interview*, le *Genetic study inventory for genetic study*, le *Mini-international neuropsychiatric interview* et le *Structured clinical interview for DSM-5* (M'Bailara & Derguy, 2018). De plus de nouveaux outils psychométriques, sous forme d'échelles et de questionnaires, ont été développés ces dernières années pour évaluer des dimensions transnosographiques, donc non spécifiques à la dépression comme les ruminations (M'Bailara & Derguy, 2018). Tous ces outils psychométriques ont donc vocation à permettre l'application des critères cliniques, mais ces outils psychométriques ne permettent pas à eux seuls un diagnostic, et sont soumis à diverses critiques concernant leur validité interjuges (Guelfi, 2010). Je vais m'en tenir aux critères cliniques eux-mêmes comme point d'entrée dans les sciences cliniques, pour caractériser la dépression.

205 Dits « monothétiques »

206 Dits « polythétiques »

grave, et parfois s'accompagner de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations) (El-Hage, 2018, p. 77; Pull, 2018, p. 136-137).

Rappelons enfin que l'« humeur dépressive » qui figure dans ces critères, est décrite dans le DSM-5 de la façon suivante : « *Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes).* » (Crocq et al., 2015, p. 188). Cette description clinique semble réduire l'humeur dépressive à la tristesse, qui n'en est pourtant qu'un aspect : lorsqu'elle est entendue comme le versant affectif, voire le versant mental tout entier, de la dépression, elle inclut d'autres états affectifs comme le découragement et l'anxiété, mais aussi le pessimisme (« *un pessimisme de soi et du monde, une perte de l'estime de soi, une autodévalorisation* »), la perte d'intérêt et de plaisir (« *un sentiment de lassitude, d'émoussement voire d'indifférence affective, une diminution, un désintérêt ou une absence de plaisir (anhédonie) pour les activités habituelles* »), un émoussement affectif engendrant de la douleur morale et de la culpabilité²⁰⁷, ou encore des crises colères ou de l'angoisse (Agbokou & Allilaire, 2010). Je vais en fait situer l'humeur dépressive, dans ce versant mental de la dépression, comme un état affectif distingué par sa phénoménologie affective distinctive et ses manifestations au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux, qui de plus cause d'autres états mentaux, affectifs et cognitifs, constitutifs du versant mental de la dépression.

Un épisode dépressif peut survenir de manière isolée ou constituer une récurrence ou une récurrence par rapport à un ou plusieurs épisodes dépressifs antérieurs. On parle d'une « rémission » de l'épisode dépressif si les symptômes disparaissent pendant au moins deux mois ; elle peut être incomplète si certains symptômes persistent, on parle alors de « rémission partielle » (Pull, 2018, p. 137). Un épisode dépressif est dit « persistant » en l'absence de rémission ; une récurrence désigne un nouvel épisode dépressif qui intervient après une période d'au moins deux mois consécutifs sans remplir les critères de l'épisode dépressif ; enfin on parle d'épisodes récurrents s'ils se succèdent en étant séparés par de tels intervalles d'au moins deux mois sans symptôme (El-Hage, 2018, p. 77). Le trouble dépressif devient récurrent dans la majorité des cas, et la durée des intervalles libres de symptômes décroît avec le temps (El-Hage, 2018, p. 78). Ces aspects longitudinaux nous montrent que la dépression

²⁰⁷ « *La perte de la capacité à s'émouvoir (indifférence voire anesthésie affective) est vécue douloureusement par le déprimé et engendre un sentiment de culpabilité à l'égard des proches.* » (Agbokou & Allilaire, 2010)

se présente généralement comme une maladie récurrente dont les symptômes apparaissent ou s'aggravent dans les épisodes dépressifs, et disparaissent ou persistent dans les périodes de rémission.

Dès le premier épisode dépressif, on peut diagnostiquer un trouble dépressif, c'est-à-dire un des différents troubles dépressifs de cette catégorie de troubles psychiatriques : un trouble dépressif majeur, un trouble dépressif persistant (dysthymie), un trouble avec dysrégulation de l'humeur, un trouble dysphorique prémenstruel, un trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, un trouble dépressif associé à une autre affection médicale, ou encore un autre trouble dépressif (El-Hage, 2018, p. 73). Cependant l'épisode dépressif ne donne pas nécessairement lieu au diagnostic d'un trouble dépressif : il peut survenir dans le cadre d'un autre type de trouble, comme un trouble anxieux. Le diagnostic de trouble dépressif peut aussi être porté en même temps qu'un autre. En effet la dépression présente de nombreuses comorbidités : avec les troubles de la personnalité (Corruble & Granger, 2018), avec la schizophrénie (Llorca, 2018), avec les troubles des conduites alimentaires (Thiebaut & Guillaume, 2018), avec le trouble de l'hyperactivité chez l'adulte (Caci, 2018), avec les addictions (Achab et al., 2018; Dereux & Vorspan, 2018) et avec les psycho-traumatismes (Warembourg et al., 2018).

L'épisode dépressif peut aussi présenter diverses spécificités. Premièrement il peut avoir des caractéristiques qui suggèrent un trouble bipolaire (El-Hage, 2018, p. 77), dont le diagnostic requiert néanmoins qu'au moins un épisode maniaque ou hypomaniaque puisse être diagnostiqué. Les spécificités d'un épisode dépressif indiquant qu'il pourrait s'inscrire dans un trouble bipolaire sont par exemple la précocité du premier épisode dépressif, son début et sa fin abrupte, ou encore des antécédents familiaux de troubles de l'humeur, mais aussi des spécificités de la symptomatologie, comme l'irritabilité ou l'agitation psychomotrice ou le ralentissement psychomoteur marqué, voire de « caractéristiques mixtes » de l'épisode dépressif, c'est-à-dire mêlant des symptômes d'épisode dépressif et d'épisode maniaque (Marlinge, 2018). Deuxièmement l'épisode dépressif peut s'accompagner de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations) qui interviennent dans des cas sévères (El-Hage, 2018, p. 75) et donnent lieu à un diagnostic spécifique de dépression psychotique (Molière, 2018, p. 100-103). Troisièmement il existe des « caractéristiques mélancoliques » de l'épisode dépressif : une perte de plaisir et d'intérêt très forte (anhédonie intense), une absence de réactivité aux stimuli habituellement plaisants, une qualité particulière de l'humeur dépressive marquée par un abattement profond, un sentiment de désespoir ou une

morosité ou une anesthésie affective, une dépression plus marquée le matin avec des réveils matinaux précoces, des symptômes psychomoteurs marqués, une perte de poids significative, une culpabilité très intense (Molière, 2018). Ces caractéristiques recourent les critères de l'épisode dépressif, si bien qu'elles le spécifient surtout en termes de sévérité, un tel épisode étant à fort risque de récurrence, donnant alors lieu à une « dépression mélancolique » dont le taux de rémission est plus faible (Molière, 2018). Je vais laisser de côté ces différents ensembles de spécificités pour me concentrer sur le tableau clinique standard de l'épisode dépressif, afin de caractériser l'humeur dépressive et sa place dans ce tableau de la façon la plus générale²⁰⁸.

b. La phénoménologie de l'humeur dépressive

Rappelons que du fait des notions cliniques de « dépression masquée », et de tableau dépressif « comportemental », centré sur le ralentissement psychomoteur, l'humeur dépressive semble pouvoir être inconsciente-P en tant qu'humeur, lorsque sa phénoménologie se réduit à un état corporel ressenti. Dans le cas général, cependant, elle est consciente-P, car elle se manifeste par une phénoménologie distinctive qui a d'autres aspects, plus affectifs. Cette phénoménologie de l'humeur dépressive, son « effet que cela fait », est au cœur des travaux des phénoménologues contemporains qui se sont intéressés à la dépression dans la clinique²⁰⁹ (Aho, 2013; Englebert & Stanghellini, 2015, 2016; Fernandez, 2014b, 2014a; Fuchs, 2002, 2005, 2013; Ratcliffe, 2010, 2013a, 2014; Stanghellini, 2004; Stanghellini & Rosfort, 2013; Svenaeus, 2013). De ces travaux en particulier, mais aussi d'autres travaux abordant les aspects qualitatifs de la dépression dans les sciences cliniques, ressortent trois grands aspects de la phénoménologie de l'humeur dépressive :

- premièrement un ressenti corporel de valence négative : un état corporel ressenti comme globalement altéré,

²⁰⁸ Dans le DSM-5, outre les caractéristiques psychotiques, mixtes et mélancoliques, il en existe d'autres : la détresse anxieuse, les caractéristiques catatoniques, les caractéristiques atypiques, le début lors du péripartum et le caractère saisonnier.

²⁰⁹ Conformément à l'approche « phénoménologique » à proprement parler en philosophie, ces travaux expliquent en fait les aspects qualitatifs de cette phénoménologie en termes de modifications structurales de l'expérience consciente, pour partie constituées de modifications de l'expérience du corps et des possibilités offertes par celui-ci.

- deuxièmement une phénoménologie plus globale, concernant le rapport au monde : le ressenti d'une distance vis-à-vis du monde, notamment vis-à-vis d'autrui,
- troisièmement une souffrance psychologique, non liée à un ressenti corporel, à laquelle les sciences cliniques contemporaines appliquent la notion de « douleur morale ».

i. L'altération de l'état corporel global

Certains phénoménologues se sont particulièrement attachés à mettre en évidence une altération de l'état corporel global, tel qu'il est ressenti en première personne, dans la dépression (Fuchs, 2002, 2005, 2013; Ratcliffe, 2014, Chapitre 3). Cette altération est ressentie d'une part à travers un ressenti de fatigue intense, l'asthénie, avec un affaiblissement, voire un engourdissement du corps, d'où un sentiment de vulnérabilité, de fragilité, comme celui que rapportait Stryon. Elle est ressentie d'autre part à travers un sentiment général d'« être malade », qui serait le ressenti d'un état inflammatoire.

Fuchs met surtout en évidence le fait que le corps est ressenti dans la dépression d'une façon désagréable, ce qui en fait un objet de l'expérience consciente, au lieu qu'il en soit le médium invisible : « *le corps-vécu est transformé en un corps objectif et corporel*²¹⁰, ou « *corps pour les autres* » » (Fuchs, 2002, p. 23). Autrement dit on prend conscience de son corps comme d'un organisme et d'un corps physique visible par les autres, au lieu de l'habiter sans s'apercevoir de sa présence, à travers les possibilités d'actions qu'il offre, comme c'est le cas dans l'expérience courante. Cela résulte du fait que le corps est dans un état global altéré qui fait qu'il ne « *répond* » pas de la façon ordinaire, ce qui révèle sa présence dans l'expérience subjective : il « *oppose de la résistance aux intentions et impulsions du sujet* », qui ressent « *une oppression générale, de l'anxiété, de la rigidité* », une « *inhibition psychomotrice* » que les patients doivent surmonter par un effort inhabituel pour faire ne serait-ce que les tâches du quotidien, inhibition qui culmine dans la « *stupeur* » (Fuchs, 2005, p. 99). A cela s'ajoute en négatif le fait que le corps n'est plus ressenti dans sa dimension « *conative* », c'est-à-dire comme source d'états conatifs, motivationnels, soit des désirs, des besoins, du désir sexuel,

²¹⁰ Fuchs dit aussi « anatomique » (Fuchs, 2002, p. 24)

des appétits, etc. qui permettent ordinairement d'appréhender l'environnement à travers les possibilités d'action offertes par le corps (Fuchs, 2005, p. 99). Le corps fait ainsi obstacle dans l'expérience subjective, son ressenti fait barrière à l'expérience du monde et des relations interpersonnelles : le corps cesse de permettre une communication spontanée, affective, avec autrui, alors qu'ordinairement le corps « *médiatise notre participation à un espace affectif partagé* », d'où le sentiment d'une distance croissante avec autrui notamment sur le plan émotionnel (Fuchs, 2005, p. 100, 2013, p. 219).

Les travaux de Ratcliffe caractérisent plus en détails l'altération de l'état corporel ressentie dans la dépression. Tout d'abord Ratcliffe dégage, à partir des réponses des personnes interrogées à ses questions ouvertes, des éléments récurrents, notamment un sentiment de lourdeur, d'épuisement, de manque de vitalité, des douleurs, un malaise, des nausées (Ratcliffe, 2013a, p. 3). Ratcliffe souligne que nombre de patients insistent sur le caractère indissociable des aspects corporels et plus strictement mentaux de la dépression tels qu'ils sont ressentis en première personne. Il relève nombre de citations le ressenti général d'un inconfort, d'une fatigue, d'une absence d'énergie, d'un corps lourd, douloureux (Ratcliffe, 2014, p. 76-77) :

8. *Très fatigué et désagréable*

26. *Lourd comme du plomb. La plupart du temps je n'arrive pas à sortir du lit.*

41. *Fatigué, endolori.*

66. *Fatigué et douloureux. J'ai l'impression que la gravité me pousse vers le bas.*

#129. *Mon corps me paraît très lourd et c'est un effort de bouger.*

133. *Epuisé, vidé, sans énergie.*

180. *Fatigué mais pas somnolent. Ma nuque et mes épaules sont tendus ce qui me donne des maux de tête.*

228. *Ça fait mal. Il arrive que je me sente malade. Il arrive que j'aie mal à l'estomac et à la gorge et que je me sente anxieux.*

266. *Epuisé, membres lourds, douleurs, maux de tête, fatigue, distanciation.*

312. *Lourd, voûté, avec des sueurs chaudes et froides. Vulnérable et creux.*

357. *Pas d'énergie. Totalement au bout du rouleau.*

#14. *Lent, lourd, léthargique et douloureux. Chaque matin je me lève avec une gorge douloureuse, un mal de tête et le nez bouché. Tout me semble mille fois plus difficile à faire. Pour sortir du lit et prendre une tasse de thé, c'est un tel effort. Tout mon corps me fait mal et j'ai l'impression qu'il va se briser.*

22. *Léthargique, comme s'il était remplie de plomb. Mes jambes me paraissaient lourdes tout le temps et j'étais incroyablement fatigué. C'était un cycle horrible – plus je me sentais fatigué, plus je restais au lit, de telle sorte que quand je me levais, je me sentais encore plus léthargique. Parfois je me sentais tellement engourdi que j'avais l'impression que je ne pouvais rien manger, ou bien je me sentais « trop triste » pour manger. Je pense que beaucoup de gens ont l'impression que la dépression est une maladie strictement mentale, et je ne peux pas l'expliquer mais en réalité elle t'affecte tout autant physiquement, et c'est comme si ton corps s'effondrait.*

166. *C'était comme si j'avais eu une grosse corde marine passée à travers mon estomac avec un nœud gros comme mes deux poings réunis à l'avant qui pesait sur moi sous le poids d'une enclume située derrière moi (1,5-2 mètres) à l'autre bout de la corde.* 211

Ratcliffe met aussi en évidence un ressenti plus spécifique, présent dans certains cas : le sentiment d'« être malade », de « ne pas être bien »²¹². C'est le ressenti d'un état corporel qui se retrouve dans diverses pathologies somatiques (Ratcliffe, 2013a, 2014, p. 87) : des maladies aiguës comme la grippe (Ratcliffe, 2013a, p. 4), des maladies infectieuses comme l'influenza, ou des maladies chroniques (Ratcliffe, 2014, p. 87). Ratcliffe se fonde à la fois sur des données de l'immunobiologie et sur des études qualitatives de l'expérience subjective de ces états, pour isoler ce ressenti, qui correspondrait au ressenti d'un état inflammatoire²¹³.

211 “#8. *Very tired and uncomfortable.* #26. *As heavy as lead. I can't drag it out of bed most of the time.* #41. *Tired, aching.* #66. *Tired and painful. I feel like gravity is pushing me down.* #129. *My body seems very heavy and it's an effort to move.* #133. *Exhausted, drained, no energy.* #180. *Tired but not sleepy. Tight neck and shoulders giving headaches.* #228. *It aches. I can feel flish. My stomach and throat can ache and I feel anxious.* #266. *Exhausted, heavy limbs, aching, headaches, tired, spaced out.* #312. *Heavy, arched and with hot and cold sweats. Vulnerable and hollow.* #357. *No energy. Just totally run down.* #14. *Slow, heavy, lethargic and painful. Every morning I wake with a sore throat, headache and blocked nose. Everything feels 1000 times harder to do. To get out of bed, hold a cup of tea, it's all such an effort. My entire body aches and feels like it is going to break.* #22. *Lethargic, like it's full of lead. My legs felt heavy all the time and I felt ridiculously tired. It was a horrible cycle—the more I felt tired, the more I stayed in bed, so that when I did get up I'd feel even more lethargic. Sometimes I would feel so numb I felt like I couldn't eat anything, or I'd feel 'too sad' to eat. I think a lot of people have this impression that depression is a purely mental illness, and I can't explain it but it totally affects you physically as well and your body just goes into meltdown mode.* #166. *It would feel like I had a large nautical rope threaded through my stomach, with a knot bigger than both my fists together at the front pushing on me under the weight of an anvil behind me (1.5–2 meters) on the other end of the rope.*” (Citations recueillies par Ratcliffe, 2014, p. 76-77)

212 “this general « feeling of being unwell »” (Ratcliffe, 2014, p. 87)

213 Il serait attribuable à une augmentation de la libération de cytokines par les globules blancs (Ratcliffe, 2013, p. 10-11). Les études immunologiques sur l'étiologie de la dépression montrent effectivement des niveaux élevés de cytokines (Guilbaud et al., 2002), et les travaux de Harrison (Harrison et al., 2009) montrent que les activations neurales induites par cette réponse immunitaire sont similaires à celles qui ont été mises en évidence dans la neurobiologie de l'humeur notamment par les travaux de Mayberg (Mayberg, 2003; Mayberg et al., 1997), ce qui atteste l'hypothèse de Ratcliffe (Ratcliffe, 2013a, p. 12-13). Ratcliffe décrit cet état inflammatoire ainsi : “*What I have in mind is something we often experience before the arrival of more specific symptoms, something that can also linger on for a time after those symptoms have passed. It is not pathogen-specific, and many acute and chronic illnesses involve much the same kind of experience. There is a lack of vitality, inability to concentrate, diminished inclination to act and a feeling of being disconnected from things. This is largely attributable to an immune response common to many illnesses, involving increased release of protein molecules called pro-inflammatory cytokines by white blood cells (particularly monocytes). These cytokines play a regulative role, serving to increase the body's inflammatory response to infection.*” (Ratcliffe, 2014, p. 89).

Dans les témoignages, il est décrit comme le sentiment d'être en train de tomber malade (Ratcliffe, 2014, p. 91) :

334. Quand j'ai commencé à souffrir de la dépression je disais toujours que je me sentais comme si quelque chose n'allait pas vraiment au sens où je ne me sentais pas très bien. Je me sentais toujours comme si j'étais en train de m'enrhumer au sens où je n'étais pas en forme. Mes changements d'humeur sont généralement accompagnés de maux de tête, parfois assez sévères, et toujours au réveil. Si cela arrive, je sais que mon humeur est en train de changer et que mon mal de tête ne s'en ira pas avant que je m'endorme le soir.

*# 352. Je remarque que j'ai davantage de petites douleurs, et aussi que je me sens nauséux et que j'ai un sentiment indéfinissable de ne pas être bien.*²¹⁴

La différence entre l'expérience de cet état corporel dans la dépression et dans une maladie somatique est que dans la dépression, ce ressenti est indissociable d'autres aspects de la phénoménologie de l'humeur dépressive²¹⁵, comme le sentiment de ne plus faire partie du monde, ou le sentiment d'une perte de sens, le sentiment d'être prisonnier d'un état dont on ne peut sortir... (Ratcliffe, 2013a, p. 5). Je vais aborder ces autres aspects qui convergent pour constituer le ressenti global d'une distance par rapport au monde et à autrui.

ii. La distance au monde

²¹⁴ “#334. When I first started to suffer from depression I always used to say that it felt as though something ‘wasn’t quite right’ in that I generally felt under the weather. It felt as though I was always coming down with a cold in that I felt ‘below par’. My swings in mood are generally accompanied by headaches, sometimes quite bad, and I will always wake up with them. If that is the case I know that my mood is changing and that my headache will not go until I go to sleep that night. #352. I notice small aches and pains more and also feel nauseous and have an indefinable feeling of being unwell.” (Citations recueillies par Ratcliffe, 2014, p. 91).

²¹⁵ Ratcliffe s'oppose à une vision radicale qui serait premièrement de réduire la phénoménologie de l'humeur dépressive au ressenti de cet état inflammatoire, puis deuxièmement, dans la mesure où un tel état inflammatoire peut avoir diverses étiologies, de renoncer à l'unité de la catégorie « dépression » au profit de diverses maladies correspondant à chacune de ces étiologies : un tel ressenti ne donne pas nécessairement lieu à une humeur dépressive, tandis que celle-ci a d'autres aspects, ce qui veut dire que nous pouvons distinguer par leurs phénoménologies respectives un état somatique inflammatoire et une humeur dépressive faisant intervenir un tel état (Ratcliffe, 2013a, p. 13-14). Mais, il pourrait y avoir lieu de distinguer des cas où un état inflammatoire cause une dépression, des cas de corrélation entre une maladie inflammatoire et une dépression, et des cas de dépression simple dont la phénoménologie comporte un ressenti corporel analogue à celui d'un état inflammatoire, qu'un tel état soit véritablement présent au niveau immunitaire ou non (Ratcliffe, 2013a, p. 15, 2014, p. 91-94).

Outre ses aspects corporels, la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive se caractérise par le ressenti d'une distance au monde, en particulier à autrui²¹⁶, ressenti évoqué par Styron (2010), et décrit dans un des récits étudiés par Ratcliffe par la métaphore d'observer la ville de Paris rapetisser par la fenêtre d'un train express²¹⁷ (Ratcliffe, 2014, p. 203). Dans certains cas, ce ressenti de distance peut être plus marqué, au point de créer un sentiment d'étrangeté, au cours d'épisodes s'inscrivant dans le cours de la dépression²¹⁸.

Ratcliffe explicite cette distance comme une altération du « sens de la réalité », qui est un ressenti, celui de faire partie du monde, normalement présent dans toute expérience subjective (Ratcliffe, 2014, p. 55). Ratcliffe rapporte plusieurs témoignages qui décrivent l'altération de ce « sens de la réalité » comme le fait de sentir éloigné du monde, séparé de lui, plutôt que d'en faire véritablement partie, en particulier en tant qu'espace interpersonnel, au sein duquel on pourrait être en relation avec autrui (Ratcliffe, 2014, Chapitres 2; 8). Ce sentiment consiste dans le ressenti d'une absence d'horizon, de possibilités offertes par le monde²¹⁹, et peut aller jusqu'au sentiment d'être dans un lieu distinct, éloigné : les témoignages évoquent ce sentiment métaphoriquement comme le sentiment d'être en incarcération dans un lieu éloigné (Ratcliffe, 2014, p. 64-65). L'altération du « sens de la réalité » est donc une caractérisation globale de la phénoménologie de l'humeur dépressive :

216 Il ne s'agit pas ici du syndrome de déréalisation, qui est un syndrome spécifique susceptible de survenir dans la dépression mais aussi dans d'autres troubles mentaux : ce syndrome est généralement associé à la dépersonnalisation, et figure dans le DSM-5 parmi les troubles dissociatifs. Il est possible que le ressenti de distance au monde présent dans la phénoménologie de l'humeur dépressive favorise ce syndrome, voire en relève dans certains cas. Mais la dépersonnalisation-déréalisation a une phénoménologie spécifique : elle ne consiste pas uniquement dans le fait de se sentir à distance du monde et d'autrui, principalement en raison d'un émoussement affectif, mais plus précisément, pour la déréalisation, dans « *un vécu d'irréalité et de détachement du monde extérieur* », tandis que la dépersonnalisation qui généralement l'accompagne consiste dans « *un détachement de son esprit, de soi-même* » (Guelfi, 2016).

217 *"It's like watching Paris from an express caboose heading in the opposite direction—every second the city gets smaller and smaller, only you feel it's really you getting smaller and smaller and lonelier and lonelier, rushing away from all those lights and that excitement at about a million miles an hour."* (Ratcliffe, 2014, p. 203).

218 Ces cas suggèrent un syndrome de dépersonnalisation-déréalisation : *"People sometimes talk of feeling alive, dead, distant, detached, dislodged, estranged, isolated, otherworldly, indifferent to everything, overwhelmed, suffocated, cut off lost, disconnected, out of sorts, not oneself, out of touch with things, out of it, not quite with it, separate, in harmony with things, at peace with things or part of things. There are references to feelings of unreality, heightened existence, surreality, familiarity, unfamiliarity, strangeness, isolation, emptiness, belonging, being at home in the world, being at one with things, significance, insignificance, and the list goes on. People also sometimes report that 'things just don't feel right', 'I'm not with it today', 'I just feel a bit removed from it all at the moment', 'I feel out of it' or 'it feels strange'."* (Ratcliffe, 2014, p. 36)

219 #277. *The world holds no possibilities for me when I'm depressed. Every avenue I consider exploring seems shut off.* #280. *When I'm not depressed, other possibilities exist. Maybe I won't fail, maybe life isn't completely pointless, maybe they do care about me, maybe I do have some good qualities. When depressed, these possibilities simply do not exist.* (Ratcliffe, 2014, p. 67)

de la façon la plus caractéristique, elle consiste à avoir un sentiment d'« étrangement », à ressentir les choses comme si elles étaient distantes²²⁰.

Or ce « sens de la réalité » résulte normalement, selon Ratcliffe, de la conscience indistincte des possibilités constitutives de cette expérience (Ratcliffe, 2014, p. 55). En effet ce sont ces possibilités qui confèrent habituellement à l'expérience un horizon au sens de la conscience de son caractère ouvert, non borné (Ratcliffe, 2014, p. 41-50). Or ces possibilités sont érodées dans la dépression, ce qui réduit cet horizon et altère le ressenti supposé en émerger, le « sens de la réalité »²²¹. Selon Ratcliffe cette érosion est elle-même liée à l'altération de l'état corporel, dont résulte l'érosion des possibilités offertes par l'expérience (Ratcliffe, 2014, p. 59-64). Ce fondement corporel de la phénoménologie de la dépression est aussi mis en évidence par les autres phénoménologues (Aho, 2013; Fuchs, 2002, 2005, 2013; Stanghellini & Rosfort, 2013; Svenaeus, 2013). L'expérience de la dépression consiste donc fondamentalement selon Ratcliffe dans une érosion des possibilités normalement constitutives de l'expérience subjective qui sont : *les modalités perceptuelles* sous lesquelles les choses nous apparaissent, le *contenu* de nos expériences, nos *modes d'anticipation*, nos *modes d'agentivité* (possibilités offertes à notre capacité d'agir) liés à des manières pour les choses d'être significatives relativement à nos actions (par exemple en tant que danger, qu'utile au plan pratique...), et les *possibilités interpersonnelles* (Ratcliffe, 2014, p. 52). Par conséquent le ressenti de distance au monde a différents aspects, respectivement liés à l'érosion de ces différents types de possibilités.

Concernant les modalités perceptuelles, la distance au monde correspond à la perte de familiarité, à l'étrangement à l'égard des choses, dont les qualités, comme les couleurs, semblent appauvries²²².

220 “The resultant estrangement from the world amounts to a change in the sense of reality and belonging—things no longer appear available; they are strangely distant, not quite ‘there’ anymore.” (Ratcliffe, 2014, p. 71)

221 Ratcliffe le définit comme un “sentiment existentiel” (“existential feeling”), qui est pré-intentionnel, c'est-à-dire qu'il est à la source de nos états intentionnels, qui sont dirigés vers des objets, même s'il n'est pas lui-même dirigé vers quelque chose en particulier (Ratcliffe, 2014, p. 34-41).

222 “[...] the world had lost its welcoming quality. It wasn't a habitable earth any longer. [...] It became impossible to reach anything. Like, how do I get up and walk to that chair if the essential thing that we mean by chair, something that lets us sit down and rest or upholds us as we read a book, something that shares our life in that way, has lost the quality of being able to do that?” (Quoted by Hornstein, 2009, pp.212-3), in (Ratcliffe, 2014, p. 166); #23. *The world looks very different when I am depressed, because everything looks dark/black and bleak. To me it looks like the colour and joy has been sucked out of the world and that the world looks completely dull.* (Ratcliffe, 2014, p. 112)

Concernant le contenu de l'expérience, il s'appauvrit particulièrement sur le plan affectif, émotionnel, en lien avec l'altération de l'agentivité.

Fuchs relie à l'altération du corps un sentiment de détachement des personnes relativement à leurs émotions et à leur environnement, car il explique par cette altération le fait que les personnes n'entrent plus en résonance avec le monde qui les entoure, notamment avec autrui, sur le plan affectif (Fuchs, 2005, p. 100). Svenaeus part de la conception de Fuchs selon laquelle l'altération du corps empêche d'entrer en résonance avec le monde et autrui, et élabore une position selon laquelle l'humeur dépressive s'accompagne tout de même d'une résonance affective, mais altérée, à la fois quantitativement, en étant abaissée, et qualitativement, en étant limitée à certaines tonalités affectives, en particulier des tonalités tristes, ennuyeuses et inquiétantes (Svenaeus, 2013). Aho dit que la dépression s'accompagne d'une « *atmosphère d'indifférence émotionnelle* », la personne ne distinguant plus ce qui est important ou significatif pour elle (Aho, 2013). Gallegos parle d'une « *déconnexion émotionnelle* » manifestant l'humeur dépressive (Gallegos, 2017). Cela correspond à la notion clinique d'« émoussement affectif », désignant l'érosion de l'ensemble des éprouvés subjectifs affectifs et de leurs manifestations (Pasquier, 2012, 2013). Fernandez, un autre phénoménologue clinique, place cette distance affective au cœur de l'expérience de la dépression : il thématise celle-ci comme n'étant pas une « humeur » au sens classique de Heidegger, qui serait la tonalité affective d'un certain « être-situé » dans le monde, mais plutôt comme le fait d'être radicalement « dé-situé », d'où l'absence de résonance affective avec le monde (Fernandez, 2014a). Il s'oppose ici à Ratcliffe, qui relie plutôt cette baisse des émotions au désespoir (« *hopelessness* ») et à la culpabilité (« *guilt* ») : selon Ratcliffe (2014), ces derniers interviennent dans la dépression, non pas comme des émotions à proprement parler, qui devraient nous relier à certains objets, mais en tant que sentiments existentiels, ce qui les fait changer de nature, et entraîne l'impossibilité d'un vécu affectif ordinaire. Le « désespoir » n'est pas le ressenti d'une perte particulière, comme la tristesse, ou celui d'une évaluation négative de telle ou telle perspective future comme le découragement, mais c'est un sentiment existentiel de la perte de tout espoir, de toute perspective (Ratcliffe, 2014, Chapitre 4). La culpabilité existentielle est quant à elle le sentiment d'avoir fauté non pas à propos de telle ou telle chose, mais d'être intrinsèquement coupable, d'être coupable en soi, par le simple fait d'exister (Ratcliffe, 2014, Chapitre 5). Ces sentiments existentiels créent une

indifférence affective, que Ratcliffe décrit comme une absence d'« attractivité »²²³ du monde pour le sujet, et d'« entrain »²²⁴ de celui-ci à l'égard de quoique ce soit²²⁵. Ainsi il y a une distance émotionnelle qui participe du sentiment général de distance au monde ; de plus cette distance est étroitement liée à un autre aspect de ce dernier qui est l'érosion du sentiment d'agentivité.

Ratcliffe montre que le sentiment de ne plus pouvoir agir ou même exercer sa volonté, est consubstantiel d'une érosion des possibilités d'action offertes par le monde, car ce sentiment d'agentivité est permis par la saisie de ces possibilités d'action (Ratcliffe, 2014, Chapitre 6). Ainsi ce sentiment va de pair avec l'absence de perception d'attractivité du monde, et la perte d'entrain du sujet, qui finit par se sentir incapable d'agir²²⁶ (Ratcliffe, 2014, p. 157). Cela le place à distance des choses, comme s'il en était éloigné, « déconnecté », tout en se sentant impuissant à agir²²⁷. Tous ces aspects sont constitutifs d'une mise à distance

223 « enticement »

224 « drive »

225 “The world no longer ‘draws one in’; its enticement is diminished or absent [...]” (Ratcliffe, 2014, p. 119)

226 “‘Depression’, I will show, encompasses a range of experiences, which implicate anticipated outcome and motivation in subtly different ways. Changes in the structure of anticipation can affect motivation. Sometimes, one is unable to contemplate the possibility of positive change and consequently loses any motivation to act. But, contrary to Roberts’ account, this need not involve imagining a future state of affairs, given that one’s current situation is experienced as lacking the relevant kinds of possibility. And there are other cases where a sense of significant possibility remains, a sense that it would be better if certain things were done. Even so, there is no ‘enticement’ to act, and action may even present itself as impossible.” (Ratcliffe, 2014, p. 157)

227 “Without any invitation from the world, any ‘pull’ on us from our surroundings, effortless action is no longer a possibility. Everything seems curiously distant, disconnected, amounting to an all-pervasive loss of motivation: “When you’re depressed, it feels as though there is a huge distance between you and things, which are inert, unresponsive to your wishes. Now that I was feeling better, a pen would leap into my hand, soap seemed to cover me of its own accord, the towel would be in exactly the right place for me to pick it up. Instead of being the slave of the objects around me, I was part again of an active world in which I could participate.” (Lewis, 2006, p.225) *When the world fails to entice, things still appear significant in other ways. So the person may still ‘want’ to act, and there is a sense in which she remains motivated. But there is another sense in which motivation is lacking: a will to act, a drive towards action, is gone from experience and so she feels unable to respond to significant possibilities, even though she still cares. She therefore feels helpless, maybe worthless.*” (Ratcliffe, 2014, p. 166).

“‘I see, I hear!’ such patients say, ‘but the objects do not reach me, it is as if there were a wall between me and the outer world!’ (William James, 1890, p.298). *At least part of what is going on here is the complete or near-complete removal of enticing possibilities from the world; things no longer move one in the ways they did. This is inextricable from a diminishment of the usual sense of reality, from a sense of being there, situated in the same world as the entities one encounters.*” (Ratcliffe, 2014, p. 186-187)

affective de la réalité, qui participe du ressenti global de distance au monde caractérisant la phénoménologie de l'humeur dépressive²²⁸.

Un autre aspect du ressenti de distance au monde est une érosion des modes d'anticipation qui crée une impossibilité de se projeter dans le futur, mais aussi de donner un sens à son passé en fonction de cette projection. Cela est en lien avec la distance affective, notamment l'érosion du sentiment d'agentivité, car la possibilité de se projeter dans le futur dépend de celle de pouvoir agir²²⁹. Cette oblitération du futur est également liée à la culpabilité lorsque celle-ci est présente²³⁰. En conséquence de l'érosion des modes d'anticipation, la conscience du temps est globalement altérée²³¹. L'étude de Ratcliffe (2014) montre que pour les sujets dépressifs, le temps s'allonge, s'étire, ou au contraire semble passer beaucoup trop vite : il leur est impossible de vivre le moment présent suivant une structure temporelle ordinaire, qui dépend des possibilités d'action, de résonance affective avec le monde et autrui, ce qui crée un sentiment de distance à l'égard de toutes les situations et activités interpersonnelles²³².

228 *"In the absence of enticing possibilities, things 'look' strangely different, distant, and there is a feeling of being 'not quite there', cut off from everything and everyone."* (Ratcliffe, 2014, p. 180)

229 *"One way of construing the inability to act in depression is in terms of the loss, self-initiated or otherwise, of projects upon which the significance of however many experienced entities, situations, and events depends. With this, there is a diminished sense of being presented with possibilities for action. This account most likely does apply to some cases of diagnosed depression. Such an experience would also involve losing all of the hopes that depended on the projects in question. And there might also be intentional guilt feelings, focused on the effects that a loss of projects, self-initiated or otherwise, has had or is likely to have on others. But other depression experiences involve a different kind of loss. What is missing is not the practical significance of however many entities. That kind of significance is gone from the world."* (Ratcliffe, 2014, p. 165)

230 *"The guilty person is all too aware of the significance of things and has a heightened sense of obligation, but—perhaps in conjunction with bodily lethargy and loss of enticing possibilities—there is an increasing feeling that 'I can't do x' and 'I have failed to do x'. This eventually becomes so pronounced that failure and impossibility consume the future, while other kinds of possibility are lost."* (Ratcliffe, 2014, p. 119).

231 ce que Minkowski avait mis au cœur de sa thématisation phénoménologique de la dépression, en se fondant sur la phénoménologie de Husserl (Minkowski et al., 1993)

232 *"There is an all-encompassing feeling of detachment from activities, situations, and other people. When the person does act, she is not enticed to do so in the usual way. She is not quite there, not fully immersed in a situation, and things happen in a curiously mechanistic fashion: #117. "Time is immaterial to me during a depressive episode. I lose track of time. I wonder what I've done all day when the children suddenly burst through the door from school. Time has gone by, but I have done nothing, even to think one thought seems to have taken all day. Everything around me seems to carry on with routines and time scheduled activities, it feels like I'm watching it all happen but am not a part of it: as though I'm inside a bubble. My living becomes mechanical, based on necessities to be done. Children need to be fed. Plates need to be washed, School clothes need to be clean, Everything else in life is put on hold."* (Ratcliffe, 2014, p. 187)

Enfin le ressenti de distance au monde est en partie constitué d'un sentiment de distance à autrui. Fuchs montre que la dépression s'accompagne d'une perte du sentiment de faire partie d'un espace intersubjectif, interpersonnel (Fuchs, 2013). Cet aspect de la distance au monde semble résulter des autres aspects, dans la mesure où ce sont en grande partie la distance affective et la distorsion de l'expérience du temps, qui suscitent cette distance à autrui. Au travers des témoignages recueillis, Ratcliffe met en évidence dans la dépression un sentiment de ne pas être compris d'autrui, qui est un véritable « ressenti », celui de ne pas être véritablement en contact ou en relation avec les autres²³³ (Ratcliffe, 2014, p. 202). Le sentiment de la possibilité d'interagir avec les autres personnes est perdu²³⁴ (Ratcliffe, 2014, p. 206). Ce ressenti de perte de contact avec autrui tend à s'étendre au passé, comme si l'on prenait conscience de n'avoir jamais été véritablement en contact avec quelqu'un²³⁵ (Ratcliffe, 2014, p. 210). Ce ressenti s'accompagne d'un ressenti croissant d'isolement, d'éloignement de l'espace interpersonnel dont les autres font partie et dont l'accès semble désormais impossible²³⁶ (Ratcliffe, 2014, p. 218). En effet, l'impossibilité d'un contact interpersonnel est également anticipée dans ce ressenti²³⁷ (Ratcliffe, 2014, p. 220). Ce ressenti de perte de

233 *“There is a feeling that they do not understand, which could equally be described as a feeling that they are unable to ‘relate to’ or ‘connect with’ the depressed person.”* (Ratcliffe, 2014, p. 202)

234 *“In depression, access to specifically interpersonal kinds of possibility is eroded or lost. One might still experience others as persons, but at the same time feel unable to interact with them as persons.”* (Ratcliffe, 2014, p. 206)

235 *““There is the realization that you have never connected with anybody, truly, in your life” (#224).”* (Ratcliffe, 2014, p. 210).

236 *“Depression experiences generally involve a change in the overall structure of interpersonal experience. A common theme in almost every first-person account is the felt loss of interpersonal connection: “Each person’s tale of depression inevitably speaks to questions of isolation, withdrawal, and lack of connection. The pain of depression arises in part because of separation from others; from an inability to connect, even as one desperately yearns for just such connection.” (Karp, 1996, pp.26–7) The problem is not one of actually failing to connect with however many people, perhaps even everyone. Rather, a kind of interpersonal connection that many of us take for granted seems impossible, absent from the world. This is closely related to the more general theme of being trapped, imprisoned, cut off from the rest of the world by some impenetrable substance: “I couldn’t feel anything for [my husband]. I couldn’t feel anything for the children. It was like being inside a very, very thick balloon and no matter how hard I pushed out, the momentum of the skin of the balloon would just push me back in. So I couldn’t touch anybody, I couldn’t touch anything.” [...] There are two general forms that the experience can take: 1. One retains the sense of what it would be to connect with others but feels unable to do so. This is attributable to a loss of enticement (one no longer feels drawn into interpersonal situations, able to interact with others in the required way), to a sense of other people as somehow threatening (which blocks interaction even when one still feels drawn to seek out others), or to a combination of the two. 2. A more profound form of loss, where the sense of what it is to connect with others in a personal way is eroded or gone. They seem curiously distant and impersonal, an experience that is also compatible with their being threatening. In both scenarios, a loss of interpersonal possibilities is inseparable from a more general shift in the kinds of possibility offered by the world.”* (Ratcliffe, 2014, p. 218)

237 *“We can understand this in the following way: The person still anticipates experiencing the possibility of interpersonal connection when in the presence of certain others, and she ‘needs’ this kind of connection, as her world is impoverished without it. However, whenever she encounters another person, the kind of relatedness she anticipates and/or needs is not experienced as possible. Indeed, it may be experienced as impossible—the world appears as a place from which it is*

contact avec autrui s'accompagne d'un sentiment général d'insécurité, d'être menacé et vulnérable, en particulier vis-à-vis de ses relations interpersonnelles²³⁸ (Ratcliffe, 2014, p. 223-224). Ratcliffe y voit la perte d'un ressenti plus fondamental de « confiance envers le monde », en tant que le monde est avant tout un espace de relations interpersonnelles (Ratcliffe, 2014, p. 125; 223). On peut dire que le ressenti de perte de contact avec autrui est l'aspect dominant du ressenti de distance au monde émergent des autres aspects (distance perceptuelle, affective, liée à l'agentivité et aux anticipations du futur).

En résumé, l'aspect central de la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive est donc un ressenti de distance au monde qui a lui-même plusieurs aspects : une altération de la perception des choses, qui semblent moins présentes et moins familières, un émoussement affectif, qui inclut à la fois une déconnexion émotionnelle et moins d'entrain, moins d'attraction donc de motivation, une érosion du sentiment d'agentivité, une érosion de la conscience du temps liée à un moindre ressenti d'anticipation du futur, et une distance dans les relations interpersonnelles avec la perte d'un sentiment de confiance, d'évidence, de familiarité, de « connexion » avec autrui. D'une part le ressenti de la distance au monde est lié à l'altération de l'état corporel ressentie à travers les aspects corporels de la phénoménologie de l'humeur dépressive, dans la mesure où cette altération serait responsable de l'érosion des possibilités constitutives de l'expérience subjective, engendrant ce ressenti de distance. Ce

altogether gone. The feeling of global estrangement is thus constituted by retention of an anticipatory structure, but without any prospect of fulfilment. [...] The sense of being cut-off from others and unmoved by them concerns certain kinds of interpersonal relation, those involving emotional communion, effortless conversation, and the like. Other kinds of interpersonal possibility, such as that of being threatened, may remain." (Ratcliffe, 2014, p. 220).

²³⁸ *The sense that others offer only threat is therefore inextricable from a more pervasive feeling of being unsafe, of there being nothing one can or ever could depend upon. Regardless of whether the depressed person emphasizes her own failings or those of others, the common underlying structure often involves loss of the kind of trust described by Løgstrup. A tipping of the trust-vulnerability balance towards vulnerability gives interpersonal experience a different structure, one that is inseparable from the more general way in which one 'fids oneself in the world': #21. "I can feel very paranoid and unsafe, like I'm on the verge of being attacked, mocked, the subject of any kind of negative attention. #45. "When I'm depressed I feel like my relationships are less stable and I trust others a lot less. I try to avoid people, as they seem angry and irritated at me, and like they don't want me around. I feel like a burden to others and don't want to cause anyone unnecessary distress." #66. "The world appears to be a frightening place full of people who are bad and threatening." #150. "I withdraw from people when I'm ill and feel an outcast but even when I'm better I feel an outcast because it's always there and [I] find it hard to trust people enough to let my guard down." #179. "I find it extremely difficult to trust anyone; it feels like they have all 'guessed' there is something wrong with me and now they are all conspiring to get me 'sorted out' i.e. remove me from normal society so that I don't affect everyone around me with my awful, scary madness." The themes of estrangement, vulnerability and fear often feature alongside a continuing need for other people: #21. "I feel very separate from people, fearing that if I talk about how I'm feeling they'll reject or disapprove of me. And yet, on the flipside of that, I can become very clingy and over-reliant on people, particularly my boyfriend, and fear that without him I'll somehow disappear. Seeing people becomes a huge chore, so I avoid friends, but then get upset when I'm not invited to things, feeling rejected and left out." (Ratcliffe, 2014, p. 223-224)*

ressenti de distance s'accompagne d'une souffrance spécifique, psychologique, qui est le dernier aspect de la phénoménologie de l'humeur dépressive, décrit cliniquement à travers la notion de « douleur morale » dans son acception contemporaine.

iii. La douleur morale

Dans la clinique contemporaine, la « douleur morale » désigne la souffrance psychologique, lorsqu'elle est intense, cette souffrance étant distinguée de la souffrance physique. Cette dernière comporte bien sûr une dimension psychologique, puisqu'elle contient une sensation physique mais aussi une évaluation affective de cette sensation. Cependant depuis l'échelle de mesure de Shneidman, la *Psychache scale*, élaborée dans les années 1990, la « douleur morale » (ou « douleur psychique », ou « douleur mentale »²³⁹) est conçue comme une forme spécifique de souffrance n'ayant pas de base physique, donc strictement psychologique, distincte de la douleur en général (Shneidman, 1999; Tossani, 2013). D'autres échelles de mesure ont été développées depuis pour améliorer sa prise en charge clinique, comme la *Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale* (MBPPAS) (Mee et al., 2006, 2011). La douleur morale intense est particulièrement intolérable, et de ce fait un facteur de suicide, ce qui a motivé son opérationnalisation clinique, notamment au travers des échelles permettant de la mesurer, et de questionnaires cliniques pour l'évaluer (Shneidman, 1993). Cette douleur est très intense, et même si elle est impossible à localiser dans le corps, elle est décrite par les patients par analogie avec la douleur physique, si bien qu'on peut dire qu'elle est « presque une sensation somatique » (Yager, 2015, p. 941). Elle a des bases neurobiologiques spécifiques, mais ses circuits neuraux sont en partie communs à ceux qui sont dédiés à la représentation de la douleur physique (Gaillard, 2014; Masson & Muirheid-Delacroix, 2014; Meerwijk et al., 2013; van Heeringen et al., 2010). La « douleur morale », en tant que souffrance psychologique ou affective très intense, est considérée comme étant largement « sociale », c'est-à-dire liée au rejet social, à l'isolement, ce qui peut être attesté par des arguments neurologiques (Eisenberger, 2008, 2012, 2015).

²³⁹ "In the literature, terms such as mental pain, psychic pain, psychological pain, emptiness, psychache, internal perturbation, and psychological quality of life have been used to refer to the same construct." (Tossani, 2013)

La phénoménologie clinique fait clairement apparaître la souffrance psychologique comme un aspect majeur de la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive (Ratcliffe, 2014). Cette souffrance psychologique ou « douleur morale » est ainsi au cœur de l'expérience de la dépression (Conejero et al., 2018; Jollant et al., 2020; Kirtley et al., 2015; Lester, 2000; van Heeringen et al., 2010). Elle y est particulièrement associée avec le risque suicidaire (Alacreu-Crespo et al., 2020; Conejero et al., 2018; Sun et al., 2020; Uğur & Polat, 2021). Elle y est en partie liée aux émotions négatives dont s'accompagne l'humeur dépressive : le découragement et la culpabilité existentiels dont la dimension douloureuse est très saillante (Ratcliffe, 2014, Chapitres 4; 5). La « douleur morale » est de façon générale liée aux émotions négatives (Keefe et al., 2001; Lumley et al., 2011). Dans la dépression, la souffrance affective semble particulièrement liée aux difficultés sociales, interpersonnelles, qui peuvent être la cause comme la conséquence de l'état dépressif (Fossati, 2018). Elle réagit donc en partie à l'état dépressif lui-même²⁴⁰, qui condamne à l'isolement, à l'impossibilité d'une véritable communication interpersonnelle, tandis que l'on s'évalue comme incapable de remédier à cet état, comme le montre un des récits autobiographiques cités par Ratcliffe (2014, p. 219).

« Un paradoxe de la dépression est que ceux qui souffrent recherchent le contact, semblent dans le dénuement à cause de leur isolement, et pourtant sont incapable d'être à l'aise avec les autres. [...] La douleur de la dépression provient en grande partie du fait de se rendre compte de que ce qui permettrait de se sentir mieux – le contact humain – semble impossible au cœur d'un épisode de dépression paralysant. C'est comme mourir soif en regardant un verre d'eau qui se trouve n'être tout juste pas à sa portée. »²⁴¹ (Karp, 1996, p.14–16) Cité par (Ratcliffe, 2014, p. 219)

Si la notion clinique contemporaine de « douleur morale » renvoie à une souffrance psychologique intense sans spécifier à quoi elle se rapporte, nous avons vu qu'historiquement la « douleur morale » désignait plus spécifiquement, dans les états dépressifs, une souffrance psychologique liée à un problème moral en cause : une grande perte subie par le mélancolique, l'impuissance du neurasthénique, un tourment de la conscience morale dans la mélancolie autonome, une auto-dévalorisation pour le dépressif... Nous pouvons donc considérer que la souffrance psychologique, affective, qui est un des aspects de la

²⁴⁰ Comme le soulignait Séglas dans la mélancolie sans délire.

²⁴¹ "A paradox of depression is that sufferers yearn for connection, seem bereft because of their isolation, and yet are rendered incapable of being with others in a comfortable way. [...] Much of depression's pain arises out of the recognition that what might make me feel better—human connection—seems impossible in the midst of a paralyzing episode of depression. It is rather like dying from thirst while looking at a glass of water just beyond one's reach." (Karp, 1996, pp.14–16) Cité par (Ratcliffe, 2014, p. 219)

phénoménologie de l'humeur dépressive concerne au moins en partie une évaluation négative de soi et de ses perspectives, ce qui serait un sens plus restreint de « douleur morale ». Conformément à la clinique, je désignerai par « douleur morale » de façon générale la souffrance psychologique, affective, intense, qui est un des aspects de la phénoménologie de l'humeur dépressive, en notant cependant que cette souffrance y semble toujours se rapporter au Soi, de diverses manières (isolement, rejet social, auto-dévalorisation, mauvaises perspectives, état dépressif lui-même...).

En conclusion, l'humeur dépressive a une phénoménologie distinctive qui possède trois aspects : le ressenti d'un état corporel globalement altéré, douloureux, qui est parfois un état inflammatoire, le ressenti d'une distance globale au monde, consistant en particulier dans une indifférence affective, émotionnelle, et dans une distance à autrui, et le ressenti d'une douleur morale. Le fait que cette phénoménologie possède d'une part des aspects corporels, et d'autre part une dimension douloureuse justifie bien de considérer l'humeur dépressive comme un état affectif à proprement parler²⁴², puisque les états affectifs se caractérisent par une phénoménologie en partie corporelle, et par une valence ou valeur hédonique. Cet état affectif a aussi des manifestations au niveau du corps, du comportement et des actions.

b. Les manifestations et effets de l'humeur dépressive au niveau du corps, du comportement et des actions

L'humeur dépressive a des manifestations au niveau du corps lui-même, des manifestations au niveau du comportement, qui est constitué de ses façons d'agir non intentionnelles (non dirigées vers un but), et des manifestations au niveau des actions, qui sont les façons d'agir intentionnelles (dirigées vers un but)²⁴³, un ensemble d'actions constituant

²⁴² Contrairement à ce que défendent certains phénoménologues, qui considèrent qu'il n'y a pas lieu de parler d'une humeur pour la dépression, car elle son expérience subjective serait si radicalement différente de celle de tout état affectif, qu'il n'y aurait pas lieu de la tenir pour telle (Fernandez, 2014a). Comme les aspects corporels et la dimension douloureuse de sa phénoménologie semblent se maintenir même dans ses formes sévères, comme on le voit dans les témoignages recueillis par Ratcliffe (2014), j'écarte cette position et considère qu'il s'agit bien d'une humeur.

²⁴³ Par opposition à la conduite, qui consiste dans des actions, c'est-à-dire dans des séries de mouvements gouvernées par une intention, au sens de la recherche d'un certain but à atteindre, manifestant dès lors nos capacités rationnelles (Piñeros Glasscock & Tenenbaum, 2023).

une conduite. L'humeur dépressive se traduit toujours par un certain état corporel, même si celui-ci se manifeste de façon variable. La CIM-11 mentionne la fatigue, la « baisse d'énergie », et les perturbations du sommeil et de l'appétit. Le DSM-5 requiert quatre critères polythétiques parmi sept dont trois désignent directement des manifestations corporelles (fatigue, perturbations du sommeil, perturbations de l'appétit) et un désigne une manifestation comportementale, le ralentissement psychomoteur ou agitation psychomotrice, qui semble également avoir trait à un certain état corporel (Crocq et al., 2015, p. 188). Sur le plan comportemental, l'humeur dépressive se traduit, outre les symptômes psychomoteurs qui ne sont pas nécessairement présents, par une baisse globale de motivation donc, corrélativement par une baisse globale d'activité. Cette baisse globale de motivation, repérée cliniquement par l'anhédonie ou perte d'intérêt et de plaisir, dans la mesure où celle-ci englobe une « anhédonie de motivation », est une manifestation systématique de l'humeur dépressive. De plus elle englobe plus particulièrement une suspension de l'action volontaire : nous allons voir que celle-ci peut s'expliquer non seulement par une baisse de motivation, ou par la perte d'intérêt et de plaisir dont la baisse de motivation est en partie un aspect, mais aussi en tant que conduite volontaire de renoncement à agir.

i. Les manifestations corporelles de l'humeur dépressive : fatigue, état corporel globalement altéré, état inflammatoire, perturbations végétatives

Les manifestations de l'humeur dépressive au niveau du corps incluent tout d'abord une fatigue physique, une baisse d'énergie. Lorsque l'humeur dépressive s'installe, cette fatigue persiste et peut tourner à la fatigue chronique ou à l'épuisement : elle fait partie des critères de l'épisode dépressif caractérisé dans le DSM-5 (Crocq et al., 2015, p. 188). Cette fatigue peut être considérée comme une manifestation de l'humeur dépressive, dans la mesure où elle est ressentie à travers les aspects corporels de sa phénoménologie distinctive. Il en est de même de l'altération de l'état corporel global ressenti, soit l'affaiblissement, l'engourdissement, et dans certains cas le ressenti d'un état inflammatoire. Des études prouvent effectivement qu'un état inflammatoire pourrait en effet être en partie constitutif de certains états dépressifs et états de fatigue ressentis, et pourrait être amélioré par les antidépresseurs (Lee & Giuliani, 2019). Les autres manifestations de l'humeur dépressive au

niveau du corps sont des perturbations des fonctions végétatives (troubles de l'appétit et du sommeil), les troubles de la libido, ainsi que dans certains cas des troubles digestifs, des douleurs somatiques diverses (maux de tête, crampes musculaires...), voire des troubles cardiovasculaires (Agbokou & Allilaire, 2010).

De nombreuses études portent sur la fatigue dans la dépression, la fatigue pouvant induire la dépression tout autant qu'en être un symptôme, ou bien un simple concomitant (Corfield et al., 2016 ; Demyttenaere et al., 2005; Targum & Fava, 2011; Widlöcher, 1981b). Il existe de plus un « syndrome de fatigue chronique » avec lequel la dépression peut à tort être confondue, mais aussi entretenir des liens de cause à effet (Abbey & Garfinkel, 1991; Griffith & Zarrouf, 2008; Ray, 1991; Walford et al., 1993). Fatigue et dépression peuvent de plus coexister en tant que conséquences d'une maladie chronique comme le cancer ou la sclérose en plaques, auquel cas il est difficile de les distinguer et de savoir si l'une a induit l'autre ou l'inverse, l'une comme l'autre pouvant aussi être des conséquences de la maladie sous-jacente (Barsevick et al., 2006; Brown & Kroenke, 2009; Donovan & Jacobsen, 2007; Koch et al., 2008, 2009; Kroenke et al., 2000; Laird et al., 2011; Rao & Cohen, 2004; Reuter & Härter, 2004; Visser & Smets, 1998; Ziemssen, 2009). La fatigue est donc un aspect de la dépression qui au moins dans certains cas en est un symptôme, et dès lors une manifestation de l'humeur dépressive.

D'autres études portent sur l'état inflammatoire qui sous-tend la dépression au moins dans certains cas. Le lien entre dépression et inflammation a été établi au début des années 1990 quand on a observé que chez l'animal comme chez l'homme, une augmentation des cytokines pro-inflammatoires suscitait un comportement dépressif (apathie, anxiété, perte d'appétit...), ce qui a même conduit à un modèle explicatif, l'hypothèse cytokinique de la dépression (Fond & Leboyer, 2018, p. 326). Cet état inflammatoire n'est pas clairement établi comme une cause de la dépression, mais il est un de ses corrélats possibles : les recherches ont porté d'une part sur les biomarqueurs inflammatoires de la dépression (soit les paramètres biologiques indiquant un état inflammatoire corrélé à la dépression), les causes de l'inflammation (les traumatismes dans l'enfance, l'obésité, le tabagisme, les perturbations du sommeil...), les conséquences de l'inflammation dans la dépression au niveau du système immunitaire mais aussi des mécanismes neuroendocriniens (Fond & Leboyer, 2018). L'état inflammatoire est envisagé comme un marqueur biologique de la dépression (Abelaira et al., 2014; Adler et al., 2008; Anzolin et al., 2022; Dinan, 2009; Maes et al., 2012; Müller et al., 2011; Osimo et al., 2020). Certaines études suggèrent que la dépression peut être induite par

un état inflammatoire, mais aussi par certaines maladies somatiques inflammatoires, par exemple les inflammations chroniques de l'intestin (Addolorato et al., 1997; Ali et al., 2022; Makhija & Karunakaran, 2013, 2013; Raison & Miller, 2011; Song et al., 2013). Comme l'état inflammatoire est entretenu par la dépression, et peut alors s'aggraver, il peut aussi faire apparaître celle-ci comme un facteur de maladies inflammatoires chroniques (Navabi et al., 2018). Il y a donc une affinité entre l'humeur dépressive et cet état inflammatoire qui en est une manifestation possible.

L'humeur dépressive peut avoir d'autres manifestations sur le corps, participant de l'altération globale de l'état corporel qui la manifeste. Par exemple elle s'accompagne parfois de déséquilibres métaboliques, se traduisant par du diabète ou de l'hypertension, à l'égard desquels on remarque une corrélation entre leurs symptômes et les symptômes de la dépression, la causalité semblant être bidirectionnelle (Godin, 2018).

Elle entraîne enfin dans la plupart des cas des perturbations des fonctions végétatives, donc du sommeil, et de l'appétit, qui font, comme la fatigue, partie des critères de l'épisode dépressif caractérisé dans le DSM-5 : le sommeil peut être en excès (hypersomnie) comme perturbé ou en défaut (insomnie), et les perturbations de l'appétit sont repérées par des variations du poids, là aussi en excès ou en défaut (Crocq et al., 2015, p. 188). Là encore, les études envisagent tout autant la dépression (ou la récurrence des épisodes dépressifs) comme une conséquence possible des perturbations du sommeil, que de telles perturbations comme la conséquence de la dépression (Alvaro et al., 2013; Batterham et al., 2012; Cho et al., 2008; Fang et al., 2019; Franzen & Buysse, 2008; Mayers & Baldwin, 2006; Poirot-Jarosiewicz, 2010). Mais certaines études montrent plus clairement que la dépression se manifeste en partie par de telles perturbations du sommeil : des études cherchent ainsi à la modéliser au moins en partie comme un trouble du « rythme circadien », soit l'alternance veille-sommeil normalement synchronisée avec l'alternance jour-nuit, qui apparaît comme une cible potentielle des antidépresseurs, et aurait pour principale manifestation ces perturbations du sommeil (Argyropoulos & Wilson, 2005; Germain & Kupfer, 2008; Kronfeld-Schor & Einat, 2012; Monteleone et al., 2011; Murphy & Peterson, 2015; Pandi-Perumal et al., 2009; Perlis et al., 1997; Rodin et al., 1988; Von Zerssen et al., 1985). Les perturbations de l'appétit sont également considérées comme des manifestations directes de la dépression, des symptômes de l'état corporel sous-jacent s'expliquant notamment au niveau neural (Baxter, 2016; Cosgrove et al., 2020; Kroemer et al., 2022; Potter et al., 2015; Privitera et al., 2013; Simmons et al.,

2016, 2020). Nous pouvons donc considérer ces perturbations végétatives comme des manifestations de l'humeur dépressive au niveau du corps.

A cette altération globale de l'état corporel peuvent s'ajouter des douleurs localisées, comme des maux de têtes, ou de dos, ou encore un syndrome du côlon irritable : ces derniers correspondent aux « symptômes somatiques » de la dépression, pouvant se retrouver dans les troubles anxieux, mais qui ne concernent que certains patients, avec des différenciations potentiellement liées à l'âge ou au genre (Bekhuis et al., 2015; Drayer et al., 2005; Grover et al., 2019; Hung et al., 2006; Kapfhammer, 2006; Papakostas et al., 2003; Tylee & Gandhi, 2005; Vaccarino et al., 2008; Wenzel et al., 2005). Des études suggèrent qu'il y aurait des variations culturelles de ce versant de la dépression : les symptômes somatiques auraient plus d'importance dans certains pays de culture non occidentale, par exemple en Chine, ou en Amérique latine, où ils pourraient être plus largement présents dans les tableaux dépressifs (Bagayogo et al., 2013; Kalibatseva & Leong, 2018; Marmanidis et al., 1994; Muñoz et al., 2005; Ryder et al., 2008; Simon et al., 1999; Zhao et al., 2018). Pour les douleurs somatiques sans origine physique identifiable, la terminologie psychiatrique parle de « troubles somatoformes » : il s'agit d'une catégorie indépendante de la nosologie psychiatrique, (Kirmayer & Looper, 2007; Kroenke et al., 2007; Noyes et al., 2008; Rief & Hiller, 2003; Withöft & Hiller, 2010). Ces troubles peuvent se prêter à un diagnostic conjoint avec celui de « trouble dépressif ». Une littérature en sciences cliniques porte donc spécifiquement sur les symptômes somatiques communs à la dépression et aux troubles somatoformes, et l'association éventuelle ou le recoupement entre ces deux types de troubles (Bener et al., 2013; Henningsen & Löwe, 2006; Koh et al., 2005; Lieb et al., 2007; Shidhaye et al., 2013; Waal et al., 2004). Dans les tableaux dépressifs « somatiques », outre ces symptômes, une importance plus grande est prise par la fatigue et les perturbations des fonctions végétatives, qui peuvent même être les seuls symptômes de la dépression : le tableau est alors dit somatique parce que les autres aspects semblent absents notamment le ressenti affectif de l'humeur dépressive elle-même et ses effets sur les états mentaux. Nombre d'études montrent aussi que la dépression est particulièrement favorisée par des douleurs chroniques, que celles-ci soient liées à une maladie chronique ou non²⁴⁴ (Arnou et al., 2006; Blackburn-Munro &

²⁴⁴ La dépression est en effet fortement corrélée aux pathologies somatiques chroniques (pathologies cardiovasculaires, insuffisance rénale, VIH, cancer, maladie de Parkinson...), étant deux à quatre fois plus élevées chez les personnes qui en ont une que dans la population générale ; une pathologie somatique chronique peut être la cause de la dépression, mais la dépression pourrait aussi à l'inverse causer ou du moins favoriser certaines pathologies somatiques chroniques, et enfin l'une et l'autre pourraient avoir des causes communes (Lemogne, 2018).

Blackburn-Munro, 2001; Currie & Wang, 2004; Emery et al., 2014; Geisser et al., 1997; Katon, 2011; Monsen et al., 2002; O'Reilly, 2011; Scott et al., 2007; Sheng et al., 2017). Cela veut dire non seulement que la dépression entretient des affinités particulières avec la douleur, mais aussi que des douleurs chroniques, avec ou sans cause physique identifiable, dont certaines pourraient donc relever de troubles somatoformes, peuvent entraîner une dépression et dès lors un tableau clinique dans lequel ces douleurs et l'humeur dépressive coexistent. Dans ce dernier cas on peut penser qu'elles s'entretiennent réciproquement, et que ces douleurs peuvent alors également être considérées comme manifestant au moins en partie l'humeur dépressive.

ii. Le ralentissement psychomoteur

Au niveau du comportement, la principale manifestation de l'humeur dépressive est le ralentissement psychomoteur. Il peut alterner avec des phases d'agitation psychomotrice. Le critère correspondant dans le DSM-5 est donc un critère général de perturbation de l'activité motrice, par ralentissement ou agitation (Crocq et al., 2015, p. 188). Notons que ce critère n'est pas nécessaire, ces symptômes comportementaux ne sont donc pas nécessairement présents dans la dépression. Ils sont :

« présents dans de nombreux tableaux dépressifs atypiques, notamment ceux caractérisés par une absence de tristesse, une perte d'autonomie et une mauvaise réponse aux traitements tels que les dépressions sub-syndromiques ou les dépressions avec troubles des fonctions exécutives » et « ils sont souvent associés à des formes plus sévères de dépression et à une évolution défavorable avec un risque élevé de passage à la chronicité » (Bennabi et al., 2018, p. 81)

De plus, la présence de ces symptômes psychomoteurs prédit que le tableau dépressif répondra bien au traitement par électroconvulsivothérapie (Bennabi et al., 2018, p. 85). Les activités psychomotrices étant l'ensemble des activités dans lesquelles le mouvement ou l'action sont la composante principale, leur caractérisation clinique inclut une dimension motrice *« avec atteinte de la démarche, de la gestuelle et du langage »*, une dimension cognitive *« avec atteinte de la vitesse de traitement de l'information, de la prise de décision et des connexions associatives »* et une dimension subjective soit *« l'éprouvé de l'état d'activité »* (Bennabi et al., 2018, p. 81). En quoi consistent alors les symptômes psychomoteurs ?

« Sur le plan moteur, le ralentissement psychomoteur se manifeste par une lenteur de la démarche, une économie gestuelle et des modifications posturales. » (Bennabi et al., 2018, p. 81)

La démarche est ralentie et qualitativement altérée, ainsi que la motricité fine. Le comportement verbal est aussi réduit au niveau du rythme d'expression et de l'intensité de la voix :

« Le ralentissement n'engendre pas de perturbation des structures linguistiques à proprement parler, mais des particularités du comportement verbal, associant une lenteur du tempo, une monotonie de hauteur et d'intensité ainsi qu'une réduction d'accentuation de la voix. » (Bennabi et al., 2018, p. 82).

La dimension cognitive du ralentissement psychomoteur consiste dans un ralentissement du traitement de l'information, de la prise de décision, des difficultés à penser clairement et efficacement, des déficits d'attention et de concentration (Bennabi et al., 2018, p. 82). Ce ralentissement psychomoteur peut prendre une forme extrême dans la dépression sévère, menant à la catatonie, voire à la stupeur :

« À l'extrême, l'inhibition psychomotrice réalise un tableau de catatonie mélancolique, caractérisé notamment par une immobilité, un mutisme ou un oppositionisme. Cette symptomatologie qui peut aller jusqu'à la stupeur, degré extrême où le négativisme et l'inertie sont majeurs, ne se limite pas à la dépression mélancolique et peut être d'origine schizophrénique, organique ou iatrogène. » (Bennabi et al., 2018, p. 82)

Enfin, pour ce qui de l'agitation, elle est moins centrale et peut coexister avec le ralentissement psychomoteur :

« L'agitation psychomotrice est souvent perçue comme un état de tension et d'hyperactivité physique et psychique. L'agitation intéresse les mouvements sans finalité, les gestes sont volontiers répétitifs, voire stéréotypés. Plusieurs auteurs suggèrent que « ralentissement » et « agitation » ne sont pas des phénomènes exclusifs et peuvent coexister chez un même patient. » (Bennabi et al., 2018, p. 82)

Elle pourrait être une forme spécifique du ralentissement psychomoteur dans la mesure où elle pourrait être sous-tendue par le même type de ralentissement cognitif (Bennabi et al., 2018, p. 82).

Si la stupeur se retrouve dans d'autres troubles psychiatriques, le ralentissement psychomoteur est distinctif de la dépression, ce qui explique que Widlöcher ait fait de cette dimension clinique un modèle explicatif de la dépression, le considérant comme le trouble fondamental et organisateur de celle-ci, sur lequel agiraient les antidépresseurs (Bennabi et al., 2018, p. 81). Le ralentissement psychomoteur, lorsqu'il est présent, serait donc constitutif de la dépression. Dans la mesure où l'on aborde l'humeur dépressive comme le versant

affectif tout entier de celle-ci, sans la réduire à la tristesse, et dans la mesure où ce versant affectif peut s'identifier à l'état corporel constitutif de la dépression si la phénoménologie affective est absente (dans le cas de l'humeur dépressive inconsciente-P en tant qu'humeur), ce ralentissement apparaît comme l'une des manifestations de cet état corporel donc de cette humeur.

Cliniquement ce ralentissement est mesuré non seulement par l'échelle de ralentissement dépressif de Widlöcher mais aussi par l'échelle CORE et l'échelle MARS (Bennabi et al., 2018, p. 82-83). Des études portent ainsi sur ses aspects, comme la gestuelle et l'expression vocale, mais aussi ses aspects spécifiquement cognitifs, son évaluation clinique, sa place dans la dépression, et ses corrélats neuraux (Buyukdura et al., 2011; Caligiuri & Ellwanger, 2000; Calugi et al., 2011; Cantisani et al., 2015; Gorwood et al., 2014; Schrijvers et al., 2008; Unal & Canbeyli, 2019; Walther et al., 2012). Les perturbations cognitives²⁴⁵ qui sont un des aspects de ce ralentissement psychomoteur gênent l'action volontaire : elles sont donc en partie en cause dans l'aboulie (Bennabi et al., 2018, p. 82). Cette dernière est la gêne voire la suspension de l'action volontaire, qui est un des aspects des manifestations de l'humeur dépressive au niveau des actions.

iii. Aboulie, anhédonie, perte de motivation, tendances suicidaires

L'aboulie désigne, dans la psychiatrie contemporaine comme chez Ribot (1896) et Séglas (1895), une suspension relative de l'action volontaire, au moins en partie liée à une suspension de la volonté, donc à une indécision. Cette dernière peut être un élément des aspects cognitifs du ralentissement psychomoteur. Mais au-delà de ces aspects comportementaux, l'aboulie, dans la dépression, traduit aussi une conduite, un renoncement délibéré à agir. Le but en serait d'éviter un échec, une déconvenue, une déception, parce que l'on croit sa propre action incapable d'obtenir ce que l'on veut. C'est ainsi que le modèle historique de « l'impuissance apprise » de Seligman explique ce comportement dépressif, ou

²⁴⁵ Les perturbations cognitives causées par l'humeur dépressives sont diverses et complexes, et ne semblent pas se réduire à des aspects du ralentissement psychomoteur : elles consistent dans des déficits au niveau de différentes fonctions cognitives, particulièrement la mémoire et les fonctions exécutives, comme l'inhibition, avec « une atteinte préférentielle des processus cognitifs effortful ou contrôlés dans la dépression » (Fossati et al., 2010, p. 102), ce qui impacte notamment les capacités d'attention et de prise de décision (Fossati et al., 2010). Je les examine plus loin.

plutôt cette conduite dépressive, en termes d'intentionnalité : l'« impuissance », c'est-à-dire l'incapacité à agir du dépressif, serait en fait une suspension de l'action motivée par des croyances pessimistes et des émotions négatives, notamment le découragement, à propos de la possibilité d'obtenir ce qu'il veut par une action, suite à une série d'événements dont le résultat s'est avéré incontrôlable, c'est-à-dire indépendant de ses actions²⁴⁶ (Seligman, 1975, Chapitre 5). Seligman caractérise donc la dépression comme un renoncement à agir et met la croyance selon laquelle ce que l'on veut obtenir est incontrôlable au principe de cette conduite, donc au cœur de la dépression : cette croyance est donc la cible principale de la stratégie thérapeutique, cognitive et comportementale, qu'il préconise²⁴⁷ (Seligman, 1975, p. 105). Ce modèle a été enrichi par Abramson qui a expliqué cette conduite dépressive chez l'humain en lien avec un style spécifique d'attribution de causes aux événements incontrôlables²⁴⁸. La dépression est selon ce modèle révisé de « l'impuissance apprise », une

²⁴⁶ Seligman a d'abord mis en évidence ce comportement d'impuissance apprise chez l'animal, puis il en a tiré un modèle explicatif de la dépression chez l'humain, dans lequel cette extinction de l'activité motrice volontaire est sous-tendue par des croyances pessimistes à propos des actions futures : « *le modèle suggère que la cause de la dépression est la croyance selon laquelle l'action est futile* »²⁴⁶ (Seligman, 1975, p. 93). Seligman caractérise le comportement « d'impuissance apprise », comme une « diminution de l'initiation de réponses volontaires »²⁴⁶ (Seligman, 1975, p. 82), en particulier les réponses agressives ou compétitives : il le décrit chez l'animal comme l'adoption de postures passives ou de soumission (Seligman, 1975, p. 25) et chez l'humain comme un comportement de retrait, ralenti, avec une baisse du volume de la voix, et donne l'impression d'un abandon, d'un renoncement à agir (Seligman, 1975, p. 82-83). Des mécanismes d'apprentissage et de renforcement du comportement expliquent en partie ce « comportement dépressif », par exemple pour l'animal qui reste prostré même s'il reçoit des décharges électriques, sans chercher à leur échapper, après avoir été exposé à des décharges qu'il lui était impossible d'éviter, et ce même si la possibilité de leur échapper lui est rendue (Seligman, 1975, Chapitre 3). Mais par certains paradigmes expérimentaux chez l'animal et chez l'humain, Seligman montre qu'il faut également qu'intervienne un élément cognitif, à savoir les croyances pessimistes, relatives à l'impossibilité d'obtenir ce que l'on veut par ses actions : ainsi ce qui est au cœur de la dépression selon Seligman n'est pas un pessimisme généralisé, mais spécifiquement relatif aux échecs de ses propres actions (Seligman, 1975, p. 86). Ce déficit cognitif, consistant à croire que ce que l'on pourrait obtenir par ses actions est en réalité incontrôlable, s'accompagne d'un déficit motivationnel dans l'initiation de réponses volontaires et d'un déficit émotionnel en causant des émotions douloureuses. Ce modèle fait donc une place au versant affectif de la dépression sans lui donner le rôle fondamental. De plus il explique que la dépression ne soit pas strictement comportementale, par extinction des réponses comportementales à défaut de renforcement positif, cela supposant des circonstances extérieures contingentes pas toujours réunies : la dépression peut se produire même en leur absence (même pour des personnes qui ne rencontrent pas d'échec), car ce qui est déterminant est une interprétation de la situation en termes de perte de contrôle et d'incapacité à obtenir ce que l'on veut par sa propre action. Cette interprétation peut être généralisée et continuer d'être appliquée alors même que la personne rencontre des succès qu'elle a obtenus elle-même, ou serait susceptible d'en obtenir par son action (Seligman, 1975, Chapitre 5).

²⁴⁷ “[...] *the major symptoms of learned helplessness all have parallels in the symptoms of depression. This suggests that reactive depression, as well as learned helplessness, has its roots in the belief that valuable outcomes are uncontrollable.*” (Seligman, 1975, p. 105).

²⁴⁸ Une version révisée de la théorie de l'impuissance apprise a été élaborée par Seligman et Abramson pour approfondir l'explication de la dépression chez l'humain : la thèse centrale en est que face à une situation d'impuissance, d'incapacité à obtenir un certain résultat, ce qui est déterminant dans le déclenchement de la dépression est que l'individu se demande pourquoi il est impuissant, et attribue cela à des causes spécifiques, en conséquence de quoi l'impuissance, c'est-à-dire cette fois le déficit cognitif, motivationnel et émotionnel dans lequel la dépression consiste, peut ou non se généraliser et se chroniciser, et s'accompagner ou non d'une baisse de l'estime de soi (Abramson et al., 1978, p. 50). Ce modèle montre que l'impuissance peut être personnelle ou universelle selon que l'on attribue l'échec de ses actions à une défaillance personnelle,

suspension de l'action (pour obtenir ce que l'on souhaite ou éviter ce que l'on redoute) parce que l'on anticipe que les événements à venir seront indépendants de son action, incontrôlables, en extrapolant à partir d'événements passés auxquels on attribue certaines causes, cela s'accompagnant d'émotions négatives notamment le découragement ou, sous sa forme extrême qui est le désespoir (« *hopelessness* »). C'est particulièrement l'attribution de causes globales et stables qui tend à produire une conduite d'impuissance permanente et généralisée à toutes les situations au lieu de se limiter aux situations similaires à celles des échecs rencontrés²⁴⁹. Lorsque ces causes sont jugées personnelles (c'est-à-dire qu'il s'agirait de défaillances personnelles) plutôt qu'universelles, elles entraînent en même temps de l'auto-dévalorisation, ce qui peut donc expliquer différentes caractéristiques de la dépression dont certaines sont variables (chronicité par exemple) (Abramson et al., 1978). Un certain « style attributionnel » rend ainsi vulnérable à la dépression, et doit être la cible d'un traitement thérapeutique ; il consiste globalement à avoir tendance à attribuer les événements négatifs à des causes personnelles (échecs), stables et globales, et les événements positifs (succès) à des causes externes, moins stables et spécifiques²⁵⁰ (Abramson et al., 1978, p. 69-70). Ces

ou au contraire à une cause face à laquelle personne ne peut rien : dans le premier cas seulement, l'impuissance s'accompagne d'un sentiment d'échec et d'une baisse de l'estime de soi (Abramson et al., 1978, p. 54-55). Ce modèle montre aussi que l'impuissance peut être globale, c'est-à-dire survenir dans n'importe quelle situation, ou spécifique si elle survient dans un seul type de situation, et elle peut être chronique ou passagère selon si elle dure ou non dans le temps : là encore, cela dépend de l'attribution des échecs à des causes variables, globales (le destin) ou spécifiques (la difficulté à résoudre un certain type de situation), et à des facteurs permanents (son manque d'intelligence) ou intermittents (sa fatigue passagère) (Abramson et al., 1978, p. 57-59). Ainsi la dépression, expliquée comme une « impuissance apprise », c'est-à-dire un ensemble de déficits cognitifs, motivationnels et d'émotions subséquentes créant une incapacité à agir, suppose d'interpréter les événements (échecs mais dans certains cas aussi les succès) comme incontrôlables, ne dépendant pas de ses propres actions, tout en attribuant leurs résultats à des causes globales, permanentes, et parfois personnelles, ce qui donne alors lieu à de l'auto-dévalorisation voire de la culpabilité. D'autres spécifications sont faites : par exemple c'est seulement parce que l'individu ne prédit pas seulement l'incontrôlabilité des événements à venir, mais aussi le fait que des événements négatifs vont survenir, que l'impuissance s'accompagne des émotions négatives typiques de la dépression (Abramson et al., 1978, p. 65).

²⁴⁹ Le fait d'attribuer des événements négatifs incontrôlables à des facteurs globaux tend à provoquer un état d'impuissance dans des situations similaires mais aussi différentes des situations d'origine, tandis qu'attribuer de tels événements à des facteurs spécifiques prédit un état d'impuissance uniquement dans des situations similaires à la situation d'origine (Alloy et al., 1984)

²⁵⁰ Ce style attributionnel distingue les personnes dépressives des non-dépressives dans la façon dont elles réagissent aux événements incontrôlables, d'où une vulnérabilité face aux échecs renforcée par une moindre tendance à s'attribuer des succès : après avoir été exposées à une série d'événements incontrôlables dont le résultat est aversif, les personnes dépressives n'ont pas l'illusion d'exercer un contrôle sur ce qui se passe lorsqu'elles sont exposées à une série d'événements incontrôlables dont le résultat est positif, alors que les personnes non dépressives ont cette illusion, ce qui veut dire qu'elles ont un autre style attributionnel dans lequel elles peuvent plus facilement s'auto-attribuer des succès (attribuer des causes personnelles à des événements incontrôlables dont l'issue est positive) (Alloy & Abramson, 1982). De plus, le fait d'attribuer des événements négatifs incontrôlables à des facteurs globaux tend à provoquer un état d'impuissance dans des situations similaires mais aussi différentes des situations d'origine, tandis qu'attribuer de tels événements à des facteurs spécifiques prédit un état d'impuissance uniquement dans des situations similaires à la situation d'origine (Alloy et al., 1984)

théories cognitives et comportementales de la dépression expliquent donc la dépression comme une conduite, l'impuissance manifestant en fait un renoncement à agir, intentionnel, motivé par des croyances sur l'incontrôlabilité de ce que l'on veut obtenir, sur l'impossibilité de l'obtenir qui en résulte, et éventuellement sur des défaillances personnelles en cause dans cette impossibilité (Abramson et al., 1978; Alloy et al., 1984; Seligman et al., 1979). Cette conduite est expliquée dans ces modèles par ces croyances spécifiques, mais aussi par un état affectif dépressif global qui serait induit par ces croyances elles-mêmes, que Seligman et Abramson désignent principalement comme du découragement ou désespoir, et comme faisant éventuellement intervenir d'autres émotions négatives. Nous pouvons résumer l'apport de ces modèles en disant qu'ils montrent que la suspension de l'action volontaire dans la dépression traduit en fait au moins en partie une conduite de renoncement à agir causée par des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes et par un état affectif dépressif. Nous pouvons donc la considérer comme un *effet* de l'humeur dépressive, en tant que versant affectif de l'état dépressif, au niveau des actions : cette humeur cause cette conduite conjointement avec ces croyances dépressives. La suspension de l'action volontaire dans la dépression reflète cependant aussi des *manifestations* de l'humeur dépressive : la baisse de motivation et la perte d'intérêt et de plaisir.

En effet l'humeur dépressive se traduit en partie par une baisse de motivation qui concerne l'intensité du comportement, c'est-à-dire la quantité de ressources mobilisées à un moment du temps pour exécuter un « comportement instrumental, dirigé vers un but » (Franzen et al. in Laurent & Vandel, 2016, p. 48), donc une action, si l'on suit la distinction philosophique entre comportement et action. Cette baisse de motivation pourrait être, plutôt qu'un déficit motivationnel global, la conséquence d'une évaluation des tâches comme étant difficiles à mener ou le succès potentiel de la tâche comme étant peu important, ce qui aurait pour conséquence une moindre mobilisation de ressources, donc une moindre motivation à faire l'action en question (Brinkmann et al., 2009, 2014; Brinkmann & Gendolla, 2008; Franzen & Brinkmann, 2016; Gendolla & Brinkmann, 2005; Franzen et al. in Laurent & Vandel, 2016; Silvestrini & Gendolla, 2007). La baisse de motivation est en partie éprouvée subjectivement au travers d'un sentiment d'agir par automatisme : Styron se dit « zombifié »

(Styron, 2010) et l'une des personnes interrogées par Ratcliffe dit agir de façon mécanique²⁵¹ (Ratcliffe, 2014, Chapitres 6; 7).

La baisse de motivation est par ailleurs un aspect de la perte d'intérêt et de plaisir, ou anhédonie, qui est l'un des deux critères central de l'épisode dépressif caractérisé (Crocq et al., 2015, p. 188). Plusieurs échelles de mesure permettent de mesurer l'anhédonie : l'échelle de plaisir de Fawcett et Clark (Fawcett et al., 1983), l'échelle de plaisir de Snaith-Hamilton (Snaith et al., 1995). Si elle est, dans le DSM-5, un critère distinct du critère de « l'humeur dépressive », nous avons vu que c'est parce que la formulation de ce dernier critère assimile l'humeur dépressive à la tristesse, qui n'en est qu'un aspect : si on entend par « humeur dépressive » le versant affectif tout entier de l'état dépressif, elle inclut cette perte d'intérêt et de plaisir comme l'un de ses aspects, et dès lors la perte de motivation, qui est elle-même en partie un aspect de l'anhédonie. De plus l'anhédonie et la perte de motivation sont ressenties dans la phénoménologie de l'humeur dépressive, à travers le désintérêt affectif, le manque d'« attractivité » du monde, et le manque d'« entrain » ressenti en le percevant. Tout cela justifie de les considérer comme des manifestations de l'humeur dépressive. En quoi la perte de motivation est-elle un aspect de l'anhédonie ? Il existe une anhédonie de motivation, qui est la perte de la motivation à agir pour obtenir quelque chose qui éveille l'intérêt ou le plaisir, distincte d'une anhédonie de consommation, qui est la perte de l'intérêt ou du plaisir en soi pris à une activité : les deux sont impliquées dans la dépression (Brinkmann & Franzen, 2013; Cléry-Melin et al., 2011; Franzen & Brinkmann, 2016; Treadway et al., 2012; Treadway & Zald, 2011). Mais de plus l'anhédonie de motivation semble dominer par rapport à l'anhédonie de consommation qui est une réduction de la capacité à éprouver du plaisir : « *les déprimés se caractérisent non pas tant par une incapacité à obtenir du plaisir et de la satisfaction que par une difficulté à entreprendre ce qu'il faut pour l'obtenir* » (Bertschy, & Bondolfi, 2018, p. 254). Ainsi l'anhédonie s'observe de façon générale comme une diminution des activités, qui peut recouvrir autant une perte d'intérêt et de plaisir dans ces activités qu'une perte de motivation à les poursuivre : elle est aujourd'hui conçue assez largement comme une inhibition des fonctions hédoniques incluant le désir, la motivation et l'effort, l'anticipation et le plaisir de consommation (Gaillard et al., 2013; Rizvi et al., 2016).

²⁵¹ “Everything around me seems to carry on with routines and time scheduled activities, it feels like I'm watching it all happen but am not a part of it: as though I'm inside a bubble. My living becomes mechanical, based on necessities to be done. Children need to be fed. Plates need to be washed, School clothes need to be clean, Everything else in life is put on hold.” (Ratcliffe, 2014, p. 187)

L'anhédonie fait l'objet d'une littérature qui en étudie les aspects, l'évaluation clinique, notamment par différentes échelles de mesure, et les corrélats neuraux (Chentsova-Dutton & Hanley, 2010; Cooper et al., 2018; Gorwood, 2008; Heshmati & Russo, 2015; Höflich et al., 2019; Keedwell et al., 2005; Leventhal et al., 2006; Pizzagalli, 2014; Rizvi et al., 2016; Stein, 2008; Treadway & Zald, 2011; Wang et al., 2021; Winer et al., 2017). La baisse de motivation, qu'elle soit ou non considérée comme une dimension de l'anhédonie, fait également l'objet d'une littérature à la fois qui cherche à la fois à la caractériser cliniquement et à expliquer ses causes dans la dépression, pour modéliser partiellement cette dernière en tant qu'elle en est une manifestation directe (Barch et al., 2016; Burns et al., 2013; Fussner et al., 2018; Grahek et al., 2019; Pegg & Kujawa, 2020; Robbins & Everitt, 1996; Sherdell et al., 2012; Vergara & Roberts, 2011).

A travers l'aboulie, l'anhédonie et la baisse de motivation, nous voyons donc que l'humeur dépressive entraîne globalement une baisse voire une suspension de l'action volontaire : celle-ci recouvre à la fois d'une part un effet de cette humeur qui est de favoriser une conduite de renoncement à agir, et d'autre part des manifestations de cette humeur, qui sont les aspects cognitifs du ralentissement psychomoteur impliqués dans l'aboulie, la baisse de motivation qui est en partie un aspect de la perte d'intérêt et de plaisir, et cette perte d'intérêt et de plaisir elle-même.

Qu'en est-il cependant des tendances suicidaires ? Les pensées de mort, l'idéation suicidaire et les plans ou tentatives de suicide sont en effet un des critères de l'épisode dépressif caractérisé dans le DSM-5 (Crocq et al., 2015, p. 188). La dépression augmente le risque de suicide (Simon et al., 2013), les personnes avec un trouble dépressif auraient un taux de suicide 20 à 30 fois plus élevé que la population générale ; 15% des personnes atteintes de dépression décèderaient par suicide (Courtet & Vaiva, 2010, p. 76), et la dépression concernerait 60% des suicides aboutis (Courtet & Vaiva, 2010, p. 82). Les tendances suicidaires et le suicide lui-même ne semblent cependant pas constituer, dans la dépression, une conduite, un système d'actions volontaires au sens plein. Du point de vue de l'expérience en première personne, Ratcliffe dit que ces tendances suicidaires ne sont pas vécues comme « un système de croyances, d'émotions ou d'intentions », la « forme de la motivation » étant « altérée », et la personne ne faisant à la limite « pas l'expérience d'elle-même comme un agent au sens courant » : le développement de ces tendances suicidaires s'inscrit dans un

processus par lequel son monde est dépouillé des possibilités présupposées par « les expériences de l'agentivité et du choix », le suicide se présentant comme le dernier moment de ce processus, pour mettre fin à la souffrance, la personne ne se sentant déjà plus vivante²⁵² (Ratcliffe, 2014, p. 144). Cette description en première personne est confirmée par les données cliniques sur les tendances suicidaires et le suicide dans la dépression.

Parmi ses facteurs cliniques, le suicide est parfois lié à l'impulsivité et aux conduites addictives, mais aussi par ailleurs à la perte d'intérêt et de plaisir et à l'absence de perspective d'avenir (Courtet & Vaiva, 2010, p. 76). Il intervient particulièrement lorsque la dépression est vécue comme un moment de crise c'est-à-dire lorsqu'elle survient en lien avec un facteur de stress psychosocial comme un déménagement, une perte d'emploi, une rupture familiale, un deuil... : le suicide apparaît alors comme une solution pour apaiser les souffrances psychiques du sujet, dans une crise suicidaire de six à huit semaines, qui fait intervenir des idées suicidaires et un vécu de désespoir soudain et intense (Courtet & Vaiva, 2010, p. 76). Le fait que les tendances suicidaires et le suicide ne reflètent pas, dans la dépression, le plein exercice de l'agentivité, c'est-à-dire la capacité à agir en s'y déterminant rationnellement et volontairement, est reflété par la notion clinique de « passage à l'acte suicidaire » : ce dernier est une difficulté majeure pour le clinicien parce qu'il est très difficile de discerner les cas où ce passage à l'acte peut avoir lieu de cas où les idées suicidaires sont évoquées sans une telle probabilité, or l'erreur peut conduire à une hospitalisation injustifiée d'un côté, mais au suicide du patient d'un autre côté (Courtet & Vaiva, 2010, p. 77). La notion d' « acte », au même titre que celle d' « activité », tend à être distinguée philosophiquement de « l'action » au sens où elle est une modalité de l'agir qui ne manifeste pas l'exercice de la rationalité donc la formation d'une intention, détermination à atteindre un certain but, et d'une délibération sur les moyens en vue de l'atteindre, volontairement (Piñeros Glasscock & Tenenbaum, 2023). De plus ce passage à l'acte est favorisé par des facteurs qui interfèrent avec l'exercice de la rationalité, donc altèrent l'agentivité :

²⁵² “Drawing on my work on existential feeling, along with a substantial body of first-person testimony, Benson, Gibson and Brand (2013) identify what they call a ‘feeling of being suicidal’, an existential feeling of a kind that drives the person towards suicide. Suicidal feeling, they maintain, does not consist in a system of beliefs, emotions, or intentions, at least not in any familiar sense. The very form of motivation has been altered. Sometimes, the depressed person no longer experiences or thinks of herself as an agent in a way that most of us take for granted. A process occurs whereby her world is sapped of the possibilities that experiences of agency and choice presuppose. So much is already gone from it that she experiences herself as no longer fully alive. Suicide presents itself as the final stage in a process that is already close to completion: ‘You feel tempted to end the suffering—however this is not a calculated decision (to end the suffering); it is feeling as though it’s a natural next step to take (just like animals seek solitude to die)’ (#117). The experience thus involves a way of ‘wishing’ that is quite alien to many of us.” (Ratcliffe, 2014, p. 144)

« Les stressseurs qui contribuent au déclenchement de l'acte suicidaire incluent les épisodes aigus de troubles psychiatriques, les crises psychosociales liées à un vécu de perte ou anticipant un avenir problématique, les intoxications aux substances désinhibitrices (alcool, benzodiazépines) ou qui altèrent l'humeur (LSD), et la contagion suicidaire. » (Courtet & Vaiva, 2010, p. 78).

Les traits de personnalité qui rendent particulièrement vulnérable aux tendances suicidaires sont la tendance au désespoir face aux facteurs de stress environnementaux d'une part, et la tendance à l'impulsivité d'autre part (Courtet & Vaiva, 2010, p. 78). Ces spécificités se retrouvent dans les études des sciences cliniques sur le suicide dans la dépression qui recherchent notamment des critères cliniques d'évaluation du risque suicidaire, convergeant à montrer que celui-ci, notamment favorisé par des facteurs d'altération de la rationalité (stress, impulsivité, substances...) ne correspond pas à une modalité ordinaire de l'action et vise avant tout à soulager une souffrance intense (Berman, 2009; Corruble et al., 1999; Cummins et al., 2015; Garlow et al., 2008; Hallfors et al., 2004; Harwitz & Ravizza, 2000; Hawton et al., 2013; Nanayakkara et al., 2013; Orsolini et al., 2020; Sun et al., 2020; Wålinder & Rutz, 2001).

Il semble donc difficile de considérer les tendances suicidaires, incluant aussi bien des pensées et des plans de suicide que des tentatives de suicides, comme traduisant une motivation à une action volontaire au sens ordinaire : il ne semble pas y avoir de motivation positive, d'état motivationnel ou de désir positif, puisqu'il s'agit avant tout de mettre fin à une souffrance, celle-ci contraignant si fortement l'action qu'il est difficile de considérer le « passage à l'acte suicidaire » comme une action volontaire de manière équivalente avec nos actions volontaires ordinaires. Les suicides et tentatives de suicide dans la dépression semblent relever d'une agentivité altérée, ce qui est confirmé par le fait que les facteurs qui les favorisent sont d'une part des facteurs qui altèrent la rationalité, comme le stress, l'impulsivité ou les substances, et d'autre part des facteurs de contrainte de l'action, comme le fait d'une vivre une crise qui bloque les perspectives d'avenir et surtout la souffrance. Les tendances suicidaires semblent donc se présenter, paradoxalement, comme un prolongement de « l'impuissance », de la conduite de renoncement à agir : elles semblent en effet s'inscrire dans la continuité d'une perte de ses capacités d'action et motivations à agir pour obtenir ce que l'on souhaite et éviter ce que l'on redoute, se présentant non pas comme une préparation à une action qui dérogerait à cet état d'« impuissance », mais comme le dernier stade d'un renoncement à l'exercice de ces capacités d'action. Le suicide dépressif étant par ailleurs lié à la perte d'intérêt et de plaisir, qui inclut la baisse globale de motivation comme l'un de ses aspects, il se présente comme une conséquence conjointe de ces *manifestations* de l'humeur

dépressive au niveau des actions, et de son *effet* sur les actions qu'est de favoriser la conduite d'impuissance, de renoncement à agir.

En conclusion, l'humeur dépressive a des manifestations et des effets distinctifs au niveau du corps, du comportement et des actions. Ses manifestations corporelles sont principalement, de la fatigue, une altération globale pouvant aller jusqu'à un état inflammatoire, des perturbations des fonctions végétatives, (et parfois mais rarement des symptômes somatiques supplémentaires). Ses manifestations comportementales sont principalement le ralentissement psychomoteur, avec parfois de l'agitation psychomotrice. Au niveau des actions, elle a pour effet de favoriser une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation, et elle a aussi des manifestations directes qui sont une baisse globale de motivation et la perte d'intérêt et de plaisir, cet effet et ces manifestations convergeant en une suspension de l'action volontaire, et parfois dans des tendances suicidaires qui ne manifestent pas une pleine agentivité, une pleine capacité d'action rationnelle et volontaire.

c. Les effets de l'humeur dépressive sur les fonctions cognitives

Dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé, l'humeur dépressive s'accompagne de troubles cognitifs : ces derniers sont envisagés comme des marqueurs de la dépression, résultant de l'installation d'une humeur dépressive dès le premier épisode dépressif, mais dont l'intensité est corrélée à la récurrence des épisodes (Gauthier & Lecardeur, 2018, p. 358). En revanche l'intensité de ces troubles cognitifs n'est pas nécessairement corrélée à celle des autres symptômes dépressifs ; elle est généralement plus forte dans les dépressions avec ralentissement psychomoteur marqué (Gauthier & Lecardeur, 2018, p. 358-359) : de fait certains de ces troubles résultent de l'aspect cognitif de ce ralentissement. Ces troubles cognitifs et leurs corrélats cérébraux font l'objet d'une littérature récente, que ce soit au cours de l'épisode dépressif ou en phase de rémission, où ils peuvent persister (Austin et al., 2001; Fossati, 2018; Fossati et al., 2010; Gong et al., 2017; Kriesche et al., 2022; Langenecker et al., 2005; Lee et al., 2012; Levin et al., 2007; Nikolin et al., 2021; Polosan et al., 2016; Preiss et al., 2009; Richardson & Adams, 2018).

Ces troubles cognitifs peuvent ainsi être considérés comme des effets de l'humeur dépressive, en tant que versant affectif de l'état dépressif, en partie dus au ralentissement psychomoteur qui en est une manifestation comportementale, lorsqu'il est présent. Ils se traduisent cliniquement principalement par deux symptômes qui sont des critères de l'épisode dépressif caractérisé : le ralentissement psychomoteur et la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou l'indécision presque tous les jours (Crocq et al., 2015, p. 188). En effet ces troubles cognitifs consistent dans une atteinte de certaines fonctions cognitives, ce qui se traduit cliniquement principalement, mais pas seulement, par ces deux symptômes. Les fonctions cognitives atteintes sont : l'attention (d'où les difficultés de concentration), la vitesse de traitement de l'information (ce qui est lié au ralentissement psychomoteur), la flexibilité mentale (qui cause la persistance de l'humeur dépressive elle-même, mais aussi les difficultés de concentration ou encore les sentiments de dévalorisation), l'inhibition (ce qui cause les difficultés de concentration, les ruminations, la persistance des idées suicidaires, l'agitation psychomotrice...), la mémoire autobiographique (ce qui cause la baisse de l'estime de soi), la mémoire hédonique (ce qui participe à l'anhédonie), la planification et l'initiation des actions (ce qui cause les difficultés de concentration et l'aboulie), l'attribution d'états mentaux à autrui, la métacognition, la projection dans le futur, le traitement des émotions et les capacités sociales (Gauthier & Lecardeur, 2018, p. 355). L'altération de ces fonctions cognitives est elle-même en cause dans les difficultés de régulation des émotions et cognitions négatives, qui sont un des effets de l'humeur dépressive au niveau des états mentaux.

d. Les effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux

L'humeur dépressive a des manifestations et des effets sur les états mentaux. En tant que versant affectif de l'état dépressif, elle se manifeste avant tout par une baisse des désirs : nous l'avons vu à travers la perte d'intérêt et de plaisir et la perte de motivation, dans la mesure où celles-ci se recoupent en partie à travers la notion d'anhédonie de motivation, qui correspond à une baisse des désirs au sens où ces derniers sont ineffectifs, ne portent pas à agir. Si cette baisse des désirs en est une *manifestation*, constituant son (absence de) versant motivationnel, l'humeur dépressive a par ailleurs pour *effet* de susciter une baisse globale des émotions : cet effet est systématique, comme nous allons le voir, à travers des notions cliniques comme l'alexithymie, l'insensibilité émotionnelle au contexte ou l'émoussement

affectif, qui se sont imposées pour définir le versant affectif des états dépressifs. Cette baisse globale des émotions s'explique en partie par des difficultés de régulation des émotions, elles-mêmes dues aux troubles des fonctions cognitives qui sont des effets de cette humeur. La médiation de ces déficits cognitifs, qui sont eux-mêmes des effets de l'humeur dépressive, fait de la baisse globale des émotions un effet davantage qu'une manifestation de celle-ci. Mais de plus, les émotions mal régulées sont certaines émotions négatives spécifiques (la tristesse, le découragement, l'anxiété, la culpabilité principalement), dès lors favorisées par l'humeur dépressive. Comme elles sont également susceptibles de l'induire, elles ne sont pas des manifestations de cette humeur, mais peuvent en être des effets (tout autant que des causes). Il en est de même de certains jugements spécifiques (repérés cliniquement en tant que « cognitions ») : ces derniers sont tout autant susceptibles de l'induire, de la causer, que d'être entretenue par elle en retour, nous pouvons donc les considérer non pas comme des manifestations, mais comme des effets de cette humeur (qui en sont aussi des causes possibles). Ces émotions et ces jugements (cognitions négatives) ne sont pas présents dans tous les tableaux dépressifs : la baisse des émotions peut aller jusqu'à une disparition de celles-ci, et les cognitions négatives ne sont pas toujours présentes d'après les critères cliniques de la CIM-11 et du DSM-5 (Crocq et al., 2015, p. 188).

i. Les émotions

La baisse globale des émotions, dont s'accompagne l'humeur dépressive, s'explique par le fait que cette humeur, du fait de ses effets sur les fonctions cognitives, gêne la régulation de ces émotions. Ces émotions sont alors bloquées, supprimées, réprimées, au lieu d'être régulées par des stratégies plus efficaces, ce qui se traduit par une baisse globale de ces émotions. Cela entretient en retour l'humeur dépressive, ce qui fait apparaître les émotions négatives mal régulées comme des causes possibles de l'humeur dépressive, tout autant que comme des effets possibles de celle-ci. Je vais aborder la caractérisation clinique de la baisse globale des émotions, son explication par des difficultés de régulation des émotions négatives, et enfin ces émotions négatives elles-mêmes, en tant que causes ou effets de l'humeur dépressive.

La baisse globale des émotions est décrite dans la clinique par la notion d'« alexithymie », un concept qui désigne l'absence d'expressivité émotionnelle, notamment la difficulté à mettre en mots son expérience affective, et qui possède une échelle d'évaluation spécifique (Apfel & Sifneos, 2010; Bagby et al., 2020; Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, et al., 1994; Sifneos, 1996). Si la dépression n'est pas le seul trouble psychiatrique dans lequel l'alexithymie peut intervenir, elles sont cliniquement fortement associées, l'alexithymie étant un marqueur de sévérité de la dépression, mais aussi un prédicteur de celle-ci (Bamonti et al., 2010; Duddu et al., 2003; Foran & O'Leary, 2013; Hemming et al., 2019; Honkalampi et al., 2000, 2001; Li et al., 2015; Luminet et al., 2001; Marchesi et al., 2008; Saarijärvi et al., 2001; Salminen et al., 1999). La baisse d'expressivité émotionnelle est fortement corrélée à la sévérité de la dépression (Peeters et al., 2010). Elle est ainsi un trait clinique saillant de la dépression.

Cette baisse d'expressivité émotionnelle peut être expliquée comme une « insensibilité émotionnelle au contexte » : la dépression se traduit par une baisse des émotions tout autant positives que négatives, davantage que par une potentialisation des émotions négatives²⁵³ (Mirabel-Sarron, 2012; Rottenberg, 2005; Rottenberg et al., 2005). Or cela s'explique par des défaillances dans la régulation des émotions négatives, causées par les déficits cognitifs induits par l'humeur dépressive, et qui la maintiennent en retour, ces émotions mal régulées s'accompagnant de plus de cognitions négatives qui maintiennent également en retour l'humeur dépressive (Baeyens, 2019; Chahar Mahali et al., 2020; Mirabel-Sarron, 2011, 2012).

La régulation émotionnelle est la mise en œuvre de stratégies permettant de moduler l'émotion, c'est-à-dire son déclenchement (émotion manifestée, réprimée ou supprimée), sa nature (quelle émotion en réaction à ce qui vient de se passer ? de la colère, de la tristesse ?), son intensité (à la fois en termes de ressenti et d'expression) et sa durée (au bout de combien de temps cesse-t-on de la ressentir et de la manifester ?) (Baeyens, 2019). Certaines stratégies

²⁵³ Cette thèse d'une insensibilité affective générale s'est imposée face à deux thèses concurrentes, celle de l'atténuation des émotions positives, qui décrivait seulement une sensibilité réduite aux stimuli émotionnels positifs, et celle de la potentialisation négative qui décrivait une réactivité émotionnelle plus importante aux stimuli émotionnels négatifs (Rottenberg et al., 2005). Cette dernière, présente dans les premiers modèles cognitifs de la dépression s'expliquait par un renforcement mutuel de l'humeur dépressive et des émotions négatives parce que l'humeur créait des biais cognitifs favorisant la prise en compte de stimuli négatifs et la réponse à ces stimuli par des émotions négatives, notamment la tristesse, mais aussi l'anxiété ou l'irritation ; mais les données empiriques ont finalement montré que pour la majorité des sujets dépressifs, il y a plutôt une baisse générale de la manifestation d'émotions parce qu'ils réagissent moins à tous les stimuli émotionnels, y compris tristes (Rottenberg, 2005; Rottenberg et al., 2005).

de régulations sont dites « adaptées » car elles permettent de contrôler efficacement l'émotion et de ne plus en ressentir de conséquence négative une fois que son déroulement a pris fin, tandis que d'autres, sont « inadaptées » et prédisent une plus grande vulnérabilité aux troubles affectifs (Aldao et al., 2010). Les stratégies « adaptées » sont par exemple la résolution de problèmes, la réévaluation ou l'acceptation²⁵⁴. Les stratégies « inadaptées » sont notamment la suppression de l'émotion²⁵⁵, l'évitement de l'expérience²⁵⁶, et la rumination²⁵⁷, qui sont corrélées à l'alexithymie et à la dépression mais aussi à d'autres problèmes comme l'anxiété sociale (Aldao et al., 2014; Panayiotou et al., 2021; Wolgast & Lundh, 2017; Zsido et al., 2021).

La mise en œuvre de stratégies de régulation des émotions « inadaptées » traduit des difficultés de régulation de ses émotions, et apparaît comme un facteur (une cause partielle) de la dépression : des études montrent par exemple que la dépression survient plus souvent chez des sujets qui ont tendance à recourir à la suppression des émotions (Ehring et al., 2010) ou plus généralement à des stratégies générées avant que l'émotion n'émerge (suppression, évitement), par opposition à des stratégies de contrôle du déroulement de l'émotion (réévaluation, acceptation) (Gross & John, 2003). Cela explique qu'on observe cliniquement une baisse d'expressivité émotionnelle, puisque ces stratégies inadaptées de régulation des émotions tendent à intervenir en amont des émotions et plus généralement à diminuer leurs manifestations. Ces stratégies inadaptées sont en retour favorisées par la dépression : la rumination, le catastrophisme, et un déficit de réévaluation positive, sont plus fortement présentes chez les personnes dépressives, favorisant à la fois les émotions négatives et leur persistance (Martin & Dahlen, 2005). Or ces stratégies inadaptées traduisent des déficits cognitifs induits par la persistance d'une humeur dépressive, tout autant qu'elles entretiennent

254 Par exemple on peut s'efforcer de résoudre une situation problématique qui nous attriste en cherchant à modifier cette situation, à la réévaluer en relativisant les enjeux, ou en s'efforçant de l'accepter dans la mesure où l'on ne peut rien y changer.

255 La suppression est la stratégie d'un sujet qui bloque l'émotion que lui cause un événement donné, ainsi que les pensées relatives à cet événement, pour éviter complètement de ressentir quoique ce soit : nous pouvons songer à l'absence de réaction émotionnelle chez un sujet confronté brutalement à un deuil ou une rupture sentimentale.

256 L'évitement consiste à fuir les situations susceptibles de susciter les émotions que l'on a du mal à réguler, par exemple en « coupant les ponts » avec une personne à laquelle on tient mais avec laquelle il est devenu trop douloureux d'interagir suite à un bouleversement de la relation.

257 La rumination est un processus de pensées récurrentes et d'idées qui tendent à se « recycler », c'est-à-dire à se maintenir et persister : elle affecte un sujet qui ne parvient pas à détacher sa pensée d'un événement émotionnellement chargé pour lui, par exemple une situation dans laquelle il a subi une humiliation ou une trahison.

l'humeur dépressive en retour, via les émotions négatives mal régulées et cognitions négatives associées, ce qui explique leur double rôle de facteur et de conséquence à l'égard de la dépression : c'est particulièrement le cas de la rumination (Besharat et al., 2013; Brinker & Dozois, 2009; Ciesla & Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Orth et al., 2006; Papageorgiou & Wells, 2004; Peled & Moretti, 2010 ; Robinson & Alloy, 2003; Spasojević & Alloy, 2001; Zawadzki et al., 2013)

Quelles sont ces émotions négatives mal régulées favorisées par l'humeur dépressive ? Il s'agit principalement de la tristesse, du découragement voire du désespoir qui en est une forme extrême dans la dépression sévère, de l'anxiété, et dans certains cas de la culpabilité. Plus marginalement l'humeur dépressive peut aussi favoriser l'ennui, la colère ou la honte. L'ennui possède désormais des échelles de mesure et pourrait tout aussi bien favoriser l'humeur dépressive qu'en résulter (Bargdill, 2019; Conroy et al., 2010; Fahlman et al., 2013; Gana & Akremi, 1998; Goldberg et al., 2011; Lee & Zelman, 2019; Spaeth et al., 2015). Mais il n'est que marginalement étudié dans la dépression par les sciences cliniques²⁵⁸. La colère est présente dans une minorité de tableaux dépressifs, à dominante masculine, où elle se présenterait sous forme d'attaques visant à se défendre contre un sentiment de basse estime de soi (Busch, 2009; Fava, 1998; Fava & Rosenbaum, 1998; Painuly et al., 2005; Winkler et al., 2005). La honte est présente dans certains tableaux dépressifs, parfois en association avec la culpabilité, et pourrait être un facteur de la dépression, notamment lorsque celle-ci est aussi en partie causée, ou favorisée, par des traitements de négligence ou d'abus dans l'enfance, ou par des comportements addictifs, ou par des traits de personnalité comme le perfectionnisme ou le névrotisme, la honte étant alors un relais causal de la dépression (Andrews et al., 2002; Ashby et al., 2006; Bilevicius et al., 2018; Lewis, 1987; Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2013; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013; Paulus et al., 2016; Scheff, 2001; Shahar, 2001; Webb et al., 2007; Wei et al., 2005).

La tristesse est présente dans de nombreux tableaux dépressifs, et peut y être dominante, comme nous l'avons vu à travers l'histoire de la dépression, où l'humeur dépressive, soit le versant affectif tout entier de la dépression, a pu être assimilé à la tristesse : si cette assimilation a été favorisée par l'assimilation antérieure de la mélancolie à une

²⁵⁸ Il a peu été étudié dans le cadre de la clinique de la dépression, contrairement à ce qui avait été le cas pour la mélancolie au XIX^e siècle, même s'il pourrait y jouer un rôle, ainsi qu'à l'égard de la psychose (Hernandez et al., 2001 ; Brémaud, 2020).

humeur triste, et par la supposition d'une continuité entre mélancolie et dépression, la tristesse reste effectivement présente dans de nombreux tableaux dépressifs. Tandis que le modèle de Horwitz et Wakefield (2007) conçoit la dépression comme une tristesse pathologique, certaines études portent sur la tristesse dans la dépression, en les différenciant au niveau comportemental comme au niveau neurobiologique, en cherchant à expliquer leurs interactions, la tristesse pouvant être un facteur de la dépression tout autant qu'en résulter, en être un aspect, et parfois en considérant la dépression comme une forme spécifique de tristesse, induite par de la tristesse normale (Bondolfi et al., 2015; Davidson & Henriques, 2000; Haas et al., 2020; Leventhal, 2008; Michalak et al., 2009; Mouchet-Mages & Baylé, 2008). Si on accepte que l'humeur dépressive est le versant affectif de la dépression ne se réduisant pas à la tristesse, ces études montrent que la tristesse peut causer l'humeur dépressive, ou être favorisée par elle, dont elle est alors un effet.

Outre la tristesse, une émotion très souvent présente dans la dépression est le découragement, qui peut se présenter sous une forme diffuse ou généralisée, l'abattement, et sous une forme sévère, le « désespoir » (« *hopelessness* »), tandis que sous des formes plus légères, il se présente à travers des variantes comme la démoralisation ou la résignation (Ratcliffe, 2014, Chapitre 4). Le découragement extrême ou désespoir possède un instrument de mesure qui est la *Beck Hopelessness scale*, élaborée par Beck dans les années 1970 (Beck et al., 1974). Le désespoir est également au cœur d'un modèle cognitif et comportemental de la dépression, celui d'Abramson, la « théorie du désespoir » (« *Hopeless theory of depression* »), tiré de la « théorie de l'impuissance apprise » (« *Helplessness theory of Depression* ») de Seligman : cette théorie du désespoir est supposée s'appliquer au moins à un sous-type de dépression, spécifiquement causé par un découragement extrême ou désespoir (Abramson et al., 1989, 1995; Alloy et al., 1988; Liu et al., 2015). Ce découragement ou désespoir consiste pour l'individu à envisager ce qu'il désire fortement comme ayant peu de chances de se réaliser, et ce qu'il redoute fortement comme ayant beaucoup de chances de se réaliser, tandis qu'aucune action de sa part ne serait susceptible de changer la probabilité de ces résultats : pour Abramson il ne s'agit pas uniquement d'un état affectif, puisqu'il consiste en partie dans des attentes, des anticipations, donc des croyances, mais il consiste également dans des états affectifs négatifs (Abramson et al., 1989, p. 359; Alloy et al., 1988, p. 7). Le désespoir ainsi compris cause la symptomatologie dépressive dans son ensemble, interprétée comme un état d'impuissance qui inclut un versant cognitif consistant dans ces croyances, un versant « motivationnel » (ou « comportemental ») qui est la suspension de l'action

volontaire, et un versant affectif qui consiste dans des émotions négatives de découragement, de tristesse, d'anxiété... (Abramson et al., 1978). Si l'on envisage le désespoir ou découragement simplement comme un état affectif, une émotion négative, la théorie d'Abramson montre qu'elle est causée en retour par la dépression, une fois celle-ci causée par le désespoir au sens du système d'attentes, d'anticipations négatives (Abramson et al., 1989, p. 362-363) : cela suggère que cette émotion est causée à la fois par l'humeur dépressive, et par des croyances dépressives, dont Abramson considère qu'elles ont d'abord engendré cette humeur. Mais ces croyances ne sont pas une cause nécessaire de la dépression, donc Abramson présente sa théorie du désespoir comme une théorie s'appliquant seulement à un sous-type de dépression. La formation de ces croyances serait une cause proximale de la dépression, via laquelle celle-ci serait entraîné par une série de causes distales : des événements que l'individu a interprétés d'une façon particulière, à savoir, comme dans la version révisée de la théorie de l'impuissance apprise, des événements négatifs²⁵⁹, auxquels il a attribué des causes globales, et stables, et éventuellement aussi des causes internes, auquel cas la dépression suscitée par ce type de croyances s'accompagne d'une auto-dépréciation (Abramson et al., 1989, p. 359; Alloy et al., 1988, p. 9). Selon Abramson, sa théorie s'accorde donc en grande partie avec le modèle de Brown et Harris, selon lequel la dépression est due à des événements de vie négatifs ou stressants ayant suscité le désespoir (Abramson et al., 1989, p. 366; Brown & Harris, 2012). Au-delà de ce modèle historique, des études confirment, sinon l'existence d'un sous-type de dépression spécifiquement lié au désespoir, du moins le fait que le désespoir est un facteur de la dépression, qui l'entretient en retour en tant qu'émotion négative favorisant alors le suicide (DeLisle & Holden, 2009; Joiner et al., 2005; Kuo et al., 2004; Panzarella et al., 2006; Toussaint et al., 2008; Troister & Holden, 2010). Nous pouvons considérer le découragement ou désespoir comme une émotion qui peut être une cause ou un effet de l'humeur dépressive.

Enfin, l'anxiété est particulièrement associée à la dépression, notamment sous des formes sévères comme l'angoisse²⁶⁰ ou l'effroi²⁶¹ comme le montrent bien le récit de Styron

²⁵⁹ La théorie d'Abramson insiste sur le fait que les événements survenus doivent être négatifs avant tout, plutôt que d'être incontrôlables, comme dans la théorie de Seligman révisée ; c'est ensuite le type d'inférences que les individus font à propos des événements survenus, à propos des conséquences de ces événements et à propos d'eux-mêmes qui sont déterminantes dans le désespoir et donc de la dépression (Abramson et al., 1989, p. 360). Le fait d'attribuer les événements négatifs à des facteurs globaux et stables rend vulnérable à la dépression, mais ne suffit pas à la provoquer en l'absence d'événement négatif, ou de petits facteurs de stress chronique (Abramson et al., 1989, p. 362).

²⁶⁰ « *anguish* »

(2010) et les témoignages de Ratcliffe, dans lesquels elle est lié au sentiment d'une menace indistincte²⁶², voire à un sentiment de mort imminente (Ratcliffe, 2014, p. 191). Elle peut être diagnostiquée séparément par l'un des troubles de la catégorie des « troubles anxieux » dans le DSM-5 (American psychiatric association, 2013). Il existe de fortes comorbidités entre ces deux catégories de troubles (Brown et al., 2001 ; Fava et al., 2000 ; Hettema, 2008), qui peuvent prendre la forme d'un trouble anxieux avec des signes de dépression, d'un trouble dépressif associé à un trouble anxieux ou encore d'un état dépressif avec une anxiété plus ou moins sévère (Pelissolo, 2010, p. 112). Lorsqu'il s'agit d'un état dépressif avec de l'anxiété, celle-ci prend des formes variables, elle peut être permanente, parfois latente puis se manifestant par des crises aiguës, et elle est alimentée par les jugements pessimistes (Pelissolo, 2010, p. 113). De plus on peut distinguer trois grands types de tableaux cliniques anxiodépressifs :

« des états dépressifs sans anxiété majeure ; des dépressions anxieuses non mélancoliques ; des dépressions dans lesquelles l'anxiété est au premier plan du fait de son intensité, de la douleur morale qui l'accompagne, et de ses autres répercussions sur le comportement et la pensée du patient (idées plus ou moins délirantes d'incapacité ou de malheur prochain, parfois syndrome de Cotard). On parle alors de mélancolie anxieuse, qui se caractérise par l'absence de ralentissement, remplacé par une agitation extrême et stérile. » (Pelissolo, 2010, p. 114).

La sévérité des dépressions anxieuses serait globalement plus forte, et la réponse aux antidépresseurs plus faible, le DSM-5 ayant inclus une spécification « avec détresse anxieuse » pour des épisodes dépressifs particulièrement sévères à cause de symptômes anxieux (Pelissolo, 2010, p. 115; Pelissolo & Hamdani, 2018, p. 180). D'une part, les troubles anxieux apparaissent comme une cause possible de la dépression, d'autre part celle-ci peut favoriser l'anxiété puisqu'elle peut révéler un trouble anxieux ou avoir des symptômes anxieux, et l'une et l'autre peuvent avoir des causes communes (Pelissolo, 2010; Pelissolo & Hamdani, 2018). L'humeur dépressive peut donc tout autant être causée par de l'anxiété que causer celle-ci, ce qui se traduit par une association fréquente de ces deux états affectifs : il avait été envisagé pour le DSM-IV et la CIM-10 une catégorie de « trouble mixte anxiodépressif » pour un trouble comportant à la fois des signes anxieux et dépressifs sans atteindre le seuil pathologique de l'une ou l'autre catégorie (Pelissolo & Hamdani, 2018, p. 185). Cette catégorie est présente non dans le DSM-5 mais dans la CIM-11 avec le « trouble

²⁶¹ « dread »

²⁶² « conspicuous threat »

anxieux et dépressif mixte ». Les études confirment cette bidirectionnalité des liens causaux entre anxiété et humeur dépressive, l'anxiété pouvant notamment se présenter tout autant comme un trait de personnalité qui favorise l'humeur dépressive, et ainsi la dépression, que comme un état favorisé par cette humeur, donc un symptôme de la dépression (Clark & Watson, 1991; Eisenberg et al., 2007; Fountoulakis et al., 2007; Grover et al., 2019; Kalin, 2020; Kennedy et al., 2001; Knowles & Olatunji, 2020)

Même si elle n'est pas systématiquement présente dans la dépression, une émotion en est emblématique : la culpabilité. Elle est très distinctive de la dépression puisqu'elle est un critère (non nécessaire) de l'épisode dépressif caractérisé dans le DM-5 : « le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée » (Crocq et al., 2015, p. 188). D'après Ratcliffe, elle se rencontre sous une version « existentielle » dans certaines dépressions mais pas toutes : elle oblitère le futur en rivant l'individu à son passé (Ratcliffe, 2014, Chapitre 5). Cette culpabilité existentielle est envisagée par les phénoménologues comme une dimension de la modification de la structure de l'expérience subjective qui se produit dans la dépression (Fuchs, 2002; Ratcliffe, 2010). La culpabilité peut favoriser la dépression tout autant qu'en être un symptôme, ce qui en fait donc une cause possible tout comme un effet possible de l'humeur dépressive (Ghatavi et al., 2002; Kim et al., 2011; Li et al., 2019; Luck & Luck-Sikorski, 2021; O'Connor et al., 2002; Orth et al., 2006; Stompe et al., 2002; Tilghman-Osborne et al., 2012; Webb et al., 2007).

Notons que toutes les émotions qui se présentent dans la dépression peuvent être de premier ordre, c'est-à-dire à propos de circonstances, d'objets, qui suscitent la tristesse, le découragement ou l'anxiété de la personne dans le cours de sa dépression, mais aussi de second ordre, c'est-à-dire à propos de la dépression elle-même : les témoignages rapportés par Ratcliffe montrent à plusieurs reprises que les personnes sont tristes à propos du fait d'être en dépression, ou découragées à l'égard de leurs perspectives de guérison, ou encore anxieuses à l'idée de ne pas guérir et des conséquences du fait de demeurer dans cet état (Ratcliffe, 2014). De plus ces émotions forment des cercles vicieux avec les cognitions négatives par lesquelles l'humeur dépressive se manifeste également, puisqu'elles s'entretiennent réciproquement. Ces cognitions négatives sont des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants.

ii. Les jugements

Dans le récit de Styron, trois types de jugements sont favorisés par son humeur dépressive : des jugements pessimistes, des jugements défaitistes et des jugements auto-dépréciatifs ou auto-dévalorisants. Ces trois types de jugements se retrouvent dans les témoignages rapportés par Ratcliffe (Ratcliffe, 2014). Le pessimisme s'exprime par des jugements sur l'absence de perspectives futures heureuses et l'impossibilité d'en retrouver un jour (Ratcliffe, 2014, p. 112).

22. La vie semble complètement dépourvue de sens quand on est dépressif. La dépression est le pire ressenti au monde et quand tu es absorbé dans ses profondeurs, tu voudrais ne plus exister, que s'arrêtent l'engourdissement et la douleur. Tu ne peux pas te projeter dans le futur de telle sorte que tu ne peux avoir ni aspiration ni rêve. Tout ce que j'avais un jour voulu faire de ma vie me semblait désormais impossible. Je pensais aussi que je n'en sortirais jamais, que je serais dépressif pour toujours. Cela entraîne une manière irrationnelle de penser parce que ce n'est pas une maladie rationnelle. Cela te fait penser plein de choses sur la vie et sur toi-même qui ne sont pas vraies. Je pensais que je sortirais jamais des profondeurs de la dépression et que je ne ferais jamais rien de ma vie.

*# 343. Je n'envisage pas de futur ou un futur désespéré.*²⁶³

Le défaitisme s'exprime par des jugements sur l'impossibilité où l'on se trouve de parvenir à changer la situation, toute tentative étant vouée à l'échec (Ratcliffe, 2014, p. 113).

347. Quand je suis déprimé je vois la vie comme dépourvue de sens et parfois comme cruelle. Je n'arrive pas à voir de possibilité de changement ou d'amélioration.

*# 367. Quand que je suis déprimé, je me sens écrasé par la fatalité. Je me sens désespéré et inutile et ma confiance en moi descend si bas que parfois je n'arrive même pas à sortir de chez moi pour faire des courses car je ne me sens pas digne d'occuper du temps et de l'espace.*²⁶⁴

Enfin l'autodépréciation ou auto-dévalorisation s'exprime dans des jugements sur sa propre insuffisance à remplir certaines attentes, à atteindre certains standards, voire dans des jugements exprimant de la haine de soi (Ratcliffe, 2014, p. 135-136).

16. Quand je suis déprimé tout semble si mauvais. Il me semble qu'il n'y a rien de bon dans le monde et que tout ce qu'il y a de mauvais est à cause de moi d'une manière ou d'une autre.

²⁶³ “#22. Life seems completely pointless when depressed. Depression is the worst feeling in the world and when you're absorbed in its depths you just don't even want to be there, anything to stop the numbness and pain. You can't see far into the future so you can't see aspirations or dreams. Everything I ever wanted to do with my life before seemed impossible now. I also would think that I would never get out, that I'd be depressed forever. It brings quite irrational thinking because it's not a rational illness. It makes you think all sorts of things about life and yourself that aren't true. I thought I'd never escape from the depths of depression and never achieve anything with my life. # 343. See no future or a hopeless future.” (Citations recueillies par Ratcliffe, 2014, p. 112)

²⁶⁴ “#347. When depressed I see life as pointless and sometimes cruel. I cannot see any possibilities for change or improvement. #367. Whilst depressed, I feel an impending sense of doom. I feel hopeless and useless, and my self-confidence drops so low that sometimes I cannot even leave the house to buy food as I don't feel worthy to be taking up any space and time.” (Citations recueillies par Ratcliffe, 2014, p. 113)

179. *[Quand je suis déprimé] je me déteste. La raison pour laquelle la vie est affreuse ces temps-ci est parce que je suis une personne terrible, méchante et ratée. Je ne suis pas un véritable être humain, je suis un raté. Tout ce qui se passe mal dans ma vie est directement ma faute ; je l'ai causé en ne faisant pas des choses que j'aurais dû faire ou en faisant des choses que je n'aurais pas dû faire. Je suis un gaspillage de vie humaine. Personne ne sait exactement quel néant de personne horrible et inutile je suis vraiment, car je le cache aux autres – s'ils découvriraient la vérité ils me haïraient tous et jamais plus je ne pourrais avoir un seul ami dans le monde.*

88. *Profond désespoir, haine de moi-même, j'ai l'impression que je ne peux rien faire correctement, tout le monde se porterait mieux si je n'étais pas là pour gâcher leurs vies, je me sens inutile, pourquoi suis-je seulement né, je ne devrais pas être là, je n'ai pas ma place ici, je veux juste m'endormir et ne jamais me réveiller.*

97. *Je me sens désespéré, j'ai l'impression que je ne devrais pas exister et que ce serait mieux pour ma famille et mes amis si je n'étais pas là. Je me sens sombre, inquiet, écrasé par la fatalité.*²⁶⁵

Historiquement, la théorie cognitive de Beck s'est concentrée sur le rôle de ces jugements (« cognitions négatives » ou « dépressives ») dans la dépression et en a fait la cible thérapeutique prioritaire (Beck, 1979). Beck a d'abord développé son questionnaire auto-administré voué à mesurer cliniquement la dépression, le *Beck Depression Inventory*²⁶⁶ : parmi les 21 catégories du questionnaire, figurent déjà le pessimisme (« *pessimism* »), le défaitisme (« *sense of failure* ») et l'auto-dévalorisation (« *self accusations* », « *self hate* », « *self punitive wishes* », « *sense of punishment* ») (Beck et al., 1961, p. 562). Beck s'est particulièrement intéressé au contenu du discours des patients dépressifs en thérapie, alors qu'il exerçait en tant que psychanalyste et psychothérapeute, discours exprimant leurs jugements, leurs cognitions dépressives. La révolution qu'il opère alors à partir des années 1960 dans les théories sur la dépression est d'affirmer que celle-ci est un problème plus fondamentalement cognitif qu'affectif, parce que ce sont ces cognitions qui produisent les états affectifs présents dans la dépression, soit l'humeur dépressive, la tristesse, le découragement, l'anxiété, alors que ces cognitions sont erronées, étant produites par des « distorsions cognitives » (Beck, 1963, 1964). Ces dernières sont des manières logiquement erronées de percevoir et d'interpréter la réalité, par exemple en surgénéralisant. Leur

²⁶⁵ “#16. *When I am depressed everything seems so bad. It seems as if there is nothing good in the world and that all the bad is because of me somehow.* #179 *[When depressed] I hate myself. The reason my life is so awful at these times is because I am a terrible, wicked, failure of a person. I'm not a proper human being, I am a failed human being. Everything that goes wrong in my life is directly my fault; I caused it by not doing things I should have done, or doing things I shouldn't have done. I am a waste of a human life. No-one knows just what a horrible useless nothing of a person I really am, because I hide it from people—if they ever found out the truth, they will all hate me and I will never have a single friend in the world ever again.* #88. *Deep despair, hate myself, feel like I can't do anything right, everyone would be better off if I wasn't here to fuck their lives up, feel useless, why was I even born, I shouldn't be here, I don't belong here, just want to go to sleep and never wake up.* #97. *Feel hopeless, like I shouldn't exist and it would be better for family and friends if I wasn't here. Just feel dark, worried, impending feeling of doom.*” (Citations recueillies par Ratcliffe, 2014, p. 135-136)

²⁶⁶ Un des premiers outils psychométriques d'évaluation de la dépression, visant à homogénéiser le diagnostic, au vu d'un faible degré d'accord entre les cliniciens à l'époque

intervention systématique entraîne la mise en place de « schémas cognitifs » idiosyncrasiques et inappropriés : ces derniers sont des structures cognitives, à travers lesquels les objets sont perçus et conceptualisés, qui sont au cœur du fonctionnement cognitif d'un individu (Beck, 1964). Ces schémas, étant inappropriés car en partie constitués par des distorsions cognitives, produisent les cognitions dépressives erronées, par exemple auto-dévalorisantes, dans de nombreuses situations²⁶⁷. Ils seraient ainsi à la source de l'humeur dépressive elle-même :

« *Ainsi, la morosité paradoxale, dans la dépression, provient des schémas idiosyncrasiques opérant.* » (Beck, 1964, p. 567)²⁶⁸

²⁶⁷ En effet Beck met en évidence d'une part des contenus typiques des cognitions dépressives, qui sont la mauvaise image de soi, le dénuement notamment d'affection de la part d'autrui, les autocritiques et le blâme de soi, une surévaluation des problèmes que l'on rencontre et des devoirs qui nous incombent, des auto-injonctions, des désirs d'échapper à sa propre situation pouvant aller jusqu'à des vellétés suicidaires (Beck, 1963, p. 38-39). Mais de plus, Beck s'attache d'emblée à des « distorsions cognitives » qui sont des erreurs typiques d'interprétation des situations, et des erreurs de raisonnement, qui produisent des représentations erronées de la réalité sur lesquelles se fondent les cognitions négatives, de la sorte mal fondées, irrationnelles : ces distorsions sont par exemple le fait d'interpréter arbitrairement une situation (comme prouvant sa propre absence de valeur par exemple), l'abstraction sélective de certains détails d'une situation (par exemple une critique mineure exprimée par quelqu'un dans un discours par ailleurs élogieux), un excès de généralisation (produisant une conclusion négative générale sur ses propres capacités sur la base d'un unique incident mineur), la surestimation ou la minimisation (concernant respectivement ses défauts ou ses problèmes et à l'inverse ses qualités), l'étiquetage inexact, c'est-à-dire le fait de ne pas nommer de la bonne manière une situation (par exemple en parler comme traumatisante alors qu'elle est banale) (Beck, 1963, p. 40-41). Il met de plus en évidence des traits formels des cognitions dépressives, notamment le fait d'être des réponses automatiques, d'être involontaires, d'apparaître très plausibles au patient dépressif, et de persister en se présentant dans de multiples situations : ces traits rendent ces cognitions problématiques en faisant qu'elles se présentent invariablement au patient, sans réflexion ou raisonnement antécédent, s'imposant à lui comme la meilleure manière d'interpréter la situation quelle qu'elle soit (comme une preuve de son absence de perspective ou de valeur), tandis qu'elles suscitent à chaque fois une réaction affective négative, douloureuse (humeur dépressive, tristesse, anxiété)... (Beck, 1963, p. 42-43). Ces conséquences problématiques sont en aval des cognitions dépressives : elles expliquent comment ces cognitions entraînent et entretiennent la spirale négative de la dépression, dans laquelle elles forment des cercles vicieux avec les émotions négatives et les difficultés à agir (Beck, 1964). Cependant, si elles sont problématiques, c'est parce qu'en amont d'elles se trouvent les distorsions cognitives. Ces dernières constituent des schémas cognitifs inappropriés qui orientent les associations de pensées, pour produire les cognitions négatives, dépressives : si le processus inférentiel passe inaperçu, seule la cognition négative finale étant exprimée par la personne (« Cette situation prouve que je ne suis pas à la hauteur. »), c'est l'automatisme de ces schémas qui rend compte des traits formels des cognitions négatives, à savoir du fait qu'elles se présentent comme des cognitions automatiques, involontaires, car les schémas qui les produisent sont répétitifs, réactivés dans de nombreuses situations, et même dans le flux des pensées indépendamment de la situation (Beck, 1964). Le caractère idiosyncrasique et inapproprié des schémas mis en place par la personne dépressive explique que sa représentation de la réalité soit singulièrement en distorsion avec la réalité, à un degré bien plus élevé que la représentation de la réalité d'une personne sans problème psychopathologique ; de plus le fait que ces schémas problématiques acquièrent un pouvoir supérieur, une intensité plus grande que celle d'autres schémas explique que les cognitions qui en sont issues paraissent à chaque fois être les plus plausibles pour expliquer la situation (Beck, 1964, p. 565). La rigidité de ces schémas peut devenir telle que le patient dépressif perd tout contrôle sur ses cognitions dépressives, et se trouve incapable de rediriger ou modifier le contenu de ses pensées (Beck, 1964, p. 566). Ce sont ainsi ces schémas qui sont en définitive au cœur de la dépression et au fondement de son versant affectif (Beck, 1964, p. 567). C'est pourquoi le but de la psychothérapie pour le patient de découvrir grâce au thérapeute qu'il opère des distorsions à l'égard de la réalité, et ainsi le caractère erroné des idées qui lui causent sa souffrance affective (Beck, 1964, p. 568). La découverte des distorsions qu'il opère, tant au niveau de sa perception des choses, qu'au niveau de l'interprétation qu'il en fait, doit amener le patient à neutraliser les effets de ses cognitions dépressives en concluant clairement qu'elles sont mal fondées, invalides, et en cherchant des explications alternatives à la situation : cela lui rend la possibilité de modifier le contenu de ses pensées et le libère des états affectifs négatifs qui étaient suscités par ses cognitions dépressives (Beck, 1964, p. 570).

²⁶⁸ « *Thus, the paradoxical gloom in depression results from the idiosyncrasic schemas that are operative.* » (Beck, 1964, p. 567).

C'est pourquoi la thérapie cognitive développée par Beck cible les cognitions négatives, pour remonter aux schémas erronés qui les produisent et corriger les distorsions cognitives qui y sont à l'œuvre : cette correction s'opèrent en réévaluant les situations, après avoir montré le caractère erroné des cognitions négatives, une fois les schémas cognitifs et les distorsions cognitives mises à jour, ce qui doit aussi libérer le patient de l'humeur dépressive et des émotions négatives (Beck, 1963, 1964, 1979, 2017b; Beck & Alford, 2009).

Or Beck identifie trois pôles dans le contenu de ces cognitions négatives : le futur (possibilités de projections dans l'avenir, perspectives), le monde (expériences que l'on peut avoir), et le soi (image de soi, estime de soi), ce qu'il désigne comme une « triade » de cognitions négatives, devant être ciblée par le traitement psychothérapeutique (Beck, 1979). Les cognitions relatives à ces trois pôles correspondent à des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dépréciatifs. L'échelle de découragement ou désespoir (« *Hopelessness scale* »), est présentée par Beck comme un instrument de mesure du pessimisme à destination des troubles psychopathologiques en général²⁶⁹ : en effet, il objective le pessimisme comme un système d'attentes négatives concernant soi-même et sa vie future, que le questionnaire évalue par des items comme « Tout ce que je peux envisager à l'avenir est déplaisant plutôt que plaisant. »²⁷⁰ ; « Il est très improbable que j'obtiendrai quelque satisfaction réelle que ce soit dans le futur. »²⁷¹ ou encore « Je ne m'attends pas à obtenir ce que je veux vraiment. »²⁷² (Beck et al., 1974). Le pessimisme ainsi conçu consiste donc dans des jugements manifestant des croyances pessimistes : celles-ci seraient produites par des schémas cognitifs ayant en commun de formuler des attentes négatives à l'égard du futur²⁷³ (Beck et al., 1974, p. 864).

Sans reprendre la thèse explicative défendue par cette théorie à propos de la dépression, à savoir que celle-ci serait causée par des « distorsions » cognitives, nous pouvons nous appuyer sur son point de départ clinique, qui est l'observation de la « triade » de cognitions négatives caractéristique de la dépression, pour affirmer que l'humeur dépressive

²⁶⁹ Le titre de l'article qui présente cette échelle est : « *The measurement of pessimism : The hopelessness scale* » (Beck et al., 1974)

²⁷⁰ « *All I can see ahead of me is unpleasantness rather than pleasantness.* » (Beck et al., 1974, p. 862)

²⁷¹ « *It is very unlikely that I will get any real satisfaction in the future.* » (Beck et al., 1974, p. 862)

²⁷² « *I don't expect to get what I really want.* » (Beck et al., 1974, p. 862)

²⁷³ « *The underlying assumption is that hopelessness can be readily objectified by defining it as a system of cognitive schemas whose common denomination is negative expectations about the future.* » (Beck et al., 1974, p. 862)

favorise spécifiquement trois types de jugements : des jugements pessimistes, défaitistes, et auto-dépréciatifs ou auto-dévalorisants. Au-delà du modèle historique de Beck, ils se retrouvent bien dans la clinique contemporaine de la dépression, surtout comme symptômes, mais aussi comme facteurs de celle-ci, donc comme effets et causes de l'humeur dépressive.

Le pessimisme favorise l'humeur dépressive tout autant qu'elle le favorise en retour (Armbruster et al., 2015; Carver & Lattie, 2015; Dickson et al., 2016; Isaacowitz & Seligman, 2001; Schueller & Seligman, 2008; Swanholm et al., 2009). Les jugements pessimistes sous-tendent à la fois le découragement voire désespoir, et la conduite de renoncement à agir :

« Le sentiment d'impuissance et/ou de désespoir est fréquemment retrouvé dans l'EDC et sous-tendu par un biais cognitif négatif et un pessimisme à propos du futur. » (El-Hage, 2018, p. 75)

Le pessimisme dans la dépression y est indissociable du défaitisme, qui consiste à envisager en particulier, parmi ses perspectives futures, les perspectives de ce qui dépend de nos propres actions comme mauvaises, et par voie de conséquence ces actions comme inutiles. Le défaitisme est ainsi présent dans la *Beck Hopelessness scale* à travers des items comme « Il ne sert à rien d'essayer véritablement d'obtenir ce que je veux car ne l'obtiendrai probablement pas. » ou « Je baisse les bras car je ne peux pas améliorer ma situation. » (Beck et al., 1974, p. 862). Le défaitisme est ainsi au cœur de la version révisée de la « théorie de l'impuissance apprise » de la dépression révisée, par Seligman et Abramson, puisque celle-ci met au fondement de l'impuissance une attribution à des échecs rencontrés de causes qui condamnent irrévocablement à de nouveaux échecs (Abramson et al., 1978). Le défaitisme se retrouve de la même manière au cœur de la « théorie du désespoir » d'Abramson (Abramson et al., 1989, 1995; Alloy et al., 1988).

Enfin l'auto-dépréciation ou auto-dévalorisation s'exprime dans tous les jugements par lesquels le dépressif exprime sa basse estime de soi, se juge inférieur à certains standards, voire exprime une haine de soi ou le fait de mériter une punition : elle peut de même favoriser la dépression, donc induire une humeur dépressive, autant qu'en résulter (Franck & De Raedt, 2007; Hilbert et al., 2019; Orth & Robins, 2013; Roberts & Monroe, 1994; Sowislo & Orth, 2013). Elle est présente dans le critère non nécessaire de la dépression qui comporte aussi la culpabilité puisque l'une peut déboucher sur l'autre (Crocq et al., 2015, p. 188).

« Le sujet peut exprimer des idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine reflétant une vue négative de soi, une faible confiance et estime de soi. Il est important de documenter ce symptôme, qui peut être prédictif d'un risque plus élevé de comportement suicidaire. » (El-Hage, 2018, p. 75)

Cette auto-dévalorisation s'inscrit plus généralement dans une augmentation de la focalisation sur soi, qui est un trait majeur de la sémiologie cognitive de la dépression : l'attention est orientée vers soi, avec une tendance à s'autoévaluer et des difficultés à se décentrer et à adopter la perspective d'autrui, ce qui crée des difficultés dans les relations interpersonnelles (Fossati, 2018, p. 89-91 : 93-94).

Ainsi en conclusion, l'humeur dépressive favorise les jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, qui peuvent aussi l'induire donc également l'entretenir en retour, entretenant également des liens causaux bidirectionnels avec les émotions négatives.

En conclusion, les effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux sont de causer une baisse globale des émotions via ses effets sur les fonctions cognitives, qui gênent la régulation des émotions négatives, d'où une baisse d'expressivité émotionnelle en raison de stratégies de régulation inadaptées qui diminuent cette expressivité. Ces émotions négatives sont susceptibles de causer l'humeur dépressive tout autant que d'être causées par elle en retour ; ce sont principalement la tristesse, le découragement, l'anxiété, et dans certains cas la culpabilité. D'autre part l'humeur dépressive favorise des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, qui entretiennent des cercles vicieux avec elle, directement ou via les émotions négatives mal régulées.

4. Réquisits pour une théorie de l'humeur dépressive

L'humeur dépressive est donc une composante de la dépression : un état affectif occurrent, caractérisé par une phénoménologie affective distinctive, et qui n'est dirigé vers rien en particulier, s'agissant plutôt d'un climat affectif lié en partie à un ressenti corporel spécifique. Cette phénoménologie affective consiste dans ce ressenti corporel, ainsi que dans le ressenti d'une distance au monde, et dans une douleur morale (souffrance psychologique). Etant dès lors en partie constituée par un état corporel, elle a des manifestations corporelles et comportementales : elle se traduit principalement par de la fatigue, une altération de l'état corporel global voire un état inflammatoire, des perturbations végétatives, et du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation psychomotrice. Elle se manifeste aussi par une

baisse globale des désirs (perte d'intérêt et de plaisir, baisse globale de motivation). Enfin elle a pour effets de favoriser une conduite de renoncement à agir, d'entraîner une altération de certaines fonctions cognitives, et de ce fait une baisse globale des émotions, mais aussi de favoriser certaines émotions spécifiques, principalement la tristesse, le découragement, l'anxiété et dans certains cas la culpabilité, et certains jugements spécifiques, des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants d'autre part. Ces émotions et ces jugements peuvent induire cette humeur, puisqu'ils peuvent être des facteurs de la dépression, ce qui permet de ne pas les prendre pour des manifestations de cette humeur en elle-même. Tout cela suggère que cette humeur dépressive est un état affectif qui induit un état dépressif plus global, et ainsi la dépression. Avant d'examiner cette hypothèse à propos de la dépression, je vais élaborer une théorie de l'humeur dépressive à partir d'une série de réquisits que je peux maintenant formuler :

- ***Le réquisit intentionnel*** : l'humeur dépressive n'est pas orientée vers un objet particulier du monde. Elle est cependant orientée à la fois vers le monde, vers le soi et vers le corps, à travers le ressenti d'une distance au monde, celui de la douleur morale, et un ressenti corporel, constitutifs de sa phénoménologie affective distinctive.
- ***Le réquisit phénoménologique*** : l'humeur dépressive a une phénoménologie affective distinctive qui possède trois aspects : le ressenti d'un état corporel globalement altéré (état de fatigue, d'affaiblissement, voire état inflammatoire), le ressenti d'une distance à l'égard du monde, notamment d'autrui, et le ressenti d'une douleur morale. Dans certains cas, elle se réduit au ressenti de l'état corporel.
- ***Le réquisit des manifestations et des effets au niveau du corps, du comportement et des actions*** : l'humeur dépressive se manifeste toujours au niveau du corps par une altération globale de l'état corporel pouvant aller jusqu'à un état inflammatoire, de la fatigue, ou des perturbations des fonctions végétatives ; elle se manifeste toujours au niveau du comportement par une baisse globale de motivation (donc d'activité) et parfois par un ralentissement psychomoteur, ou de l'agitation psychomotrice ; et elle entraîne toujours au niveau des actions une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation.
- ***Le réquisit des effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux*** : les effets de l'humeur dépressive sur les fonctions cognitives se traduisent par des troubles cognitifs notamment une difficulté à penser ou à se concentrer ou une indécision : au niveau des états mentaux elle se manifeste par une baisse globale des désirs, et a pour

effets d'entraîner une baisse globale des émotions, et de favoriser des émotions spécifiques, la tristesse, le découragement, l'anxiété, et dans certains cas la culpabilité, et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants.

Nous voyons que tous ses aspects ne sont pas systématiquement présents, puisque certains sont des manifestations de l'humeur dépressive, d'autres des effets systématiques (elle les cause, les provoque, les entraîne) et d'autres sont des effets non systématiques (elle les favorise). Si l'on résume : l'humeur dépressive n'est *jamais* dirigée vers quelque chose en particulier ; elle a *généralement* sa phénoménologie affective distinctive, mais celle-ci se réduit parfois à des aspects corporels, à un état corporel ressenti ; elle a *toujours* des manifestations du niveau du corps (altération globale, ou fatigue, ou perturbations végétatives) et des effets sur les actions (baisse de l'action volontaire) ; elle se manifeste aussi *toujours* par une baisse de la motivation (des désirs), et elle a toujours pour effet d'entraîner une baisse des émotions ; enfin elle se manifeste *parfois mais pas toujours* par un comportement distinctif (ralentissement psychomoteur ou agitation psychomotrice), et elle a *parfois mais pas toujours* pour effet d'entraîner des émotions et jugements spécifiques (tristesse, découragement, anxiété, culpabilité, et jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants).

Quel est donc cet état affectif ? Jusqu'ici nous avons vu que la dépression avait été assimilée principalement à deux émotions, la tristesse et le découragement ou désespoir, dans l'histoire de la caractérisation clinique du versant affectif des états dépressifs, mais aussi dans des modèles récents que sont respectivement le modèle de la tristesse pathologique de Horwitz et Wakefield (Horwitz & Wakefield, 2007), et la « théorie du désespoir » d'Abramson (Abramson et al., 1989, 1995; Alloy et al., 1988). Ces modèles envisagent dès lors l'humeur dépressive, en tant que versant affectif de la dépression, comme une forme atypique de l'émotion correspondante, qui notamment n'a pas d'objet particulier. Les deux autres émotions fortement associées à la dépression sont l'anxiété et la culpabilité, mais l'une et l'autre sont clairement distinguées de l'humeur dépressive, sur le plan clinique, et n'ont donc pas donné lieu à des modèles explicatifs de la dépression dans lesquels cette humeur serait assimilée à l'une ou l'autre de ces émotions : l'anxiété est diagnostiquée par une catégorie distincte de troubles psychiatriques, et la culpabilité n'est présente que dans certains cas. Au chapitre suivant, je vais donc envisager la possibilité que l'humeur dépressive soit une

forme diffuse de tristesse ou de découragement : je vais discuter ces deux thèses à l'aide de la philosophie contemporaine des états affectifs, en m'appuyant sur la caractérisation de l'humeur dépressive à laquelle j'ai procédé dans ce chapitre.

Chapitre IV : L'humeur dépressive est-elle une forme de tristesse ou de découragement ?

Jusqu'ici nous savons que l'humeur dépressive est un état affectif occurrent et nous connaissons ses caractéristiques : sa phénoménologie, ses manifestations et ses effets au niveau du corps, du comportement et des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux. Puisque les émotions sont le principal état affectif occurrent, l'humeur dépressive pourrait-elle dès lors être une émotion ? L'humeur dépressive présente des aspects similaires à ceux d'une émotion, avec cette différence majeure qu'elle n'est pas dirigée vers un objet en particulier.

L'objet d'une émotion est ce vers quoi elle est dirigée, il s'agit donc d'un objet en un sens large, générique, car il peut s'agir d'une chose, d'une personne, d'un état de choses, d'une action, d'un événement... Mais dans tous les cas il est particulier et non général : c'est par exemple une personne ou une chose concrète, déterminée. Une émotion a par ailleurs plusieurs composantes. Prenons l'exemple de la colère, en tant qu'état affectif occurrent²⁷⁴. Si je suis en colère, j'ai un état affectif qui possède : une phénoménologie distinctive (le « ce que cela fait » d'être en colère), des manifestations corporelles (les modifications périphériques associées à la colère comme l'accélération du rythme cardiaque ou l'augmentation de la tension de certains muscles), des manifestations au niveau du comportement (réaction comportementale stéréotypée incluant notamment les manifestations typiques de la colère comme les sourcils froncés) et des actions (motivation à un certain nombre d'actions déterminées en lien avec l'objet de la colère par exemple une action pour lui nuire par vengeance s'il s'agit d'une personne), et des effets sur les états mentaux (favoriser des pensées et d'autres émotions en lien avec son objet, par exemple le jugement selon lequel cette personne m'a offensé, ou une émotion de tristesse à l'idée d'avoir été offensé). Une émotion comme la colère a donc de plus une dimension évaluative : elle évalue son objet d'une certaine façon. Disons par exemple que je suis en colère contre quelqu'un que j'attends, qui est en retard et qui ne répond pas au téléphone : cette personne est l'objet de ma colère,

²⁷⁴ Il est également possible de considérer les émotions comme des épisodes de la vie affective, pouvant durer longtemps, avec une structure et une dynamique complexes : dans ce cas une émotion ne se manifeste pas en permanence sous la forme d'un état affectif occurrent, mais seulement par intermittences (Goldie, 2000, p. 13-14).

ma colère est dirigée vers elle, et j'évalue cette personne comme me portant préjudice²⁷⁵. J'ai un certain ressenti qui est la phénoménologie distinctive de la colère. Ce ressenti a des aspects corporels : il inclut le ressenti de certaines modifications corporelles en partie constitutives de mon émotion de colère comme l'accélération de mon rythme cardiaque. J'adopte un certain comportement, notamment expressif : par exemple j'exprime mon agacement à l'égard de la situation en cours, en soupirant ou en marchant de long en large. Les manifestations de cette émotion au niveau de mes actions, sont des actions déterminées ayant un rapport avec son objet, auxquelles mon émotion me motive, comme refuser de saluer la personne attendue quand elle arrive très en retard, en guise de vengeance. Les effets de l'émotion sur les états mentaux ont également un rapport avec son objet, ce sont d'autres états affectifs et des jugements relatifs au comportement irrespectueux de la personne qui me met en colère : par exemple une émotion de tristesse à l'idée qu'elle fait ainsi peu de cas de moi en me manquant de respect, un désir d'obtenir des excuses de sa part, ou des jugements selon lesquels cette personne est mal élevée ou égoïste.

En revanche, l'humeur dépressive n'est dirigée vers rien en particulier. De ce fait elle ne s'accompagne pas de l'évaluation de quelque chose en particulier, et il est donc difficile de voir si elle a bien une dimension évaluative. Ses effets sur les actions d'une part, et sur les états mentaux d'autre part ne semblent pas non plus se rapporter à un objet particulier. Mais elle possède bien une phénoménologie distinctive, des manifestations corporelles, des effets sur le comportement, les fonctions cognitives, ainsi que sur les actions et les états mentaux. Pourrait-on alors la définir comme une émotion sans objet ?

La difficulté est que ce n'est pas parce qu'une humeur, comme l'humeur dépressive, n'a pas d'objet particulier, qu'elle n'a pas d'objet du tout : bien que n'étant pas dirigée vers quelque chose en particulier, elle pourrait avoir un autre type d'objet. Par exemple elle pourrait être dirigée vers le monde entier. Dans ce cas elle ne serait pas une émotion sans objet mais une émotion avec un objet spécifique, le monde entier, qui est la collection de tous les objets particuliers (alors qu'une émotion aurait toujours pour objet un de ces objets particuliers). Si l'on adopte la thèse selon laquelle une humeur est une émotion sans objet, alors c'est que l'on souscrit à une théorie non-intentionnaliste des humeurs ; si l'on adopte plutôt la thèse selon laquelle une humeur est une émotion avec un type spécifique d'objet, par

²⁷⁵ L'objet de ma colère peut aussi être la conduite de cette personne ou l'état de choses dans lequel consiste le fait qu'elle soit en retard.

exemple le monde entier, alors c'est que l'on souscrit à une théorie intentionnaliste des humeurs.

Plus précisément, la théorie non intentionnaliste des humeurs existe principalement sous une version : la théorie du pur état phénoménal, selon laquelle une humeur consisterait uniquement dans sa phénoménologie distinctive, n'ayant donc pas d'objet intentionnel du tout (Nussbaum, 2003; Roberts, 2003; Russell, 1980, 2003, 2009). En revanche plusieurs versions différentes de la théorie intentionnaliste des humeurs sont défendues : une version dans laquelle leur phénoménologie est le ressenti d'un état corporel, ce qui en fait des états affectifs a-rationnels mais intentionnels, ayant pour objet intentionnel un état du corps (Deonna & Teroni, 2012), une version dans laquelle les humeurs ont pour objet le monde entier (Solomon, 1976), une version dans laquelle elles ont un objet plus général que celui des émotions, pouvant être une situation globale (Goldie, 2000; Prinz, 2004), une version dans laquelle elles ont pour objet des propriétés qui ne sont pas actuellement instanciées par un état de choses mais sont susceptibles de l'être, donc des propriétés virtuelles (Price, 2006; Tappolet, 2018) et enfin une version dans laquelle les humeurs ont pour objet des propriétés affectives qui ne sont instanciées par rien en particulier, ni susceptibles de l'être, donc des propriétés non instanciées (Mendelovici, 2013a, 2013b).

La plupart de ces théories se placent dans un cadre où l'on peut distinguer des types d'émotions, comme la joie, la colère, la tristesse, etc., et sous-entendent que l'on peut également distinguer des types d'humeur, comme l'humeur triste, l'humeur joyeuse, l'humeur irritée, l'humeur anxieuse. Cela suggère que chaque type d'humeur correspond à un type d'émotion, mais sous une version où l'émotion n'est dirigée vers rien en particulier²⁷⁶. En ce sens chaque humeur serait un sous-type d'une émotion, dont les instances seraient les instances de cette émotion n'ayant aucun objet intentionnel, ou bien un objet spécifique comme le monde entier par exemple²⁷⁷. L'humeur triste serait alors un type d'état affectif qui serait un sous-type de l'émotion de tristesse, dont les instances seraient des instances de

276 D'autres thèses ont été défendues, qui avaient aussi pour conséquence de définir des types d'humeur qui étaient des sous-types d'émotions, en particulier la thèse selon laquelle les humeurs sont des émotions prolongées (qui durent plus longtemps) : cette thèse a été abandonnée, notamment car elle est en désaccord avec le fait selon lequel certaines émotions peuvent à l'inverse durer plus longtemps que les humeurs (Griffiths, 1997, Chapitre 10; Lormand, 1985; Prinz, 2004, Chapitre 8).

277 Je fais ici appel à la distinction ontologique entre « types » et « instances » : un type est une chose considérée de façon générale, donc est abstrait, tandis qu'une instance est la chose considérée en tant que chose particulière, concrète, et cette instance est une instanciation du type dans la mesure où elle présente les caractéristiques qui le définissent (Wetzel, 2018).

tristesse sans objet ou des instances de tristesse dirigées vers le monde entier par exemple ; de même l'humeur joyeuse serait un sous-type de la joie, dont les instances seraient des instances de cette émotion avec cette spécificité qu'elle n'y serait dirigée vers rien, ou alors vers un type spécifique d'objet, par exemple une situation globale.

L'humeur dépressive pose alors problème, car à quelle émotion correspondrait-elle ? La psychiatrie, dans la mesure où elle établit une continuité entre dépression et mélancolie, semble répondre : à la tristesse. Est-il donc possible de définir l'humeur dépressive comme une forme de tristesse, comme le suggère en partie la psychiatrie ? Il s'agirait alors d'une tristesse qui ne serait dirigée vers rien particulier, d'une humeur triste : être d'humeur dépressive ce serait être triste à propos de tout et de rien, ou sans savoir à propos de quoi on est triste, ou encore à propos de plusieurs choses successivement, autrement dit être d'humeur triste. Au vu des différentes théories des humeurs qui existent, on peut envisager différentes manières de concevoir l'humeur triste, et donc l'humeur dépressive, si l'on souscrit à la thèse selon laquelle elles sont identiques, l'humeur dépressive étant une tristesse sans objet particulier. J'entends ici par « objet particulier » un objet bien déterminé autre que le corps.

Avec une théorie non intentionnaliste des humeurs, concevoir l'humeur dépressive comme une tristesse sans objet particulier, une humeur triste, implique qu'elle n'a pas d'objet intentionnel du tout. Une première manière de concevoir l'humeur dépressive comme une forme de tristesse est donc de la concevoir comme une « tristesse sans objet ».

Avec une théorie intentionnaliste des humeurs, la thèse selon laquelle l'humeur dépressive est une tristesse sans objet particulier, une humeur triste, se décline sous plusieurs versions dont chacune prête à cet état affectif un certain objet spécifique. L'humeur triste, ou humeur dépressive, possède alors non seulement une phénoménologie affective distinctive, celle de la tristesse, bien que sous une forme diffuse, mais aussi cet objet intentionnel. On peut distinguer quatre versions principales de cette thèse.

- Suivant une première version, concevoir l'humeur dépressive comme une tristesse sans objet particulier, une humeur triste, revient à affirmer qu'elle consiste dans la phénoménologie de la tristesse sous une forme diffuse, celle-ci étant en partie le ressenti d'un état corporel. L'humeur dépressive serait alors un « ressenti corporel diffus de tristesse ».
- Suivant une deuxième version, l'humeur dépressive serait de la « tristesse généralisée », portant sur le monde entier qui est la collection de tous les objets particuliers, ou bien sur un objet plus général que celui de la tristesse, pouvant être une

situation globale. Cela signifie que l'humeur dépressive est de la tristesse à propos n'importe quel objet particulier que l'on peut rencontrer, ou bien à propos de la perte en général, ou bien à propos de sa propre situation envisagée comme une situation globale de perte (plutôt qu'à propos de telle perte particulière).

- Suivant une troisième version, l'humeur dépressive serait de la « tristesse anticipatoire », ayant pour objet des propriétés suscitant la tristesse en tant que susceptibles d'être instanciées par un état de choses sans l'être actuellement : ce serait de la tristesse à propos de la propriété d'être une perte en tant que susceptible d'être instanciée par une situation, autrement dit à propos de l'éventualité de subir une perte, et non à propos d'une perte que l'on aurait actuellement subie.
- Suivant une quatrième version, l'humeur dépressive serait de la « tristesse non instanciée », ayant pour objet la propriété d'être attristant sans que celle-ci soit actuellement instanciée par un objet particulier.

L'humeur dépressive définie comme une humeur triste ou tristesse sans objet particulier, pourrait donc non seulement être une « tristesse sans objet » (du tout), mais aussi un « ressenti corporel diffus de tristesse », une « tristesse généralisée », une « tristesse anticipatoire », ou une « tristesse non instanciée ».

Dans un premier temps je vais examiner en détails et rejeter ces différentes manières de concevoir l'humeur dépressive comme une humeur triste, une tristesse sans objet particulier. Dans un second temps je vais me demander si cette humeur ne serait pas plutôt une version spécifique d'une autre émotion : la meilleure candidate après la tristesse est le découragement. Je vais cependant montrer que l'humeur dépressive ne peut pas non plus être définie comme du découragement sous une forme spécifique. Enfin dans un troisième temps, je vais rejeter la thèse générale selon laquelle l'humeur dépressive serait une émotion sous une forme spécifique. Non seulement l'humeur dépressive ne peut pas être définie comme un sous-type de l'un des types d'émotion connus – sa version sans objet ou avec un objet d'un type spécifique – mais de plus elle ne peut pas être définie comme un sous-type des émotions en général, en tant que type d'états affectifs.

1. L'humeur dépressive est-elle une humeur triste ?

Pour commencer, je vais caractériser la tristesse, qui est généralement dirigée vers un objet particulier, ainsi que l'humeur triste, en tant que version spécifique de cette émotion non dirigée vers un objet particulier. Ensuite je présenterai la thèse selon laquelle l'humeur dépressive serait une humeur triste, donc une tristesse sans objet particulier, ses avantages et ses limites. Enfin, compte tenu de ces limites, je soumettrai cette thèse à un examen plus approfondi qui me conduira à en distinguer différentes versions à partir des différentes conceptions possibles de l'humeur dépressive en tant qu'humeur triste ou tristesse sans objet particulier : la « tristesse sans objet », le « ressenti corporel diffus de tristesse », la « tristesse généralisée », la « tristesse anticipatoire » et la « tristesse non instanciée ». Puis je rejetterai chacune de ces versions, en m'appuyant sur la caractérisation de la tristesse qui se trouve dans ce chapitre et sur la caractérisation de l'humeur dépressive qui se trouve au chapitre précédent.

a. La tristesse et l'humeur triste

La tristesse est généralement définie comme l'émotion qui répond à une perte subie, et qui a donc pour objet ce qui a été perdu, en tant que cela a été perdu : elle est dirigée vers ce qui a été perdu, que nos pensées nous représentent comme perdu. Elle se manifeste sous forme d'épisodes pouvant durer de quelques jours à quelques mois, où elle est présente par intermittences de manière consciente, comme un état affectif occurrent, mais peut aussi à d'autres moments être inconsciente et simplement nous disposer à être triste. Dans ce dernier cas, je ne fais pas l'expérience consciente de la tristesse, je ne ressens pas sa phénoménologie, mais j'ai une disposition affective qui peut se manifester en causant certains états mentaux (désirs, émotions, jugements), et certaines actions. Par exemple je peux être triste à propos du décès d'une personne chère pendant plusieurs mois. Au cours de cette période, à certains moments, j'ai consciemment l'expérience de cette tristesse, je la ressens, notamment l'aspect douloureux de sa phénoménologie ; à d'autres moments, je n'ai pas d'expérience consciente de cette émotion, mais j'ai une disposition à être triste qui a pour effet de me priver du désir de voir du monde ou de faire certaines choses qui d'ordinaire me plaisaient, de favoriser des jugements pessimistes de ma part sur mon avenir, ou de causer de la tristesse consciente, sous forme d'un état affectif occurrent, dans des circonstances qui m'évoquent la personne chère.

Par exemple le fait de rencontrer quelqu'un qui l'a connue me rappelle le souvenir de son décès et je me mets à ressentir ma tristesse de façon consciente.

Le scénario de tristesse le plus emblématique est celui du décès d'une personne chère. L'épisode affectif correspondant est plus exactement le deuil. La philosophie des émotions discute de savoir si le deuil peut être considéré comme une seule émotion, qui prendrait la forme d'un épisode parfois long, ou si le deuil doit être considéré comme un ensemble d'attitudes et d'états mentaux se combinant au cours d'un processus psychologique complexe. Lorsque le « deuil » est considéré comme une émotion unique, celle-ci est généralement définie comme une variété de la tristesse, portant sur une perte spécifique, le décès d'une personne. C'est la théorie de Solomon (Solomon, 1976, p. 318; 357) et de Roberts (Roberts, 2003, p. 235–240). Solomon définit la tristesse comme un « jugement de perte » incluant le chagrin, le deuil, le fait de porter le deuil²⁷⁸. Roberts définit l'intentionnalité de la tristesse par la proposition suivante : « *X, dont la continuation de l'existence, de la présence, ou de la disponibilité est importante, n'existe plus, n'est plus présent ou n'est plus disponible* »²⁷⁹. Il définit l'intentionnalité du deuil par la proposition suivante : « *X, à qui (ou à quoi) j'étais (je suis) profondément attaché et qui est irremplaçable, m'a été irrévocablement ôté ; si seulement X pouvait m'être restitué !* »²⁸⁰ Cette forme spécifique de tristesse peut alors rendre compte de tout l'épisode de deuil. Lorsque le deuil est plutôt considéré comme un complexe d'attitudes et d'états mentaux se combinant au cours d'un processus, la tristesse est au moins l'un d'entre eux. Je vais donc considérer comme un consensus de ces deux positions le fait que le décès d'une personne chère est un scénario typique donnant lieu à un épisode de tristesse, laissant de côté la question de savoir si cette émotion est ou non le seul constituant du deuil.

Pour la caractériser plus en détails je m'appuie le récit que fait Nussbaum du deuil de sa mère (Nussbaum, 2003, Chapitre 1). Nussbaum dit que son émotion « *envisage sa mère à la fois du point de vue de sa valeur et comme irrévocablement séparée d'elle* »²⁸¹ (Nussbaum,

278 A “judgment of loss” like “sorrow, grief and mourning” (Solomon, 1976, p. 357)

279 “X, whose continued existence or presence or availability is important, is no longer existent, present or available.” (Roberts, 2003, p. 234)

280 “X, to whom (which) I was (am) deeply attached and who (which) is irreplaceable, has been irrevocably taken from me; would that X could be restored to me!” (Roberts, 2003, p. 236)

281 « [...] my grief saw her both as valuable and as irrevocably cut off from me » (Nussbaum, 2003, chapitre 1)

2003, Chapitre 1) : l'émotion a pour objet la mère, avec toute sa valeur, en tant que perdue. Nussbaum décrit l'épisode émotionnel tout entier comme un processus lui permettant de s'ajuster au bouleversement que représente ce décès, par une réorganisation mentale, concernant notamment ses attentes à propos du futur : elle doit intégrer à ses perspectives le fait que sa mère ne sera plus présente et qu'elle ne peut donc plus former d'anticipations à propos d'elle, de moments qu'elles partageraient. Ce processus est achevé quand les attitudes intentionnelles de Nussbaum n'ont plus besoin d'être modifiées car elles se sont ajustées au nouvel état du monde, celui dans lequel cette personne est désormais absente. A l'issue de ce processus, la tristesse (l'émotion de deuil) finit par disparaître, même si son objet, c'est-à-dire la mère décédée, peut continuer d'être l'objet d'autres états mentaux : affectifs, comme le désir que ce décès n'ait pas eu lieu, ou cognitifs, comme la croyance selon laquelle ce décès s'est produit, ou le jugement selon lequel il a représenté une grande perte pour elle. En envisageant le deuil comme une émotion, qui est spécifiquement envers le décès d'un être cher, Nussbaum l'envisage comme une variété de la tristesse, en tant qu'émotion à propos d'une perte : la description de son deuil est une bonne description d'un épisode de tristesse.

Son épisode émotionnel est dirigé vers sa mère, il est à propos d'elle : l'unité de cet épisode est formée par le fait d'être entièrement orienté vers la mère en tant que celle-ci est disparue, au travers de la diversité des manifestations et des effets de l'émotion centrale de tristesse. La tristesse elle-même est consciente à certains moments précis, donc sous la forme d'un état affectif *occurrent* : elle est alors caractérisée par une phénoménologie distinctive, le ressenti d'une absence, d'une séparation, d'un vide, et la douleur²⁸².

L'épisode émotionnel commence par un choc lorsque Nussbaum apprend la nouvelle. Sa tristesse est alors un état affectif *occurrent*, conscient, qui se manifeste par des modifications corporelles : ses mains s'agitent et son estomac se contracte²⁸³. A cela s'ajoutent des manifestations comportementales, principalement les pleurs : elle pleure de façon incontrôlable²⁸⁴. Dans les semaines qui suivent, ces manifestations corporelles et

²⁸² Nussbaum décrit des "*feelings of the emptiness of one's life without a certain person*" et "*the pain that an important element of one's life is gone*" (Nussbaum, 2003, chapitre 1).

²⁸³ Elle évoque : "*the fluttering*" in her hands and "*the trembling*" in her stomach (Nussbaum, 2003, chapitre 1)

²⁸⁴ "*I wept uncontrollably.*" (Nussbaum, 2003, chapitre 1)

comportementales de son émotion reviennent par moments : elle évoque des épisodes de pleurs désespérés²⁸⁵ et de fatigue insurmontable²⁸⁶.

L'émotion a aussi des effets sur les états mentaux affectifs et cognitifs de Nussbaum et sur ses actions. Elle a constamment des pensées à propos de sa mère. Elle l'imagine avec vivacité. Elle fait des cauchemars, des rêves, en rapport avec elle. Elle éprouve aussi d'autres émotions occurrentes que la tristesse à propos de sa mère ou de son décès : de la colère envers les médecins qu'elle juge responsables de l'infection dont sa mère est morte à l'hôpital, de la colère envers elle-même de ne pas être arrivée à temps pour voir sa mère avant qu'elle ne meure, de la culpabilité de ne pas s'être assez souciée de sa mère, du blâme de soi pour son manque d'attention envers sa mère, et ses déficiences dans son amour envers elle. Elle fait un certain nombre d'actions motivées par cette émotion : porter le deuil, se rendre sur la tombe de sa mère, parler de sa mère avec d'autres personnes, évoquer des souvenirs d'elle, etc.

Outre le décès d'une personne chère, un autre scénario typique de tristesse est la rupture amoureuse, comme on le voit chez les aliénistes eux-mêmes : Pinel et Esquirol rapportent de nombreux cas de mélancolie dont la passion et le délire tristes portent sur un deuil ou bien sur un chagrin d'amour. Une figuration emblématique de cette émotion est son incarnation par Médée au début de la pièce d'Euripide. Trahie par Jason, elle est décrite par sa nourrice comme étendue sans manger, s'abandonnant à sa douleur, à ses larmes. Médée est sous le coup d'un choc émotionnel. Sa tristesse intense évalue le départ de Jason comme la plus grande des pertes : Jason était tout pour elle, nous dit encore sa nourrice. Médée avait elle-même trahi et abandonné sa propre famille, son propre père, sa propre patrie, pour Jason, à qui elle accordait la plus grande valeur par la relation amoureuse qu'elle entretenait avec lui. Outre son ressenti affectif, dominé par la douleur, la souffrance affective, la tristesse de Médée se manifeste dans son comportement par sa perte d'appétit, ses larmes, sa prostration. Elle a des effets sur ses pensées car Médée est tourmentée à l'idée de la trahison qu'elle vient de subir, mais aussi à l'idée de sa propre trahison envers les siens, qu'elle réévalue désormais comme une terrible erreur, découvrant à quel point elle a eu tort d'agir ainsi, en faisant confiance à Jason. Ces pensées entraînent d'autres émotions, des regrets envers ses actions

²⁸⁵ « *agonized weeping* » (Nussbaum, 2003, chapitre 1)

²⁸⁶ « *crushing fatigue* » (Nussbaum, 2003, chapitre 1)

passées, des remords envers son père, mais aussi un sentiment de haine pour Jason et pour leurs enfants, et bientôt, on le devine, son funeste désir de vengeance. Cette émotion a ainsi une composante motivationnelle. Outre le comportement expressif de la tristesse, fait de larmes et de prostration, cette émotion va entraîner Médée à des actions, notamment des actions de vengeance : dans un premier temps elle refuse de voir ses enfants, bientôt elle va décider de les assassiner pour se venger de Jason.

Un troisième scénario de tristesse, évoqué par les aliénistes, est la ruine, la perte d'une ambition ou d'une situation (sociale, professionnelle...) déjà effective. Songeons par exemple aux héros de Balzac, ou, au siècle suivant, à Jean de Florette, dans le roman éponyme de Pagnol. Quatrièmement, la « nostalgie » est une variété de la tristesse, dont parlaient les aliénistes, portant sur l'éloignement, temporaire ou définitif, du pays natal, ou plus généralement sur un lieu ou une période passée que l'on aspire à retrouver. Dans ses *Regrets*, Du Bellay, nostalgique de la France alors qu'il se trouve à la cour pontificale à Rome, déploie une élégie qui oscille entre expression poignante de la douleur et amertume teintée de mépris et de sarcasme envers la société de cette cour, contrastant avec l'idéalisation de sa patrie momentanément perdue. Starobinski consacre un chapitre à la nostalgie : il retrace la manière dont les médecins firent le parallèle avec la mélancolie amoureuse, provoquée par la privation de l'objet aimé, en remarquant le même type de symptômes dans des cas d'éloignement du milieu d'origine (Starobinski, 2012, p. 268-269). Il retrace la formation du terme par Johannes Hofer en 1688 et son entrée dans le dictionnaire de l'Académie en 1835 (Starobinski, 2012, p. 269). A travers divers textes littéraires et médicaux, il la dépeint comme ayant le même type de manifestations corporelles et comportementales que la tristesse, le même effet d'orientation exclusive vers l'objet perdu, ici le pays d'origine, le même type de phénoménologie douloureuse liée à cette perte, et les mêmes effets sur les pensées, les états affectifs et les actions, par exemple des tentatives de regagner le pays perdu (Starobinski, 2012, p. 265-348). Cette émotion n'est pas un concept désuet, qui n'existerait que dans la littérature classique et des textes de médecine anciens. On peut penser au thème contemporain de l'« Ostalgie », terme inventé pour décrire la nostalgie spécifique aux habitants de l'ex-Allemagne de l'est qui regrettèrent ce pays après la réunification : le sentiment de ces personnes envers ce pays, dans lequel ils avaient construit leur vie et imaginé leur avenir, est personnifié par Christiane dans le film « Good bye Lenine ». Cette mère de famille tombée

dans le coma pendant la chute du régime ne se remettrait jamais de le voir disparaître si bien que ses enfants décident de lui cacher sa disparition aussi longtemps que possible. Elle finit par le découvrir et éprouve alors la nostalgie très spécifique liée dans ce cas à la disparition définitive du « pays natal ». Enfin, un cinquième scénario typique de tristesse est celui de la perte de « tout ce que l'on a », c'est-à-dire de ses biens et de sa situation matérielle, dans un événement tel une catastrophe naturelle, une guerre, ou une grave crise économique. Dans ces différents scénarios se retrouvent, comme dans le décès d'un être cher et dans la rupture amoureuse, les différentes composantes de la tristesse : orientation vers l'objet perdu en tant que perdu, manifestations corporelles et comportementales typiques notamment les pleurs, phénoménologie affective douloureuse, et effets sur les pensées, les états affectifs et les actions en lien avec l'objet perdu, comme des jugements sur la valeur de ce qui a été perdu, des émotions secondaires à la tristesse comme le regret, des actions visant à regagner ce qui a été perdu ou à se venger de la perte si elle est attribuée à une intention malveillante.

Notons que ces scénarios paradigmatiques de la tristesse sont cités par le DSM-5 comme donnant lieu à une « réponse normale » à ne pas confondre avec un épisode dépressif malgré des manifestations similaires : « p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères » (Crocq et al., 2015, p. 188). Les manifestations en question sont les suivantes : « une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids » (Crocq et al., 2015, p. 188). Il revient alors au clinicien de déterminer si l'épisode affectif qui en résulte est « une réponse normale » à la perte subie, ou s'il y a « en plus un EDC » (Crocq et al., 2015, p. 188).

Ces exemples permettent de caractériser de façon générale la tristesse par les aspects suivants : un objet vers lequel elle est dirigée, une évaluation de cet objet comme étant perdu (décès, rupture, échec, éloignement, destruction...) alors que cela était de grande valeur, une phénoménologie distinctive mêlant le sentiment de la perte (vide, séparation, absence...) et la douleur qui en résulte, avec également des ressentis corporels liés aux manifestations corporelles de la tristesse (changement du rythme cardiaque, de la respiration, serrement de poitrine, serrement de gorge), ces manifestations corporelles elles-mêmes, des effets sur le comportement (manifestations expressives comme les lamentations, la prostration, etc.), ainsi que des actions motivées par cette émotion, et tournées vers son objet (actions cherchant à réparer la perte, ou à la compenser par exemple en obtenant vengeance, etc.), et enfin des effets sur les états mentaux (cognitifs et affectifs), qui sont principalement de favoriser un

grand nombre d'états intentionnels ayant un rapport avec la perte de l'objet (jugements, émotions, désirs).

Enfin cette tristesse se présente parfois sans objet, tout en conservant ses autres caractéristiques. Un exemple typique en est donné dans le poème de Verlaine « Il pleure dans mon cœur » :

*« Il pleure dans mon cœur
Comme il pleut sur la ville.
Quelle est cette langueur
Qui pénètre mon cœur ?
O bruit doux de la pluie
Par terre et sur les toits !
Pour un cœur qui s'ennuie,
O le chant de la pluie !
Il pleure sans raison
Dans ce cœur qui s'écarte.
Quoi ! Nulle trahison ?
Ce deuil est sans raison.
C'est bien la pire peine
De ne savoir pourquoi,
Sans amour et sans haine,
Mon cœur a tant de peine. »*

Verlaine, « Il pleure dans mon cœur », *Romance sans parole*, 1874

Le poète parle clairement d'une tristesse non dirigée vers quelque chose en particulier. Il se sent « en deuil » sans savoir pourquoi, le deuil étant ici une façon poétique d'évoquer la tristesse à travers l'une de ses variétés emblématiques. Cela évoque ainsi une phénoménologie : le ressenti d'une absence, d'un manque, ainsi que celui d'une douleur, d'une souffrance affective, que le poète désigne comme sa « peine ». La douleur est localisée métaphoriquement dans le cœur, ce qui évoque une douleur physique tout autant que morale, typique de la tristesse qui s'accompagne souvent de serremments douloureux dans la poitrine :

on parle métaphoriquement de « serremments de cœur », le cœur permettant de conjoindre la dimension physique et la dimension psychique de cette douleur, étant à la fois le lieu de son aspect physique et le siège métaphorique de l'affectivité pour cette raison même. Les pleurs évoqués métaphoriquement par le poète (« Il pleure sans raison dans ce cœur qui s'écœure ») sont la manifestation typique de la tristesse. D'autres manifestations comportementales paraissent présentes notamment un état de prostration que l'on peut supposer chez le poète occupé à écouter tomber la pluie. Verlaine dit aussi qu'il (ou, par métonymie, son « cœur ») « s'ennuie », « s'écœure » et se trouve « sans amour et sans haine » : cela évoque l'ennui, le dégoût de vivre, le désintérêt affectif, états affectifs qui sont ici des effets de l'émotion douloureuse centrale de tristesse. L'absence d'amour et de haine est évoquée par le poète parce qu'il cherche vivement des raisons donc un objet à sa détresse affective : « *Quoi ! Nulle trahison ? Ce deuil est sans raison.* » Cette absence de raison vient d'une absence au moins apparente d'objet de son émotion, qui n'est dirigée vers rien en particulier : si elle s'accompagne d'un sentiment de perte, puisqu'elle s'apparente à un deuil, le poète ne sait pourtant pas ce qui a été perdu alors que cela avait une grande valeur, si bien qu'il est difficile de savoir ce qui est évalué comme tel par sa tristesse. Son état ne motive donc aucune action dirigée vers un objet en particulier, mais peut-être des actions expressives, comme l'expression de la souffrance affective par la composition du poème élégiaque lui-même.

En résumé, l'état affectif de Verlaine présente les mêmes caractéristiques que la tristesse à l'exception d'un objet particulier vers lequel elle serait dirigée : une phénoménologie analogue, avec un sentiment de perte ou de manque mais diffus, une dimension douloureuse, et des ressentis corporels liés aux manifestations physiques typiques de la tristesse, métaphoriquement suggérés (serremments de poitrine), ces manifestations corporelles elles-mêmes (peut-être métaphoriques pour Verlaine, mais qui pourraient être réelles), des manifestations comportementales que sont les pleurs (peut-être métaphoriques mais qui pourraient également ne pas l'être) et la prostration, des effets sur les états mentaux et les actions qui sont de favoriser certaines pensées, émotions négatives et actions expressives, mais pas de pensée, d'émotion ou d'action qui se rapporteraient à son objet.

Cet état affectif, cette tristesse sans objet particulier, est typiquement ce que nous appelons couramment une « humeur triste ». Mais l'humeur dépressive est-elle elle-même une humeur triste, une tristesse sans objet particulier ? Par la suite je traiterai comme équivalentes les expressions « humeur triste » et « tristesse sans objet particulier », considérant qu'elles servent à désigner un même état affectif, et je me demanderai si « humeur dépressive »

désigne aussi ce même état affectif. Cependant, en approfondissant la notion de tristesse sans objet particulier nous verrons qu'un certain nombre de théories montrent que cet état affectif, soit l'humeur triste, a en réalité un objet spécifique.

b. La thèse de la tristesse sans objet particulier

i. Explication de la thèse

Appelons TSOp la thèse de la tristesse sans objet particulier pour définir l'humeur dépressive. Une façon générale d'énoncer cette thèse est la suivante :

TSOp : Une humeur dépressive est une humeur triste, c'est-à-dire de la tristesse sans objet particulier.

Au vu de nos caractérisations de la tristesse avec et sans objet particulier, si l'humeur dépressive était de la tristesse sans objet particulier, elle serait dès lors un état affectif possédant la même phénoménologie affective que la tristesse avec objet particulier, mais sous une forme diffuse plutôt que comme un ressenti dirigé vers un tel objet. Elle aurait également des manifestations corporelles et comportementales similaires (accélération du rythme cardiaque, de la respiration, serrement de poitrine, réaction corporelle stéréotypée incluant notamment les pleurs), et le même type d'effets sur les états mentaux et les actions, à cette différence près que ces états mentaux et ces actions ne seraient pas dirigés vers un objet particulier (regrets, jugements pessimistes...).

ii. Avantages de la thèse

Les avantages de TSOp sont d'une part de correspondre à une conception répandue, notamment en psychiatrie, de l'humeur dépressive comme étant une forme spécifique de tristesse, et d'autre part de remplir à première vue les réquisits pour une théorie de l'humeur dépressive.

TSOp respecte bien le réquisit intentionnel selon lequel l'humeur dépressive n'est pas dirigée vers un objet particulier du monde ; elle pourrait de plus être orientée à la fois vers le monde, le soi, et le corps. Qu'en est-il des autres réquisits ? Si la tristesse est une émotion bien reconnaissable en termes de ressenti comme de manifestations extérieures, l'humeur dépressive peut être plus difficile à identifier et ces deux états affectifs voisins peuvent paraître à première vue identiques lorsque la tristesse n'a pas d'objet particulier. On pourrait considérer la phénoménologie de l'humeur dépressive comme une forme atypique de celle de la tristesse. Les manifestations corporelles de l'humeur dépressive, soit l'altération de l'état corporel global, la fatigue, peut-être aussi les perturbations végétatives, pourraient se retrouver dans une certaine mesure dans la tristesse. Les manifestations et effets de l'humeur dépressive au niveau du comportement et des actions, consistant principalement dans une baisse globale de la motivation et de l'activité, parfois dans un ralentissement psychomoteur ou une agitation psychomotrice, ainsi que dans une conduite de renoncement à agir, pourraient peut-être manifester également de la tristesse. Les effets de l'humeur dépressive et d'une tristesse sans objet particulier ou humeur triste sur les états mentaux sont similaires, puisque l'une et l'autre favorisent des émotions négatives et des jugements pessimistes. Cependant, nous voyons qu'il ne s'agit que de similarités, ce qui est insuffisant pour considérer que l'humeur triste ou tristesse sans objet particulier est une bonne manière de concevoir l'humeur dépressive, et qu'une théorie de l'humeur triste pourrait remplir correctement les réquisits d'une théorie de l'humeur dépressive. De plus cette thèse a aussi des limites.

iii. Limites de la thèse

Si la tristesse était le trait central de la mélancolie, elle n'est pas celui de la dépression puisqu'elle ne se retrouve pas dans tous les tableaux dépressifs, ou pas de façon centrale. De plus, des éléments qui suggèrent que l'humeur dépressive n'est pas une tristesse sans objet particulier sont présents dans la psychiatrie elle-même.

Premièrement le choix de l'expression « humeur dépressive », plutôt que « tristesse » ou « humeur triste », pour désigner ce symptôme dans la nosologie, indique une nuance : cela permet au critère clinique correspondant de s'appliquer à une diversité de tableaux dépressifs

dont certains ne sont peut-être pas marqués de façon centrale par la tristesse. D'ailleurs les études cliniques distinguent parfois le fait d'être déprimé et la tristesse qui est une des émotions pouvant intervenir dans l'état dépressif (El-Khoury et al., 2022). Si de nombreux tableaux dépressifs incluent de la tristesse comme cause ou conséquence de l'état dépressif, le versant affectif de celui-ci a été caractérisé historiquement dans la clinique par une diversité d'états affectifs notamment l'ennui, le dégoût de vivre, le découragement. Cette diversité est aujourd'hui remise en lumière en sciences cliniques, par la phénoménologie clinique comme par les approches cognitives en psychopathologie. Que dans de nombreux contextes de la pratique psychiatrique ou plus largement médicale « l'humeur dépressive » désigne de la tristesse sous une forme diffuse, ne change donc rien au fait que cette expression n'est pas synonyme de « l'humeur triste » ou de « la tristesse de l'humeur », puisque son existence même dans la sémiologie reflète celle d'un versant affectif propre aux états dépressifs, qui ne se réduit pas à la tristesse.

Deuxièmement, dans un récit en première personne comme celui de Styron, l'humeur dépressive, que ce soit sous une forme légère ou sous sa forme la plus sévère lorsqu'il est véritablement en dépression, n'est pas décrite comme une forme de tristesse.

Troisièmement la phénoménologie clinique caractérise l'humeur dépressive comme un état affectif bien distinct de la tristesse. Précurseur de cette approche, Minkowski (1953) les distinguait déjà. Tatossian (1981), qui inaugure vraiment la phénoménologie clinique, écrit que l'humeur dépressive se situe à un autre niveau de la vie psychique que la tristesse, et que si l'une peut conduire à l'autre, elles ne sont en aucun cas réductibles l'une à l'autre. La phénoménologie clinique contemporaine continue d'affirmer cette distinction : nous avons vu que les travaux de Ratcliffe (2013a, 2013b, 2014) caractérisent l'humeur dépressive comme un état affectif spécifique, avec notamment une phénoménologie distinctive qui lui est propre, incluant le ressenti d'un état corporel pénible, pouvant aller jusqu'au ressenti d'un état inflammatoire. Fernandez (2014a, 2014b) affirme que la dépression se traduit avant tout par l'expérience d'être radicalement « dé-situé », contrairement aux états affectifs même sans objet, comme l'humeur triste, qui ont une tonalité affective allant de pair avec une certaine manière d'être situé dans le monde. Englebert définit également la dépression et la manie comme des pathologies de « l'être-situé » (Englebert, 2020; Englebert & Stanghellini, 2015). Malgré leurs désaccords, les phénoménologues cliniques s'accordent donc pour dire que l'humeur dépressive n'est pas de la tristesse, même sous une forme diffuse.

Si la psychiatrie continue de les assimiler, c'est pourtant que leur distinction n'est pas tout à fait claire, et que sa portée pour la clinique n'a pas bien été mise en évidence : je vais donc examiner TSOp de façon plus approfondie.

c. Discussion de la thèse de la tristesse sans objet particulier

i. Les différentes versions de la thèse

Les différentes manières possibles de concevoir une humeur triste suivant les différentes théories des humeurs sont : une « tristesse sans objet », un « ressenti corporel diffus de tristesse », une « tristesse généralisée », une « tristesse anticipatoire », ou une « tristesse non instanciée ». Or les différentes théories conduisant à ces différentes conceptions de l'humeur triste diffèrent par la composante qu'elles tiennent pour fondamentale dans une humeur, qu'il s'agisse de son objet ou contenu intentionnel, de sa phénoménologie, ou encore d'un état corporel. Cela implique qu'il y a trois grandes manières de construire TSOp : une première affirme que l'humeur dépressive consiste fondamentalement dans un certain type de contenu intentionnel identique à celui de l'humeur triste ; une seconde affirme que l'humeur dépressive consiste fondamentalement dans une certaine phénoménologie distinctive identique à celle de l'humeur triste ; une troisième affirme que l'humeur dépressive consiste fondamentalement dans un état corporel identique à celui qui est constitutif de l'humeur triste. Je vais montrer comment les différentes théories des humeurs que j'ai évoquées aboutissent à ces différentes versions de TSOp, puis discuter et rejeter chacune de ces versions.

La principale théorie qui tient l'objet ou contenu intentionnel comme la composante fondamentale d'un état affectif, émotion ou humeur, est celle de Solomon (Solomon, 1976). Cette théorie définit les émotions comme des jugements évaluatifs portés sur des objets particuliers ; en particulier pour la tristesse il s'agirait par exemple du jugement selon lequel

cet objet a été perdu, estimant cette perte²⁸⁷ (Solomon, 1976, p. 357). Les émotions seraient des jugements évaluatifs qui projettent nos valeurs et nos idéaux dans le monde et sont « relatifs au soi » et « relativement intenses »²⁸⁸, ce qui fait qu'ils s'accompagnent généralement d'une phénoménologie affective (Solomon, 1976, p. 187) ; ils sont de plus irréfléchis, non formulés consciemment et non délibérés (Solomon, 1976, p. 192). Une humeur est alors un jugement évaluatif qui n'est dirigé vers rien en particulier. Plus précisément, selon Solomon, les humeurs sont des « émotions généralisées », dirigées vers le monde entier qui est la collection de tous les objets particuliers, susceptibles de se diriger plus successivement sur différents objets particuliers²⁸⁹ (Solomon 1976, pp. 172–173). Ainsi une humeur triste serait une « tristesse généralisée ». L'humeur dépressive est-elle alors une « tristesse généralisée » en ce sens, celui d'un jugement de perte généralisé ?

Solomon n'adopte pas cette thèse : il définit l'humeur dépressive distinctement de l'humeur triste ou de toute forme de tristesse, comme « une évaluation négative de toutes parts – l'absence de valeur de toute chose », dirigée « dans toutes les directions (en tant qu'humeur), mais principalement vers l'intérieur, vers le soi », impliquant « un sentiment d'infériorité, avec éventuellement des jugements de supériorité défensifs », « incluant du blâme de soi et de la culpabilité » avec parfois mais de manière non essentielle des accusations envers les autres (Solomon, 1976, p. 298). Cette humeur étant une émotion généralisée, elle est susceptible de se porter sur tel ou tel objet particulier, dès lors en l'évaluant comme dépourvu de valeur. Le point crucial est que l'humeur ainsi conçue se manifeste avant tout par le type de jugements portant sur des objets particuliers auquel elle dispose, étant elle-même une évaluation dirigée vers la collection de tous ces objets particuliers qu'est le monde. Solomon considère donc que l'humeur dépressive nous dispose à un certain type de jugements évaluatifs, à savoir d'absence de valeur. Or il ne s'agit pas du même type de jugements évaluatifs que ceux auxquels devrait nous disposer une humeur triste : celle-ci étant de la tristesse généralisée, et la tristesse étant l'évaluation de quelque

²⁸⁷ “Evaluations : Estimate of loss (small loss in sadness, large loss in sorrow, traumatic loss in grief, enduring loss in mourning).” (Solomon, 1976, p. 357).

²⁸⁸ “An emotion is a basic judgement, about our Selves and our place in our world, the projection of the values and ideals, structures and mythologies, according to which we experience our lives.” (Solomon 1976, p. 187)

²⁸⁹ « Moods are generalized emotions: An emotion focuses its attention on more-or-less particular objects and situations, whereas a mood enlarges its grasp to attend to the world as a whole, typically without focusing on any particular object or situation. » (Solomon 1976, pp. 172–173).

chose comme constituant une perte, une humeur triste devrait nous disposer à évaluer des objets particuliers non pas comme n'ayant aucune valeur, mais comme constituant des pertes.

Solomon ne définit donc pas l'humeur dépressive en l'assimilant à une humeur triste, car il considère que le jugement évaluatif dans lequel elle consiste est spécifique (l'absence de valeur), et distinct du jugement évaluatif dans lequel consiste la tristesse (la perte) ; il n'envisage pas l'humeur dépressive comme nous disposant au même type de jugements et d'émotions que ceux auxquels une tristesse sans objet particulier, soit une humeur triste, devrait nous disposer. On peut cependant envisager que cette thèse pourrait être soutenue par des arguments visant à montrer que l'humeur dépressive nous dispose au même type de jugements évaluatifs que l'humeur triste, et consiste en elle-même dans le même type de jugement évaluatif dirigé vers le monde entier. Cela constituerait une première version de TSO_p, une première manière de construire cette thèse à partir de l'une des théories permettant de concevoir l'humeur dépressive comme une « tristesse généralisée ».

TSO_p (J) : L'humeur dépressive est une tristesse sans objet particulier ou humeur triste, qui consiste fondamentalement dans un jugement évaluant le monde entier comme une perte (s'accompagnant d'une phénoménologie), nous disposant à évaluer des objets particuliers comme des pertes, par des jugements évaluatifs ou des émotions de tristesse.

La théorie « judgementaliste » de Solomon est généralement critiquée parce qu'en concevant les émotions et les humeurs comme des « jugements évaluatifs », elle ne rend pas bien compte de la phénoménologie de ces états affectifs, un jugement n'ayant pas de phénoménologie affective²⁹⁰. En spécifiant ces jugements comme dépourvus de contenu propositionnel conscient, et pourvus d'une phénoménologie, Solomon étend la notion de « jugement évaluatif » à ce qui n'a pas le contenu propositionnel d'un jugement mais consiste en fait dans un ressenti affectif, une phénoménologie, ce qui étend la notion au point de la rendre triviale (Scarantino & de Sousa, 2018). Ainsi d'une part, il n'est pas *suffisant* de porter un certain jugement pour avoir un certain état affectif, une certaine émotion ou une certaine humeur. Mais surtout, d'autre part cette théorie est trop intellectualiste car un jugement n'est

²⁹⁰ Si l'on souscrit à la thèse selon laquelle ils auraient une « phénoménologie cognitive » ce serait en tout cas une phénoménologie d'un autre type que celle d'un état affectif (Bayne & Montague, 2011).

pas *nécessaire* pour avoir un état affectif : lorsque nous ressentons une émotion ou une humeur, nous ne sommes généralement pas en train de porter un certain jugement, même si cela peut nous y disposer.

Une émotion comme la tristesse pourrait dès lors plutôt consister le plus fondamentalement dans sa phénoménologie distinctive : la tristesse serait alors une certaine phénoménologie liée à ou dirigée vers un objet particulier, une manière d’appréhender cet objet à travers des qualités phénoménales, ou un certain ressenti envers cet objet. Cette phénoménologie inclurait d’une part des aspects corporels, qui seraient le ressenti d’un état du corps, en particulier des manifestations corporelles typiques de cette émotion ; elle inclurait d’autre part un aspect « perceptuel » lié à l’objet de l’émotion, au sens où elle présenterait cet objet de façon non conceptuelle, donc comme un contenu de perception. Cette thèse générale se trouve dans la théorie de Goldie, selon laquelle une émotion est un ressenti, qui se compose d’un « ressenti corporel » et d’un « ressenti envers » son objet (Goldie, 2000, Chapitre 3, 2002). Elle se trouve aussi dans la théorie de Tappolet, selon laquelle une émotion est une « perception de valeurs » : elle appréhende son objet comme ayant des propriétés spécifiques qui sont des propriétés axiologiques indépendantes de notre réponse émotionnelle, et ce à travers sa phénoménologie qui en est une appréhension non conceptuelle, analogue à une perception (Tappolet, 2000, 2016, p. 16-18), cette phénoménologie ayant par ailleurs des aspects corporels (Tappolet, 2016, p. 25). C’est sur la base de la perception de ces propriétés axiologiques non conceptuelles que nous attribuons à l’objet de notre émotion des propriétés affectives ou évaluatives dépendantes de notre réponse émotionnelle, comme le fait d’être « effrayant » ou « dégoûtant », ou en l’occurrence « attristant » (Tappolet, 2016).

Que serait alors une tristesse sans objet particulier ? Elle consisterait dans le ressenti de la tristesse, mais non dirigé vers quelque chose en particulier, soit la phénoménologie de la tristesse sans que celle-ci soit liée à quelque chose en particulier. Cette thèse générale se retrouve dans les théories défendues respectivement par Goldie et Tappolet à propos des humeurs (Goldie, 2000, Chapitre 6; Tappolet, 2018). La première aboutit en fait à définir l’humeur triste comme une tristesse avec un objet très général, donc une « tristesse généralisée », et la seconde aboutit à la définir comme une tristesse à propos de la propriété d’être une perte non actuellement instanciée mais susceptible de l’être, donc une « tristesse anticipatoire ». Aucune de ces deux théories intentionnalistes ne peut totalement se passer d’un objet de l’humeur si bien qu’elles montrent que même si elle n’est dirigée vers rien en particulier, une humeur a un objet spécifique. En effet concernant la théorie de Goldie, le

« ressenti envers » ne peut se concevoir sans être envers quelque chose : Goldie avance donc qu'une humeur n'est jamais dirigée vers rien du tout, mais qu'elle a en fait un objet qui est très général, par exemple une menace générale dans le cas d'une humeur anxieuse au lieu d'une menace en particulier, identifiable, comme c'est le cas d'une émotion de peur (Goldie, 2000, p. 143). Concernant la théorie de Tappolet, la « perception de valeur » ne peut se concevoir sans que des valeurs (propriétés axiologiques) soient perçues : Tappolet affirme donc qu'une humeur perçoit des propriétés axiologiques potentielles ou virtuelles, qui pourraient être instanciées par un objet, plutôt que des propriétés axiologiques qu'un objet instancierait actuellement (Tappolet, 2018, p. 181-182). Comme on le voit, dans ces deux théories, une humeur est bien une émotion sans objet particulier ; mais elle a tout de même un objet, qui est un objet général, ou bien des propriétés potentielles, virtuelles.

L'humeur pourrait aussi percevoir des propriétés tout simplement non instanciées, plutôt que potentielles ou virtuelles : c'est la théorie défendue par Mendelovici, selon laquelle les humeurs perçoivent des propriétés affectives « libres » de tout objet, non instanciées par un objet particulier (Mendelovici, 2013a, 2013b). Cette théorie aboutit à concevoir l'humeur triste comme une « tristesse non instanciée ».

Dans ces théories intentionnalistes à propos des humeurs, ces dernières ne sont donc pas à proprement parler des émotions sans objet, mais des émotions avec un type spécifique d'objet (objet général, propriétés axiologiques potentielles ou propriétés affectives non instanciées) plutôt qu'un objet particulier. Mais de plus l'objet ou contenu intentionnel spécifique d'une humeur est indissociable de sa phénoménologie affective distinctive, qui est analysée en termes d'intentionnalité : le « ressenti envers » dans lequel consiste en partie l'humeur pour Goldie (2000), la phénoménologie de l'humeur en tant que « perception » de propriétés axiologiques pour Tappolet (2018) ou de propriétés affectives pour Mendelovici (2013a, 2013b). Ces différentes théories aboutissent donc à une deuxième manière de construire TSOp, dans laquelle l'humeur dépressive consiste fondamentalement dans une phénoménologie affective identique à celle de l'humeur triste, qui est la phénoménologie de la tristesse mais sous une forme diffuse, non dirigée vers un objet particulier.

C'est également à cette version de TSOp qu'aboutissent les théories non intentionnalistes des humeurs qui les définissent comme de purs états phénoménaux (Nussbaum, 2003; Roberts, 2003; Russell, 1980, 2003, 2009). En effet suivant ces théories l'humeur triste ou tristesse sans objet particulier consiste uniquement dans un état

phénoménal, dans la phénoménologie distinctive de la tristesse, sous une forme diffuse. Il s'agit donc d'une « tristesse sans objet » qui de plus se réduit à la phénoménologie distinctive de la tristesse, sous une forme diffuse.

TSOp (P) : l'humeur dépressive est une tristesse sans objet particulier ou une humeur triste, soit un état affectif consistant fondamentalement dans la phénoménologie distinctive de la tristesse mais sous une forme diffuse, non liée à un objet particulier.

Ces théories mettent l'accent sur un aspect « perceptuel » de la phénoménologie des émotions et des humeurs, davantage que sur l'aspect corporel de cette phénoménologie. Mais l'aspect corporel est également important. Par exemple pour la tristesse, sa phénoménologie consiste en grande partie dans le ressenti de modifications corporelles comme le changement du rythme cardiaque ou le serrement de la poitrine ou de la gorge, et dans le ressenti de la préparation du corps à des réactions corporelles stéréotypées comme les pleurs et à des actions motivées par cette émotion comme la sollicitation d'un proche pour avoir du soutien face à la perte subie.

Dès lors, ce pourrait être plutôt une certaine attitude corporelle, consistant dans cette mobilisation générale du corps, notamment sa préparation à un certain nombre d'actions déterminées, qui serait fondamentale dans une émotion : Deonna et Teroni définissent les émotions comme des « attitudes corporelles ressenties » qui sont évaluatives (Deonna & Teroni, 2012, p. 76-90). Ces attitudes sont évaluatives dans la mesure où elles évaluent leur objet à travers des différentes actions auxquelles elles nous préparent envers cet objet (Deonna & Teroni, 2009a, 2015; Deonna & Teroni, 2012, p. 76-90). Cette théorie des émotions est intentionnaliste au sens où une émotion est dirigée vers un objet, qui est représenté par les bases perceptives et cognitives de l'émotion (Deonna & Teroni, 2015; Deonna & Teroni, 2022). Quant aux propriétés affectives ou évaluatives qui dépendent des propriétés naturelles de cet objet, comme celle de constituer une perte ou d'être attristant, elles surviennent sur ses propriétés naturelles mais ne sont pas représentées par des composantes de l'émotion de tristesse, même si ce sont elles qui rendent cette émotion « correcte », c'est-à-dire en adéquation avec son objet (Deonna & Teroni, 2022).

Que serait alors une humeur triste, en tant que tristesse sans objet particulier ? Il devrait s'agir d'une attitude corporelle analogue à la tristesse mais non dirigée vers un objet

particulier. Cependant il peut paraître difficile de voir en quoi consisterait une telle attitude corporelle. L'attitude constitutive de la tristesse consiste notamment dans une préparation du corps à diverses actions envers son objet particulier, par exemple des actions visant à exprimer la douleur de la perte subie ou à réparer cette perte. Mais si l'humeur n'a pas d'objet particulier, alors elle ne peut pas consister dans une préparation à des actions envers cet objet. De fait, lorsque l'on est d'une certaine humeur, le corps n'est généralement pas mobilisé pour nous préparer à certaines actions déterminées. De plus, en admettant qu'il soit possible de concevoir une telle attitude corporelle, elle serait alors dirigée vers le monde entier. La conséquence en serait qu'elle serait une « attitude évaluative incarnée » à propos du monde entier, au lieu d'être à propos d'un objet particulier : or cela aurait pour conséquence que cette attitude serait systématiquement erronée. Par exemple cela voudrait dire que la tristesse sans objet, l'humeur triste, évaluerait le monde entier comme constituant une perte : or le monde entier, qui est la collection de tous les objets particuliers, ne saurait constituer une perte pour le sujet, ni au sens totalisant de cette totalité (l'ensemble de ces objets), ni au sens distributif (chacun de ces objets). C'est pourquoi les défenseurs de la théorie attitudinale n'appliquent pas cette théorie aux humeurs (Deonna & Teroni, 2012, p. 13; Tappolet, 2018, p. 176). Ils définissent plutôt ces dernières comme des états affectifs a-rationnels, qui ont une phénoménologie en grande partie corporelle, mais l'état corporel sous-jacent n'est pas une attitude évaluative nous préparant à agir d'une certaine manière envers un objet qui serait ainsi évalué (Deonna & Teroni, 2009b, p. 361-362; Deonna & Teroni, 2012, p. 105). Par conséquent suivant cette théorie l'humeur triste serait un « ressenti corporel diffus de tristesse » ayant une phénoménologie affective analogue à celle de la tristesse, mais sous une forme diffuse, qui serait le ressenti d'un certain état corporel.

Cependant il existe aussi une théorie intentionnaliste des humeurs qui considère à la fois que celles-ci, tout autant que les émotions, consistent fondamentalement dans des états corporels, et qu'elles ont des objets intentionnels outre l'état corporel ressenti : il s'agit de la théorie néo-jamésienne de Prinz (2004). Celle-ci définit les émotions comme des « évaluations incarnées » avec une valence, qui sont en fait des états corporels que nous percevons (ou ressentons) et qui nous renseignent sur notre environnement (Prinz, 2004, p. 178). Au lieu de lier étroitement la phénoménologie affective des émotions à l'état corporel qui en est constitutif, comme la théorie attitudinale, Prinz que les émotions n'ont pas nécessairement de phénoménologie affective, donc peuvent être inconscientes-P (Prinz, 2004, Chapitre 9). En revanche, Prinz lie étroitement l'état corporel à l'intentionnalité des émotions,

qu'il ne conçoit pas tant comme le fait qu'elles soient dirigées vers quelque chose, mais comme le fait qu'elles « représentent » un contenu intentionnel, par cet état corporel : Prinz parle ici de « représentation » en un sens naturalisé de la représentation emprunté à Dretske (2002). En ce sens un état du corps « représente » un état de l'environnement s'il co-varie de manière fiable avec, et a pour fonction adaptative de l'indiquer à l'organisme (Prinz, 2004, p. 53). Prinz dit que l'état corporel lui-même est le « contenu nominal » de l'état affectif, et que son « contenu réel » est l'information qu'il « véhicule », plus particulièrement à propos des relations organisme-environnement (Prinz, 2004, p. 67-69). Prinz conçoit ces relations en termes de « schèmes relationnels fondamentaux », suivant une notion qu'il emprunte à Lazarus (Prinz, 2004, p. 15; 67). Dans le cas de la tristesse, ce serait le fait d'avoir subi une perte. Une émotion représenterait un tel état des relations organisme-environnement dans une situation particulière, « locale », et une humeur représenterait plutôt un état général de ces relations, la situation globale ou « position générale du sujet dans le monde » (Prinz, 2004, p. 185). Prinz peut alors affirmer que « la tristesse représente une perte particulière, alors que la dépression représente un combat perdu »²⁹¹ (Prinz, 2004, p. 185). C'est ce qui permet de dire que la théorie de Prinz conçoit une tristesse sans objet particulier, ou humeur triste, ou humeur dépressive, puisqu'il les assimile ici explicitement, comme une « tristesse généralisée ».

Si Prinz considère la dépression comme une humeur et celle-ci comme un sous-type de la tristesse, c'est parce que selon lui, bien qu'elle ne soit dirigée vers rien en particulier, elle consiste dans un état corporel qui « représente » le même type d'objet ou contenu intentionnel que la tristesse, qui est un objet formel : la perte. Prinz s'appuie sur la distinction de Kenny entre l'objet matériel d'un état mental, celui vers lequel il est dirigé, et l'objet formel, qui est un ensemble de conditions que l'objet matériel doit remplir pour qu'une action, une attitude ou un état mental d'un certain type puisse porter dessus²⁹² (Kenny, 2003,

²⁹¹ « *Emotions refer to specific things or situations. Moods refer to things or situations quite generally. A properly applied emotion corresponds to a local occurrence, and a properly applied mood applies to a global condition. Emotions respond to isolated objects and events, whereas moods respond to one's general standing in the world. The difference is subtle but significant. Sadness represents a particular loss, while depression represents a losing battle. Fear represents a specific danger, whereas an anxious mood represents general peril. Anger represents a demeaning offense, while irritability represents the general offensiveness of the world. The formal objects are essentially the same, but the ontic objects differ.* » (Prinz, 2004, p. 185).

²⁹² Kenny distingue l'objet matériel et l'objet formel. L'objet matériel d'une action, d'une attitude ou d'un état mental est son objet particulier, ce sur quoi cela porte, et l'objet formel est un ensemble de conditions que l'objet matériel doit remplir pour qu'une action, une attitude ou un état mental d'un certain type puisse porter dessus. Par exemple un objet particulier que je brûle est l'objet matériel de mon action de brûler quelque chose, tandis que l'objet formel de l'action de brûler en général est l'inflammable, le fait d'être inflammable. « *Anything which can be ϕ d is a material object of ϕ ing. Beer, for example can be seen, and so beer is a material object of seeing; when the executioners burnt Joan of Arc, Joan was the material object of*

p. 132) : ce que l'état corporel constitutif de l'émotion représente, soit la perte dans le cas de la tristesse, c'est alors son objet formel (Prinz, 2004, p. 62). Prinz définit l'objet formel comme « la propriété en vertu de laquelle un événement particulier provoque une émotion » (Prinz, 2004, p. 62). Par exemple « être une perte est l'objet formel de la tristesse » au sens où chaque épisode de tristesse, chaque occurrence particulière de cette émotion concerne un objet particulier différent, mais dans tous les épisodes « la tristesse représente la perte »²⁹³ (Prinz, 2004, p. 62). La tristesse représente cet objet formel instancié par des situations locales, particulières, alors que l'humeur dépressive a un autre type d'objet matériel instanciant cet objet formel : une situation globale, la position générale du sujet dans l'existence. Cela rend compte de ce que l'humeur ne soit dirigée vers rien en particulier, alors qu'une émotion est dirigée vers une situation particulière. En résumé, ce que permet la position de Prinz c'est de considérer qu'une humeur dépressive ou triste est de la tristesse, soit un sous-type de ce type d'émotion, car même si elle ne consiste pas dans une attitude corporelle préparant au même type d'actions, elle consiste dans un état corporel qui représente le même objet formel, la perte, instancié par une situation globale au lieu d'une situation « locale », particulière.

their burning. The formal object ing is the object under that description which must apply to it if it is to be possible to ϕ it. If only what is P can be ϕ d, then "thing which is P" gives the formal object of ϕ ing. Descriptions of formal objects can be formed trivially simply by modalising the relevant verbs: only what is edible can be eaten, only what is inflammable can be burnt, only what is tangible can be touched. But there are other descriptions of formal objects which are not trivial in this way. Only what is dirty can be cleaned, only what is wet can be dried, only what is coloured can be seen, only what is criminal can be committed, only what is difficult to obtain can be striven for, only other people's property can be stolen. "Other people's property" is a description of the formal object of stealing, just as "one's own spouse" is a description of the formal object of divorcing. Joan of Arc was the formal object of burning not qua saint, nor qua woman, but qua inflammable material." (Kenny, 2003, p. 132). Kenny avance la thèse selon laquelle les émotions font partie des états mentaux qui ont un objet formel. "Emotional attitudes, like other mental attitudes, have formal objects; some of the philosophical errors about the emotions which we considered in the first part of this book might be described as mistakes about their formal objects. Descartes and Hume, with the philosophers and psychologists who followed them, treated the relationship between an emotion and its formal object, which is a logical one, as if it were a contingent matter of fact. If the emotions were internal impressions or behaviour patterns there would be no logical restrictions on the type of object which each emotion could have. It would be a mere matter of fact that people were not angered by being benefited, nor afraid of what they already know to have happened; just as it is a mere matter of fact that most people are nauseated by slugs crawling from beneath an upturned stone and sneeze on getting pepper in their nostrils. There would be no more reason why, once in a while, a man might not be grateful for being harmed, or be proud of a defect, than there is why, once in a while, a man may not feel a sinking in the stomach while being complimented, or weep on the receipt of good news. In fact, each of the emotions is appropriate—logically, and not just morally appropriate—only to certain restricted objects." (Kenny, 2003, p. 134)

²⁹³ « Emotions can be elicited by actual environmental conditions impinging on an organism or by imagined conditions, as when an emotion is caused by contemplating a future event. The conditions (real or imagined) that elicit an emotion can be referred to as its objects. Invoking a distinction from scholastic philosophy, Kenny (1963) points out that emotions can have two kinds of objects. A formal object is the property in virtue of which an event elicits an emotion, and a particular object is the event itself. The death of a child can be a particular object of one's sadness, but it causes sadness in virtue of being a loss. Being a loss is the formal object of sadness. Emotions represent their formal objects, not their particular objects. An episode of sadness may concern any number of distinct particular objects, but the sadness in each episode represents loss. » (Prinz, 2004, p. 62).

Le point important est que dès lors, si l'humeur dépressive est une humeur triste, alors elle doit avoir des manifestations corporelles et comportementales similaires à celle de la tristesse, à défaut d'actions dirigées vers un objet particulier, et nous disposer même type d'états mentaux. En effet ces manifestations proviennent de l'état corporel constitutif de l'état affectif, qui « représente » l'objet formel : si l'humeur dépressive et la tristesse ont le même objet formel, un même état corporel doit en grande partie être commun à ces deux états affectifs, et donc ils doivent avoir le même type de manifestations corporelles et comportementales. De plus Prinz dit que le traitement de l'information véhiculée par l'état corporel qui constitue un état affectif est à l'origine des états mentaux auxquels il nous dispose : c'est là son argument pour prouver l'existence d'émotion inconscientes-P, identifiables à leurs manifestations corporelles et comportementales et à leurs effets sur les états mentaux même si elles n'ont pas de phénoménologie (Prinz, 2004, Chapitre 9). Dès lors, si l'humeur dépressive est une humeur triste, de la tristesse sans objet particulier, elle a le même objet formel, elle représente le même type d'état des relations organisme-environnement (une situation de perte), donc elle véhicule le même type d'information, et par conséquent elle devrait avoir les mêmes manifestations au niveau du corps et du comportement, et nous disposer au même type d'états mentaux.

A partir de ces deux théories qui conçoivent respectivement l'humeur triste comme un « ressenti corporel diffus de tristesse » et comme une « tristesse généralisée », mais ont en commun de la considérer comme consistant fondamentalement dans un certain état corporel, nous aboutissons à une troisième manière de construire la thèse selon laquelle l'humeur dépressive serait une humeur triste, une tristesse sans objet particulier, soit une troisième version possible de TSOp :

TSOp (C) : l'humeur dépressive est de la tristesse sans objet particulier ou humeur triste, soit un état affectif qui n'est dirigé vers rien en particulier mais consiste dans un état corporel qui a des manifestations corporelles et comportementales identiques à celles de la tristesse, et nous dispose au même type d'états mentaux et d'actions.

Nous disposons ainsi de trois versions de la thèse TSOp selon laquelle l'humeur dépressive serait de la tristesse sans objet particulier, soit une humeur triste. Je vais les discuter et les rejeter toutes les trois.

ii. Rejet des différentes versions de la thèse

Je vais montrer que l'humeur dépressive et l'humeur triste diffèrent premièrement en termes de phénoménologie, et deuxièmement en termes de manifestations sur le corps et le comportement et d'effets sur les états mentaux. Ces deux distinctions, par la phénoménologie et par les manifestations et les effets, vont me permettre de rejeter chacune des trois versions de la thèse de la tristesse sans objet particulier pour définir l'humeur dépressive, TSO_p :

TSO_p (J) : L'humeur dépressive est une tristesse sans objet particulier ou humeur triste, qui consiste fondamentalement dans un jugement évaluant le monde entier comme une perte (s'accompagnant d'une phénoménologie), nous disposant à évaluer des objets particuliers comme des pertes, par des jugements évaluatifs ou des émotions de tristesse.

TSO_p (P) : l'humeur dépressive est une tristesse sans objet particulier ou une humeur triste, soit un état affectif consistant fondamentalement dans la phénoménologie distinctive de la tristesse mais sous une forme diffuse, non liée à un objet particulier.

TSO_p (C) : l'humeur dépressive est de la tristesse sans objet particulier ou humeur triste, soit un état affectif qui n'est dirigé vers rien en particulier mais consiste dans un état corporel qui a des manifestations corporelles et comportementales identiques à celles de la tristesse, et nous dispose au même type d'états mentaux et d'actions.

L'une de ces thèses, TSO_p (P), affirme que la phénoménologie de l'humeur dépressive est identique à celle de l'humeur triste : il s'agit de la phénoménologie de la tristesse, sous une forme diffuse, non dirigée vers un objet particulier.

Cependant, l'humeur dépressive et l'humeur triste n'ont pas la même phénoménologie.

Tout d'abord, les aspects corporels de leurs phénoménologies respectives diffèrent. Rappelons que pour l'humeur dépressive il s'agit d'une altération globale de l'état corporel, voire du ressenti d'un état inflammatoire qui donne l'impression d'« être malade », ou d'une fatigue générale. En revanche pour la tristesse, qu'elle soit avec ou sans objet particulier, ces aspects corporels sont plus limités, puisqu'il s'agit de changements du rythme cardiaque ou de la respiration par exemple. Ces aspects corporels sont d'autant plus limités dans la version sans objet de cette émotion, qui est l'humeur triste, on peut presque douter qu'ils s'y retrouvent systématiquement : Verlaine ne les évoque que de façon métaphorique.

Ensuite concernant la phénoménologie globale de ces états affectifs, au-delà de ces aspects corporels, on peut également distinguer celle de l'humeur dépressive d'une part, et celle de la tristesse et de l'humeur triste d'autre part. Rappelons que pour l'humeur dépressive, cette phénoménologie se caractérise principalement par un sentiment de distance à l'égard du monde, incluant par exemple de la « déconnexion émotionnelle », soit une certaine indifférence à l'égard de ce qui devrait susciter des émotions, mais aussi le sentiment de ne pas être tout à fait en présence des choses et d'autrui. De plus ce sentiment de distance engendre un autre ressenti qui est une douleur psychique. La phénoménologie de l'humeur triste, qui est proche de celle de la tristesse avec un objet particulier, ne présente pas les mêmes aspects. Elle est un ressenti de perte ou de manque douloureux et diffus. Une telle description peut paraître floue : on voit plus clairement ce que peut être ce ressenti quand la tristesse a un objet, car il s'agit du ressenti de l'absence de l'être cher disparu, de son manque, ou du vide laissé par sa disparition. Mais même s'il est plus difficile de voir précisément à quoi correspond ce ressenti lorsque la tristesse est sans objet particulier, c'est-à-dire dans le cas d'une humeur triste, du moins il ne s'agit pas du sentiment d'une distance à l'égard du monde. Par ailleurs la douleur qui fait partie de la phénoménologie de la tristesse, contrairement à celle de l'humeur dépressive, semble plus étroitement liée à ses manifestations corporelles. Il n'est pas certain qu'elle puisse être strictement affective ou « psychique », sans lien avec de la douleur physique. En effet si l'on s'imagine être triste, la douleur que l'on éprouverait pourrait-elle être distinguée du serrement de poitrine dont cette émotion s'accompagne ? Admettons que oui lorsqu'il s'agit d'une humeur triste, et que les aspects corporels de ce ressenti soient strictement métaphoriques dans le poème de Verlaine. Y aurait-il encore un moyen de distinguer l'aspect douloureux de la phénoménologie de l'humeur dépressive de celui de la phénoménologie de l'humeur triste ? Peut-être pas, mais le fait que la phénoménologie de l'humeur dépressive et de l'humeur triste aient alors en

commun cet aspect douloureux ne suffit pas cependant pas à les identifier, puisqu'elles diffèrent par d'autres aspects.

Résumons-nous. La phénoménologie de l'humeur dépressive inclut un inconfort physique global ou de la fatigue, une distance à l'égard du réel, et de la douleur psychique. La phénoménologie de la tristesse inclut des ressentis corporels limités comme le serrement de la poitrine, un sentiment de perte ou de manque de l'objet perdu, en particulier s'il s'agit d'un être cher disparu, et de la douleur physique et psychique. La phénoménologie de l'humeur triste inclut au moins dans certains cas les mêmes ressentis corporels que la tristesse, un sentiment de perte ou de manque diffus, peut-être de la douleur physique, et de la douleur psychique. Puisque d'une part l'affaiblissement corporel global et d'autre part le sentiment de distance à l'égard du réel, présents dans l'humeur dépressive, ne se retrouvent pas dans l'humeur triste, on peut conclure que leurs phénoménologies diffèrent.

Cette différence est un argument contre TSOp : puisque la phénoménologie de l'humeur dépressive n'est pas identique à celle de l'humeur triste, qui seule est similaire à celle de la tristesse, cela va à l'encontre de l'idée que l'humeur dépressive et l'humeur triste seraient identiques et donc que l'humeur dépressive serait de la tristesse sans objet particulier. Cette différence de phénoménologie nous permet déjà de rejeter une version de TSOp qui est TSOp (P) : en effet dans cette version l'humeur dépressive devrait consister fondamentalement dans une phénoménologie, la phénoménologie distinctive de l'humeur triste, ce qui n'est pas le cas. Autrement dit TSOp (P) ne remplit pas le réquisit phénoménologique que je me suis donné pour une théorie de l'humeur dépressive, puisque la phénoménologie qu'elle lui prête est trop différente de celle que décrit ce réquisit.

Mais qu'en est-il des deux autres versions de TSOp, à savoir TSOp (J) et TSOp (C) ? Ces deux versions de TSOp sont compatibles avec le fait que l'humeur dépressive puisse avoir une phénoménologie différente de celle de la tristesse sans objet particulier, ou humeur triste. En effet elles ne nous disent rien de la phénoménologie de l'humeur dépressive. En revanche elles affirment que ses effets sur les états mentaux dans le cas de TSOp (J), ainsi que ses manifestations corporelles et comportementales dans le cas de TSOp (C), sont identiques à ceux d'une humeur triste.

Cependant, l'humeur dépressive et l'humeur triste n'ont pas exactement les mêmes manifestations corporelles et comportementales, ni les mêmes effets sur les états mentaux.

Nous venons de rappeler, indirectement, que les manifestations corporelles de l'humeur dépressive et de l'humeur triste diffèrent, puisque nous les avons évoquées au travers des aspects corporels de leurs phénoménologies respectives. Qu'en est-il de leurs manifestations respectives au niveau du comportement ? Ces manifestations diffèrent également : celles de l'humeur triste sont des manifestations stéréotypées de la tristesse, comme les pleurs et autres comportements expressifs de cette émotion. Pensons à la prostration, ou au « front en oméga » par lequel les aliénistes caractérisaient les mélancoliques. En revanche les manifestations comportementales de l'humeur dépressive, lorsqu'elles sont présentes, sont du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation psychomotrice. Nous voyons donc que le comportement de la tristesse et celui de l'humeur dépressive diffèrent. Elles peuvent dans certains cas présenter des similitudes, ce qui explique que les états de dépression puissent être envisagés comme de la tristesse se manifestant de manière atypique. Le modèle de Horwitz et Wakefield définit la dépression comme de la « tristesse pathologique » (Horwitz & Wakefield, 2007). Selon eux la dépression, qui s'exprime au niveau comportemental par un ralentissement psychomoteur, par la prostration, le mutisme, l'évitement, devrait être tenue pour une version pathologique de la tristesse qui présente des manifestations comportementales similaires (Horwitz & Wakefield, 2007, Chapitre 2). Cependant nous voyons que les dissemblances l'emportent sur les similarités : la tristesse, y compris lorsqu'elle n'a pas d'objet particulier, ne se manifeste pas par le ralentissement psychomoteur, à moins que la personne ne soit entrée en dépression. Dès lors pourquoi considérer la seconde comme une version atypique (pathologique) de la première ? D'une part, même sous des formes légères, non pathologiques, un comportement exprimant la tristesse, par certaines expressions faciales ou les pleurs par exemple, et un comportement consistant dans un léger ralentissement psychomoteur diffèrent : il n'y a donc pas lieu de tenir le comportement manifestant l'humeur dépressive pour une version pathologique de celui de la tristesse, car cela présuppose que cette humeur ne pourrait exister qu'en tant que pathologique, ce qui est contredit par l'expérience courante. D'autre part, mises à part ces différences de manifestations comportementales, ces deux états affectifs ont encore d'autres points de différence, notamment leur phénoménologie, ce qui fait plutôt pencher en faveur d'une distinction entre les deux (plutôt que de la thèse selon laquelle l'humeur dépressive serait une version atypique de la tristesse).

Notons que l'on peut faire une différence au niveau des actions elles-mêmes. A première vue, les effets d'une humeur triste et d'une humeur dépressive pourraient y être similaires. D'une part ni l'humeur triste ni l'humeur dépressive ne sont dirigées vers un objet particulier, si bien qu'aucune des deux ne dispose à des actions envers un tel objet. D'autre part l'une et l'autre peuvent néanmoins disposer à des actions d'évitement, de retrait, pour fuir certaines situations sociales par exemple, au même titre que la tristesse avec un objet. Ces actions peuvent être simplement motivées par leur dimension douloureuse : la souffrance peut d'une façon générale conduire au repli sur soi. Cependant seule l'humeur dépressive conduit à une baisse globale de l'activité traduisant une baisse globale de la motivation, ainsi qu'à une conduite de renoncement à agir, en raison de croyances pessimistes et défaitistes sur le résultat de l'action, les deux convergeant en une baisse voire une suspension des actions volontaires (aboulie). Si ces deux états affectifs conduisent, au niveau des actions, à renoncer à un certain nombre d'actions, avec l'intention de se retirer, d'éviter des situations, notamment en raison d'une souffrance psychologique, c'est seulement dans le cas de l'humeur dépressive que cela se généralise à tous les contextes et intervient aussi dans des contextes où l'on renonce à agir avec l'intention d'éviter un nouvel échec (une nouvelle déception, une nouvelle déconvenue...)

Enfin, au niveau des états mentaux, nous avons vu que l'humeur dépressive favorise une baisse des désirs (notamment à travers l'anhédonie de motivation), une baisse des émotions, des jugements spécifiquement pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, et des émotions spécifiques qui sont la tristesse, le découragement (voire le désespoir), l'anxiété, et parfois et la culpabilité.

Tout d'abord il n'est pas certain qu'une humeur triste entraîne pareillement une baisse globale voire une disparition des désirs : il est difficile d'envisager que l'on est d'humeur dépressive et que l'on a pourtant le désir de rencontrer une personne qui pourrait nous apporter de la joie, en revanche il tout à fait envisageable d'être d'humeur triste et d'avoir ce désir. Cet argument permet de distinguer les deux états affectifs du moment qu'il existe au moins un désir qui peut résulter d'une humeur triste, alors que l'humeur dépressive défavorise tous les désirs.

Ensuite les effets distinctifs de l'humeur triste sur les jugements et les émotions devraient être de favoriser de façon centrale spécifiquement : 1) des jugements évaluant telle ou telle situation comme une perte, par exemple une fatigue passagère comme la perte de sa jeunesse, qui sont des jugements pessimistes, et 2) un type d'émotion qui est la tristesse. Dès lors

l'humeur dépressive et l'humeur triste diffèrent du point de vue de leurs effets sur les états mentaux car si l'une et l'autre peuvent favoriser la tristesse et des jugements pessimistes, en revanche l'humeur dépressive ne favorise pas ces états mentaux de façon centrale, car elle favorise aussi d'autres émotions négatives qui sont l'anxiété et le découragement, et une combinaison de pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation au niveau des jugements.

Compte tenu du fait que porter ces jugements conduit à former les croyances correspondantes, qui se manifestent ensuite en causant certaines actions, nous pouvons être amenés à attribuer une humeur dépressive à quelqu'un dont la façon d'agir nous laisse penser qu'il a de telles croyances. Or nous lui attribuerions une telle humeur, en jugeant qu'il est déprimé, voire dépressif, *plutôt qu'une humeur triste*. Nous considérons que quelqu'un est déprimé ou dépressif, mais non pas triste, si nous expliquons son repli sur soi, son mutisme, son évitement des activités sociales par un pessimisme général, mais aussi comme un abandon progressif de ce qui lui tenait à cœur par conviction qu'il n'obtiendra rien de ce qu'il souhaite (défaitisme), et parce qu'il se juge défavorablement par rapport à ses propres standards ou idéaux (auto-dévalorisation). Par exemple nous jugerons quelqu'un déprimé ou dépressif si nous l'imaginons, alors qu'il manque une soirée où nous l'avons convié, occupé à brasser des idées noires, à ne rien faire parce qu'il pense que tout est vain, tout en portant des jugements négatifs sur lui-même pour n'avoir pas eu l'énergie de venir à la soirée. C'est parce que dans ce cas nous expliquons sa conduite par une combinaison de pessimisme, de défaitisme et d'autodépréciation. Cela n'exclut pas de l'imaginer triste voire en pleurs à un instant donné ; mais si c'était la seule chose que nous imaginions, nous lui prêterions une humeur triste, alors que si nous avons des raisons de penser que son pessimisme s'accompagne de défaitisme et d'auto-dévalorisation, nous lui attribuons plutôt une humeur dépressive.

En revanche nous attribuons une humeur triste à quelqu'un lorsque nous expliquons sa conduite par une préoccupation générale pour la perte, qui peut être une préoccupation pour ce que la vie peut avoir de terrible et de douloureux en privant peu à peu les individus de ce qui leur est cher, préoccupation qui peut rester vague, indéterminée, sans se porter sur des événements particuliers. Par exemple nous attribuons une humeur triste à une personne que nous imaginons restée chez elle occupée à s'affliger de tout et de rien, ou à pleurer sans savoir pourquoi, à propos de la fuite du temps. Nous la considérons comme triste car sa conduite semble s'expliquer par un pessimisme portant spécifiquement sur l'idée générale de la perte : nous lui attribuons une tristesse sans objet particulier.

Finalement, les effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux (désirs, émotions, jugements, croyances), peuvent être distingués de ceux de la tristesse sans objet particulier ou humeur triste, ce qui conduit à rejeter TSOp (J). En effet cette version de TSOp affirme que l'humeur dépressive est de la tristesse sans objet particulier parce qu'elle dispose au même type de jugements et d'émotions. Comme on peut également distinguer leurs manifestations respectives au niveau du corps et du comportement, on est également conduit à rejeter TSOp (C), qui affirme que l'humeur dépressive est de la tristesse sans objet particulier parce qu'elle dispose au même type d'états mentaux (désirs, émotions, jugements, croyances), tout en ayant le même type de manifestations corporelles et comportementales. Autrement dit TSOp (J) ne remplit pas le réquisit des effets de l'humeur dépressive sur (les fonctions cognitives et) les états mentaux et TSOp (C) ne remplit pas ce réquisit ni celui des manifestations et effets de l'humeur dépressive sur le corps, le comportement et les actions.

Par conséquent, j'ai rejeté les trois versions possibles de TSOp, ce qui me permet de rejeter complètement cette thèse. J'en conclus que l'humeur dépressive n'est pas de la tristesse sans objet particulier. Cependant, ne pourrait-elle pas être le sous-type d'un autre type d'émotion, dont elle rassemblerait les instances sans objet particulier ? Après la tristesse, le deuxième meilleur candidat est le découragement, autre émotion mise en avant dans la caractérisation du versant affectif des états dépressifs par les aliénistes.

2. L'humeur dépressive est-elle une humeur découragée, abattue ?

L'humeur dépressive pourrait-elle être assimilée à une humeur découragée, abattue, qui serait du découragement sans objet particulier, donc un sous-type, une version sans objet particulier, de cette émotion ? Pour discuter cette nouvelle thèse à propos de l'humeur dépressive, je vais partir de la position de Roberts (2003) qui la définit ainsi²⁹⁴. Puis je vais discuter cette thèse en pointant les différences entre l'humeur dépressive et l'humeur découragée ou abattue en termes de phénoménologie, de manifestations corporelles, et d'effets sur les états mentaux et

²⁹⁴ Rappelons que Roberts (2003) défend de plus une théorie non intentionnaliste des humeurs, dans laquelle ces dernières sont de purs états phénoménaux, n'ayant pas d'objet intentionnel du tout.

les actions, qui permettent de les distinguer quelle que soit la théorie des humeurs que l'on adopte, comme je l'ai montré précédemment pour l'humeur dépressive et l'humeur triste.

a. La thèse du découragement sans objet particulier ou abattement

Roberts définit la dépression comme une émotion qu'il assimile au découragement, une émotion, qui a donc un objet particulier ; il la distingue de l'humeur dépressive qui en est selon lui une version sans objet (Roberts, 2003, p. 241). La dépression serait donc « à propos » de quelque chose : Roberts prend en exemple le marché du travail ou son manque de talent philosophique²⁹⁵. Cette émotion est bien distincte de la tristesse : elle n'est pas à propos d'une perte subie mais à propos de mauvaises perspectives, de mauvaises éventualités ou possibilités futures :

*« La dépression diffère de la tristesse et du deuil car elle n'implique pas nécessairement quelque référence que ce soit à une perte. Il s'agit plutôt de voir sa propre situation en termes de mauvaises perspectives. »*²⁹⁶ (Roberts, 2003, p. 241)

Roberts précise alors qu'une situation de perte peut donner des raisons de penser que ses perspectives personnelles sont mauvaises, mais tandis que la tristesse envisage une telle situation comme une situation de perte (la perte de quelque chose à quoi on était attaché), la dépression l'envisage plutôt du point de vue des mauvaises perspectives futures engendrées par cette perte (des perspectives constituant une dégradation de sa situation personnelle). Son exemple est le suivant. Je perds mon travail : je suis triste à propos de cela si je conçois cette situation comme la perte de quelque chose à quoi je tenais, mais je suis déprimé ou dépressif à propos de cela si je conçois cette situation comme présageant un avenir malheureux pour moi (Roberts, 2003, p. 241). La première émotion, la tristesse ou le deuil, peut bien entendu entraîner la seconde, la dépression, car envisager une perte que l'on a subie peut conduire à envisager ses perspectives futures comme mauvaises. Or pour Roberts, la « transition » de

²⁹⁵ "I am depressed about the state of the economy, about the new president, about my grades, the job market, my lack of philosophical talent." (Roberts, 2003, p. 241)

²⁹⁶ "Depression differs from sadness and grief in its not necessarily involving any reference to loss. Instead, it seems to be a view of one's situation in terms of poor prospects." (Roberts, 2003, p. 241)

l'une à l'autre est alors opérée par un état affectif qui n'est en lui-même à propos de rien, une humeur, qui est une version sans objet particulier de l'émotion de dépression ; il s'agit de l'humeur dépressive :

*« la transition de l'émotion de deuil à celle de dépression semble alors être opérée par la voie d'une humeur que l'on peut appeler dépression, un abattement généralisé dans sa vision des choses, qui peut ensuite s'attacher de façon plus ou moins rationnelle à des objets »*²⁹⁷ (Roberts, 2003, p. 242).

La dépression est l'émotion qui porte spécifiquement sur (une situation évaluée en termes) de mauvaises perspectives, et de plus porte sur ces mauvaises perspectives d'une façon spécifique : non pas du point de vue du dommage que représenterait la réalisation de ces mauvaises perspectives, avec un certain degré d'incertitude sur cette réalisation, ce qui est l'objet de l'anxiété et de ses variantes²⁹⁸, mais en envisageant la réalisation de ces mauvaises perspectives futures comme certaine et comme entraînant un blocage du futur tout entier pour le sujet. L'anxiété, étant à propos d'éventualités futures aversives seulement probables, cause des actions cherchant à éviter la réalisation de l'éventualité redoutée ; quant à l'effroi, il serait à propos d'une éventualité future aversive déterminée envisagée comme inévitable (Roberts, 2003, p. 242). La dépression est plutôt à propos de la privation d'une ou plusieurs éventualités futures, qui peuvent rester indéterminées, mais qui est envisagée comme certaines et pesant lourdement sur le futur : Roberts dit que cette émotion *« conçoit l'événement déprimant comme privant le futur de signification, d'objectif et de sens »*²⁹⁹ (Roberts, 2003, p. 242). Cette émotion peut être définie selon Roberts par la proposition suivante :

²⁹⁷ “[...] the transition from the emotion of grief to the emotion of depression seems to be made by way of a mood that we might call depression – a generalized downness in one’s view of things that then attaches itself, more or less nonrationally, to “objects” like the new president and my deficit of talent” (Roberts, 2003, p. 242)

²⁹⁸ L'anxiété serait, tout comme l'effroi (« *dread* »), la frayeur (« *fright* »), et d'autres émotions encore (terreur, horreur...) une variante de la peur qui est l'émotion à propos de mauvaises perspectives. L'anxiété porterait spécifiquement sur de mauvaises perspectives relativement moins déterminées (« *defined* ») et moins probables (« *probable* ») que celles sur lesquelles porte la peur (Roberts, 2003, p. 198). Roberts prend l'exemple d'un homme qui redoute que l'avion dans lequel était sa mère ait eu un problème, ou qui sait que l'avion s'est crashé mais sait aussi que certains passagers ont été sauvés : un tel homme serait anxieux, alors que s'il savait que le crash a eu lieu et n'avait pas d'information sur le fait que des passagers aient été sauvés, alors il aurait peur que sa mère soit morte (Roberts, 2003, p. 198). La frayeur (« *fright* ») porte à l'opposé selon Roberts sur de mauvaises perspectives davantage déterminées et probables que celles sur lesquelles porte la peur (Roberts, 2003, p. 199). Il résume l'intentionnalité de l'anxiété de la façon suivante : « X présente vaguement une possibilité aversive avec un certain degré de probabilité ; puisse X et ses conséquences aversives, quelles qu'elles soient, être évitées. » (Roberts, 2003, p. 199). L'effroi (« *dread* ») porte enfin sur une mauvaise éventualité ou possibilité future en tant qu'elle est inévitable (donc maximale définie et probable).

²⁹⁹ “the depressing event is construed as depriving the future of meaning, purpose, and sense” (Roberts, 2003, p. 242)

« *X (un événement ou un état de choses) implique, pour moi ou pour des personnes ou des choses auxquelles je tiens, que le futur est pauvre en perspectives pourvoyeuses d'entrain (« vitality ») et de sens (« meaning »)* »³⁰⁰ (Roberts, 2003, p. 242).

C'est alors d'une autre émotion que Roberts semble ici très proche dans sa définition de la dépression : le découragement. Or il ne considère pas qu'il y ait ici une difficulté et accepte explicitement cette conséquence : « *Le découragement ne me semble pas distinguable de la dépression en tant qu'émotion.* » (Roberts, 2003, p. 242).

Dès lors, si l'on résume la position de Roberts, la dépression est une émotion : le découragement. L'humeur dépressive est une version sans objet particulier de cette émotion : c'est du découragement sans objet, un découragement généralisé que Roberts qualifie d'« abattement ». La dépression (le découragement) peut être causée par la tristesse mais s'en distingue. L'humeur dépressive (l'abattement) n'a pas d'objet particulier : elle peut cependant en prendre un, elle donne lieu à une nouvelle instance de l'émotion de dépression ou découragement avec un objet, émotion à laquelle elle dispose donc tout particulièrement.

Cette position est en accord avec la caractérisation par les aliénistes du versant affectif des états dépressifs comme un état de « découragement » et d'« abattement ». Ces termes étaient notamment présents chez Pinel et Esquirol ; ce dernier parlait aussi d'« accablement », que les dictionnaires de l'époque définissaient comme une version encore plus extrême du même état affectif. On peut donc lire la définition de l'humeur dépressive proposée par Roberts (2003) comme une élaboration théorique de cette caractérisation clinique. Pourquoi dès lors ne pas tout simplement souscrire à cette théorie ?

Cette position a pour avantage de poser une relation claire entre l'épisode dépressif et l'humeur dépressive : l'épisode dépressif serait un épisode émotionnel de dépression, c'est-à-dire de découragement, avec une alternance d'instances de cette émotion portant sur des objets particuliers successifs, et de moments où elle perdrait tout objet particulier, se présentant sous une forme généralisée, diffuse, l'humeur dépressive, qui serait donc du découragement généralisé, de l'abattement.

³⁰⁰ “*X (an event or state of affairs) implies that for me or persons or things I care about the future is low in prospects for vitality and meaning*” (Roberts, 2003, p. 242)

Cette position respecte-t-elle les réquisits d'une théorie de l'humeur dépressive ? Elle respecte bien le réquisit intentionnel, puisque le découragement sans objet particulier ou abattement, n'est effectivement dirigé vers aucun objet particulier du monde, et pourrait être orienté à la fois vers le monde, le soi et le corps. Permet-elle de respecter le réquisit phénoménologique ? Comme pour la tristesse, les phénoménologies respectives de l'humeur dépressive et de l'abattement sont similaires mais pas identiques. Je pourrais le montrer en comparant de nouveau les aspects corporels et les aspects non corporels de ces phénoménologies. Comme dans le cas de la tristesse, l'argument consisterait à mettre en évidence le fait que les spécificités de la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive, soit l'affaiblissement corporel global et la resenti d'une distance au monde, ne se retrouvent pas dans la phénoménologie du découragement sans objet ou abattement. Rappelons que d'après Ratcliffe, le découragement extrême, ou désespoir, n'est qu'un aspect ou une conséquence de l'humeur dépressive, et ne se confond donc pas avec elle, n'étant pas toujours présent (Ratcliffe, 2014, Chapitre 4).

Je vais plutôt mettre en évidence une distinction entre les effets spécifiques respectifs de ces deux états mentaux, l'humeur dépressive et l'abattement, au niveau des fonctions cognitives et des états mentaux, du comportement et des actions. Ces effets diffèrent, de sorte que l'humeur dépressive ne peut pas être définie comme du découragement sans objet particulier ou abattement, car cette définition ne remplit pas le réquisit des effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux, ni celui des manifestations et des effets de l'humeur dépressive au niveau du comportement et des actions.

b. Rejet de la thèse du découragement sans objet particulier ou abattement

Pour que le réquisit des effets de l'humeur dépressive sur les fonctions cognitives et les états mentaux soit satisfait, il faudrait que l'abattement ait spécifiquement pour effets une difficulté à penser ou à se concentrer ou une indécision, qu'elle se manifeste en partie par une disparition des désirs, qu'elle ait pour effets une baisse globale des émotions, et de favoriser spécifiquement la tristesse, le découragement, l'anxiété et parfois la culpabilité, ainsi que des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dépréciatifs.

L'altération des fonctions cognitives, la difficulté à penser ou à se concentrer ou l'indécision, ne semblent pas devoir résulter du découragement ou de l'abattement en lui-même. Si nous observions une telle altération des fonctions cognitives, nous y verrions le signe que cet état affectif aurait induit un état dépressif. Cela suggère qu'il s'agit d'un effet de l'humeur dépressive qui l'en distingue. Mais une telle conclusion présuppose que cette dernière n'est pas une forme spécifique de découragement ou d'abattement. Cependant même si l'on laisse de côté la question des fonctions cognitives, il est possible de distinguer le découragement, même sous une forme où il n'a pas d'objet particulier, l'abattement, de l'humeur dépressive, du point de vue de leurs effets sur les états mentaux.

Admettons que l'abattement provoque également une baisse générale des désirs.

Dans quelle mesure a-t-il aussi pour effets de susciter une baisse des émotions, et une limitation des émotions restantes à la tristesse, au découragement, à l'anxiété, et parfois la culpabilité ? Roberts dit que la dépression conçue comme une émotion de découragement peut être causée par la tristesse mais aussi favoriser l'anxiété, ce qui expliquerait que certains tableaux dépressifs puissent être caractérisés par l'une ou l'autre de ces deux émotions (Roberts, 2003, p. 241-242). La transition d'une émotion à l'autre se ferait via une version sans objet particulier du découragement, l'abattement, qui serait l'humeur dépressive. Le découragement favorise-t-il dès lors spécifiquement la tristesse, le découragement, l'anxiété, et la culpabilité ?

- Il semble cohérent que dans certains cas, le découragement avec objet particulier puisse favoriser la tristesse, éventuellement via du découragement sans objet particulier. Le découragement représente une certaine situation future comme dépourvue de perspectives pourvoyeuses d'entrain et de vitalité. Cela peut conduire à envisager la privation de ces perspectives non pas du point de vue de son résultat (un futur dépourvu de sens), mais du point de vue de leur perte, or il s'agirait alors de tristesse. Par exemple si je suis déprimée au sens d'être découragée, à propos d'une relation qui me semble devenue sans lendemain, il semble psychologiquement réaliste de dire que cela pourrait me conduire à envisager l'essoufflement de cette relation comme une perte, la perte d'une relation qui avait de la valeur pour moi : si tel est le cas, alors mon émotion à propos de cette relation devient de la tristesse. L'évolution vers cette dernière émotion pourra être favorisée par certaines circonstances, par exemple si la personne dont il s'agit me parle d'un projet qu'elle aimerait réaliser avec

moi, parce que je ne pourrais envisager ce projet que comme irréalisable, et donc comme perdu, ou encore comme un espoir voué à être déçu pour elle, donc également comme une perte : ces circonstances me faisant envisager la situation sous un angle nouveau, désormais comme une situation de perte davantage que comme une situation de futur dépourvu de sens, mon émotion évolue du découragement à la tristesse.

- Si l'humeur dépressive est du découragement sans objet particulier, il est clair qu'elle favorise le découragement avec un objet particulier, simplement en se mettant à porter sur tel ou tel objet particulier. Si je suis découragée de façon générale, abattue, je suis particulièrement prête à être découragée à propos de ceci ou cela en particulier, pour autant que je me mette à considérer cet objet, par exemple la situation économique ou mon propre état de santé.
- Si la dépression est du découragement, on peut également concevoir qu'elle puisse favoriser l'anxiété tout autant que l'inverse, éventuellement via du découragement sans objet particulier. Se décourager à propos de ses perspectives futures peut effectivement favoriser le fait d'envisager une éventualité aversive en particulier comme susceptible de se réaliser : par exemple si je suis découragée à propos de la situation politique, je peux me mettre à redouter qu'un certain parti arrive au pouvoir, avec un certain degré d'indétermination et d'improbabilité concernant la manière dont cette situation se réaliserait, ce qui serait un état d'anxiété. Inversement une anxiété prolongée, à propos d'une éventualité aversive future vague et peu probable, comme la survenue d'une catastrophe climatique décisive compromettant la pérennité de mon environnement immédiat, pourrait finir par amener du découragement : à force d'envisager mon futur ainsi, il semble cohérent que je puisse finir par l'envisager comme dépourvu de perspective pourvoyeuse d'entrain et de sens.
- Enfin le découragement peut aussi favoriser la culpabilité, mais aussi la honte. La honte suppose une évaluation négative de soi relativement à des standards généraux, et la culpabilité, relativement à des standards spécifiquement moraux. Pourquoi le fait d'envisager son futur comme pauvre en perspectives pourvoyeuses d'entrain et de sens devrait-il conduire à s'autoévaluer négativement relativement à des standards généraux ou spécifiquement moraux ? Le pas de l'un à l'autre suppose que l'on se mette à envisager ce manque de perspectives comme le résultat d'une défaillance personnelle, en se jugeant inférieur à ce que l'on attendait de soi-même, ou en se tenant pour responsable de la situation par ses propres actes : dans un cas on se mettrait à ressentir de la honte et dans l'autre, de la culpabilité.

Le découragement sans objet, « abattement généralisé », ressenti dans une situation de privation générale de perspectives pour le futur, semble donc à première vue remplir la partie du réquisit sur les effets de l'humeur dépressive sur les fonctions cognitives et les états mentaux qui concerne les effets sur les émotions : cet état affectif semble en effet bien favoriser spécifiquement certaines émotions qui sont la tristesse, l'anxiété, le découragement, ainsi que la honte et la culpabilité. Mais à y regarder de plus près, cette conception de l'humeur dépressive ne permet pas de remplir correctement cette partie du réquisit, pour deux raisons.

Premièrement, le principal effet de l'humeur dépressive sur les émotions est de les faire globalement diminuer, plus encore que de favoriser certaines émotions spécifiques. Or le découragement sans objet particulier n'a pas pour effet central, distinctif, de provoquer une baisse globale des émotions. On peut aller jusqu'à dire qu'il tend plutôt à favoriser d'autres émotions, celles que nous venons d'envisager, car les exemples que j'ai pris sont très topiques donc permettent de voir que le passage de l'abattement à l'une de ces émotions est fréquent. Ces émotions sont également celles que favorise l'humeur dépressive. Mais cette dernière a avant tout pour effet de susciter une baisse des émotions. Ce point distingue donc l'humeur dépressive du découragement sans objet particulier ou abattement.

Deuxièmement, parmi les émotions que le découragement sans objet particulier ou abattement favorise, le découragement lui-même, avec un objet particulier, occupe une place centrale : le premier doit entraîner le second beaucoup plus fréquemment que les autres (tristesse, anxiété, honte, culpabilité) puisqu'il y a beaucoup plus de chances que la version sans objet particulier d'une certaine émotion entraîne une version avec objet particulier de la même émotion, plutôt qu'une tout autre émotion. Or au contraire il n'est pas vrai de l'humeur dépressive qu'elle favorise nécessairement davantage le découragement que la tristesse, l'anxiété, la honte ou la culpabilité : que le découragement domine dans certains tableaux dépressifs n'en fait pas l'émotion dominante causée par l'humeur dépressive dans tous les cas, car la tristesse ou l'anxiété, ou même la honte ou la culpabilité, peuvent aussi tout à fait occuper une place dominante. Ce point distingue donc également le découragement sans objet particulier de l'humeur dépressive.

Un argument similaire peut être formulé à propos des effets du découragement sans objet particulier sur les jugements, permettant de distinguer le découragement sans objet particulier ou

abattement de l'humeur dépressive. Le découragement favorise-t-il une combinaison de jugements pessimistes, défaitistes et auto-dépréciatifs ? Ces trois types de jugements peuvent résulter de cet état affectif : évaluer sa situation comme dépourvue de perspective future pourvoyeuse d'entrain et d'intérêt (découragement) peut favoriser le fait de juger que telle perspective future en particulier est mauvaise (jugement pessimiste), le fait de juger que telle ou telle entreprise est vouée à l'échec (jugement défaitiste) et enfin le fait de se juger inférieur à certains standards pour autant que l'on se tient pour personnellement responsable de ces mauvaises perspectives futures (jugement auto-dépréciatifs). Cependant nous voyons que le premier type de jugements (pessimistes) devrait être favorisé de façon beaucoup plus centrale par le découragement, que les deux autres (pessimistes et autodépréciatifs), et que les jugements autodépréciatifs devraient être particulièrement moins favorisés que les deux autres. En effet, la transition entre une évaluation de la situation en termes d'absence de bonne perspective future et un jugement selon lequel une perspective future en particulier est mauvaise, est une transition presque immédiate. Qu'une telle évaluation conduise à juger que l'on va échouer dans quelque chose en particulier est moins immédiat, et enfin, qu'elle conduise à s'auto-déprécier est encore moins immédiat : dans un cas comme dans l'autre il faut faire appel à des croyances supplémentaires, à propos de soi, par lesquelles on s'évalue comme incapable de certaines choses, responsable de sa situation pauvre en perspective, ou inférieur à certaines attentes que l'on avait envers soi-même. Le découragement devrait donc favoriser davantage, de façon plus centrale, le simple pessimisme, que le défaitisme et surtout que l'auto-dépréciation, or ce n'est pas nécessairement le cas dans la dépression. Ainsi le pessimisme n'apparaît pas comme un type de jugement davantage favorisé par l'humeur dépressive que le défaitisme ou l'auto-dépréciation, contrairement à ce que l'on devrait s'attendre à observer pour du découragement sans objet particulier ou abattement.

En effet l'humeur dépressive favorise une combinaison de ces trois types de jugement, dans laquelle le défaitisme ou l'auto-dépréciation semble tout autant pouvoir dominer que le pessimisme. Rappelons que l'auto-dépréciation est repérée par un critère clinique indépendant dans le DSM-5 (Crocq et al., 2015, p. 188). Si l'on fait appel à une expérience de pensée, nous attribuerions en effet de l'abattement à quelqu'un dont nous pourrions expliquer les actions par du pessimisme et du défaitisme, mais nous lui attribuerions plutôt une humeur dépressive si nous expliquions ses actions par un mélange de pessimisme, de défaitisme et d'auto-dépréciation. Ce serait d'autant plus le cas si l'auto-dépréciation était centrale et s'accompagnait de manifestations de honte ou de culpabilité. Comme pour les émotions,

l'humeur dépressive n'a donc pas exactement les mêmes effets que le découragement sans objet ou abattement sur les jugements.

Outre ses effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux, ajoutons que l'humeur dépressive n'a pas les mêmes manifestations et effets que le découragement sans objet ou abattement au niveau du comportement et des actions.

Pour ce qui est du comportement, elle entraîne un ralentissement psychomoteur ou une agitation psychomotrice, qui ne se retrouvent pas plus dans le découragement ou l'abattement que dans la tristesse, à moins qu'une telle émotion n'ait entraîné un état dépressif. On pourrait m'objecter que ces manifestations comportementales de l'humeur dépressive ne sont pas systématiques, qu'elles sont mesurées pour des états dépressifs cliniquement significatifs, et que je présuppose que l'humeur dépressive n'est pas une version atypique ou pathologique du découragement. Je vais donc faire appel aux effets de l'humeur dépressive sur les actions, pour la distinguer du découragement sans objet ou abattement.

Au niveau des actions, cette humeur provoque une baisse globale de l'activité et plus particulièrement des actions volontaires (aboulie). Celle-ci résulte en partie d'une baisse globale de motivation. Cela pourrait à première vue être tout autant un effet du découragement sans objet ou abattement. Mais de plus, dans le cas de l'humeur dépressive, cette suspension de l'action volontaire traduit aussi en partie une conduite de renoncement à agir en raison d'une combinaison de pessimisme, de défaitisme et d'auto-dépréciation, ce qui la distingue du découragement sans objet ou abattement tout autant que de la tristesse. Voyons-le par une expérience de pensée qui part de nos intuitions à propos de l'état mental que nous attribuons à une personne qui manifeste un mélange de pessimisme, de défaitisme et d'auto-dévalorisation, à laquelle j'ai déjà fait appel pour distinguer l'humeur dépressive et le découragement sans objet particulier du point de vue de leurs effets sur les jugements.

Nous attribuons une humeur dépressive à une personne qui renonce à agir, à poursuivre des buts qui pourtant semblaient lui tenir à cœur, si sa façon d'agir et son discours nous laissent penser qu'elle se sent ou se juge personnellement défailante, ou responsable d'un certain nombre d'échecs, et renonce à agir en raison de cela. Par exemple nous jugeons déprimée ou dépressive une personne qui renonce à se présenter à nouveau à un examen sélectif auquel elle a échoué plusieurs fois, si nous pensons que ce renoncement

s'accompagne chez elle du jugement de ne pas être à la hauteur, voire d'avoir failli en se préparant insuffisamment ou mal à l'examen : c'est parce que ce jugement est un jugement auto-dépréciatif qui est un effet distinctif de l'humeur dépressive et non du découragement sans objet ou abattement. Nous pensons à plus forte raison que cette personne est déprimée ou dépressive, plutôt que découragée ou abattue, si nous pensons qu'elle s'évalue, à cause de cet échec, comme inférieure à des standards personnels voire coupable d'une faute, pensant ne pas avoir rempli un devoir moral qu'elle avait de tout mettre en œuvre pour réussir : c'est parce que dans ce cas nous expliquons aussi son renoncement par de la honte et de la culpabilité, qui sont des émotions davantage favorisées par l'humeur dépressive que par le découragement sans objet ou abattement.

En revanche nous jugerions cette personne découragée à propos de son échec, ou découragée de façon générale, c'est-à-dire abattue, à cause de son échec, si elle renonçait à repasser l'examen en pensant simplement que celui-ci est trop difficile, impossible à obtenir pour des raisons indépendantes d'elle, ne justifiant pas qu'elle s'auto-dévalue, ou ressente de la honte ou de la culpabilité. Par exemple nous la jugerons découragée de réussir si nous pensons qu'elle abandonne parce qu'elle comprend que cette aspiration est inatteignable en raison d'une inadéquation entre les attentes de l'examen et ses propres compétences, tout en ayant à l'esprit qu'il existe d'autres voies avec lesquelles ses compétences, réelles, seraient en adéquation. Cela pourrait s'accompagner d'une bonne estime de soi, en raison de quoi nous ne la jugerions pas déprimée ou dépressive : c'est parce que son état affectif ne causerait pas d'autodépréciation, et ne serait pas susceptible de favoriser la honte ou la culpabilité. Nous la jugerions alors simplement découragée à propos de cet échec, ou bien découragée de façon plus générale, c'est-à-dire abattue, à cause de la prise de conscience des facteurs extérieurs qui empêchent sa réussite et donc oblitérent momentanément ses perspectives futures.

J'en conclus que l'humeur dépressive et le découragement sans objet particulier ou abattement diffèrent à fois du point de vue de leurs effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux et du point de vue de leurs manifestations et effets au niveau du comportement et des actions. La position de Roberts (2003) selon laquelle l'humeur dépressive serait du découragement sans objet ou abattement ne remplit donc pas bien deux des réquisits que j'ai formulés pour une théorie de l'humeur dépressive : le réquisit des effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux, et le réquisit des manifestations au niveau du comportement et des actions. Cependant cette humeur pourrait-elle être une émotion sans objet particulier qui

ne serait ni de la tristesse (humeur triste), ni du découragement (humeur découragée, abattement) ?

3. L'humeur dépressive est-elle une émotion avec un type spécifique d'objet ?

Il y a deux manières d'entendre la thèse générale selon laquelle l'humeur dépressive serait une émotion avec un type spécifique d'objet. On est conduit à cette thèse si l'on conçoit l'humeur dépressive dans le cadre d'une théorie intentionnaliste des humeurs, dans laquelle ces dernières sont un sous-type des émotions, étant des états affectifs du même type à cette différence près qu'elles ne sont pas dirigées vers un objet particulier mais ont un autre type d'objet (le monde entier, un objet général, des propriétés...). Ou bien la thèse signifie que l'humeur dépressive est un sous-type d'un certain type d'émotion (la colère, la joie, etc.), sa version avec un autre type d'objet qu'un objet particulier. Ou bien la thèse signifie que l'humeur dépressive fait partie du type d'états affectifs que sont les émotions en général, sans être le sous-type d'un type d'émotion : en ce dernier sens la thèse est aussi compatible avec une théorie des émotions dans laquelle il n'est pas possible de distinguer des types d'émotions.

Nous pouvons facilement rejeter la première version de cette thèse. En effet, la tristesse et le découragement étaient les deux meilleures candidates pour être le type d'émotion du répertoire dont l'humeur dépressive serait un sous-type. Comme nous l'avons vu, ce sont historiquement les deux principales émotions auxquelles elle a été assimilée par la psychiatrie. Dès lors, puisqu'à y regarder de plus près, l'humeur dépressive diffère de la tristesse et du découragement, même sous des versions diffuses, elle différera d'autant plus des autres émotions du répertoire. Etant distincte de ces deux émotions, même lorsqu'elles n'ont pas d'objet particulier, l'humeur dépressive n'est un sous-type d'aucun type connu d'émotion.

Mais pour autant y aurait-il lieu de considérer qu'elle appartient à ce type d'états affectifs ? Autrement dit avons-nous des raisons de considérer que l'humeur dépressive est, de façon générale, une émotion, avec un type spécifique d'objet ? Rappelons que les émotions sont des états affectifs intentionnels, avec un objet particulier et plusieurs autres caractéristiques : une phénoménologie (l'effet que cela fait), une dimension évaluative, des

manifestations corporelles (comme une modification de la respiration ou du rythme cardiaque), des manifestations au niveau du comportement (notamment expressives) et des actions, et des effets sur les états mentaux (favoriser d'autres émotions, certaines pensées, certains désirs). L'humeur dépressive est-elle un état affectif du même type, avec un objet d'un type spécifique ? Cette thèse est présumée par les théories intentionnalistes des humeurs. Je vais m'y opposer d'une façon générale car l'humeur dépressive diffère trop d'une émotion pour que l'on soit fondé à considérer qu'elle est un état affectif du même type. Cela ne suffit pas à réfuter les différentes théories intentionnalistes des humeurs : je leur répondrai en détails au chapitre suivant, après avoir proposé une autre théorie pour l'humeur dépressive, en montrant que celle-ci ne possède aucun des types spécifiques d'objet que ces théories prêtent aux humeurs.

Quelles sont les caractéristiques centrales des émotions qui font défaut à l'humeur dépressive ? Elle a bien une phénoménologie affective, des manifestations corporelles, des manifestations au niveau du comportement et des actions, et des effets sur les états mentaux. Cependant, elle n'a pas d'objet intentionnel particulier, ni de dimension évaluative, et ses effets sur le comportement et les actions diffèrent largement de ceux d'une émotion.

Premièrement, rappelons que l'humeur dépressive n'est dirigée vers rien en particulier : comme nous l'avons vu dans le récit de Styron et dans la phénoménologie clinique, cette humeur est diffuse et orientée à la fois vers le monde et vers le soi, à travers le ressenti de distance au monde et la douleur morale qui sont deux aspects de sa phénoménologie distinctive, ainsi que vers le corps dans la mesure où cette phénoménologie comporte des aspects corporels. Si c'était la seule caractéristique des émotions qui lui faisait défaut, on pourrait cependant la considérer comme un sous-type de ce type d'états affectifs, au même titre que l'humeur triste, l'humeur gaie, l'humeur irritable, etc.³⁰¹

Deuxièmement, l'humeur dépressive n'a pas clairement une dimension évaluative. Elle n'est pas dirigée vers quelque chose en particulier qu'elle évaluerait, en tant qu'attitude corporelle évaluative, ou parce qu'elle serait en partie constituée d'attitudes mentales évaluatives. L'état corporel perçu par sa phénoménologie distinctive n'est pas une attitude

³⁰¹ Humeurs qui sont apparemment les versions sans objet particulier des différents types correspondant d'émotion : cela suggère qu'elles ont en réalité un autre type d'objet comme le monde entier, ou un objet général, etc.

corporelle évaluative. De plus, elle ne consiste pas dans des attitudes mentales évaluatives, qui pourraient être ou bien des jugements ou bien des émotions. D'après le réquisit des effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux, elle nous dispose à des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, ainsi qu'à certaines émotions négatives : principalement la tristesse, le découragement, l'anxiété, la culpabilité. Mais nous n'avons pas lieu de considérer que ces jugements évaluatifs et ces émotions sont constitutifs de cette humeur.

Des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants ne sont ni suffisants ni nécessaires pour que l'on soit d'humeur dépressive. Ils ne sont pas suffisants car définir l'humeur dépressive comme une série de jugements ne permet pas de rendre compte de ses autres aspects essentiels, à savoir sa phénoménologie et ses manifestations corporelles et comportementales. Par exemple, je peux faire une série de jugements pessimistes sur mon avenir en entendant les nouvelles à la radio sans être d'humeur dépressive : cela n'est pas suffisant car en portant de tels jugements, je ne ressens pas nécessairement un état corporel altéré, de la fatigue, un éloignement de la réalité et une douleur psychique, tout autant que je ne suis pas nécessairement fatigué, et ralenti ou globalement démotivé, or ces manifestations de l'humeur dépressive sont exigées par le réquisit phénoménologique et le réquisit des manifestations corporelles et comportementales respectivement. Ces jugements ne sont donc pas suffisants pour constituer une humeur dépressive. Ils ne sont pas non plus nécessaires car inversement je peux être d'humeur dépressive sans porter de tels jugements : le réquisit des effets sur les états mentaux affirme seulement qu'elle nous dispose à de tels jugements, les favorise, ce qui ne veut pas dire qu'elle les cause nécessairement. Il peut exister des tableaux dépressifs ne faisant pas intervenir ce type de cognition négative. Puisque ces jugements ne sont ni nécessaires ni suffisants, ils ne sont pas constitutifs de cette humeur³⁰².

Il en est de même pour les émotions négatives auxquelles l'humeur dépressive nous dispose : je peux avoir une émotion de tristesse, puis une émotion de découragement, puis de l'anxiété, sans être d'humeur dépressive pour autant. De même je peux être d'humeur dépressive sans que cette humeur entraîne dans son cours l'une ou l'autre de ces émotions, puisqu'elle ne fait que me disposer à les avoir. Puisque l'humeur dépressive n'est pas une attitude corporelle évaluative, et que ni les jugements ni les émotions favorisés par cette

³⁰² Il suffit à première vue de montrer que ces jugements ne sont pas nécessaires pour montrer qu'ils ne sont pas constitutifs de l'humeur dépressive, mais montrer qu'ils ne sont pas suffisants permet de se protéger d'une objection qui serait qu'ils puissent l'être dans certains cas (des cas où il s'agirait d'une variante atypique de l'humeur dépressive).

humeur n'en sont constitutifs, cette humeur n'est pas en elle-même évaluative. Qu'elle puisse être causée par des évaluations, qu'il s'agisse d'émotions ou de jugements, ne veut pas dire qu'elle est elle-même évaluative : ce ne serait le cas que si elle évaluait quelque chose d'une manière ou d'une autre.

Troisièmement, les manifestations et effets de l'humeur dépressive sur le comportement et les actions ne sont pas comparables à ceux d'une émotion : une émotion se traduit en effet au niveau du comportement par une réaction corporelle typique, avec des manifestations expressives stéréotypées, et au niveau des actions par un programme d'actions, soit un ensemble d'actions déterminées en rapport avec son objet intentionnel. Or l'humeur dépressive se traduit parfois au niveau du comportement par du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation psychomotrice, et toujours par une baisse globale de motivation, ainsi qu'une conduite de renoncement à agir. Les effets de l'humeur dépressive sur le comportement et les actions ne sont donc pas, contrairement à ceux d'une émotion, d'agir d'une façon particulière. Frijda avait montré qu'une émotion est en partie constituée de la préparation du corps à un certain nombre d'actions déterminées : sa thèse est que cette composante motivationnelle est fondamentale dans une émotion, qu'il définit donc comme un programme de préparation à l'action, constitué par l'activation d'un ensemble spécifique de « tendances à l'action » (Frijda, 1986). Il définit alors les humeurs comme des « modes de préparation à l'action », c'est-à-dire des modes de fonctionnement d'un « système motivationnel » qui est le « système affectif », formé des fonctions psychologiques dont le rôle est d'évaluer en permanence l'environnement relativement aux tendances, préoccupations et besoins de l'organisme, pour le préparer à agir en vue de préserver ces derniers³⁰³ (Frijda, 1986). Autrement dit, une humeur favorise certains programmes d'actions, mais ne consiste pas en elle-même dans l'activation de tendances à l'action bien déterminées (Frijda, 1986, 1994). Par exemple une émotion de colère consiste dans l'activation d'un certain programme d'action, d'un certain

303 L'affectivité est ici représentée comme un système qui a pour inputs des stimuli sensoriels, constituant une information qu'il traite par des états cognitifs pour produire comme outputs l'activation de certaines « tendances à l'action », c'est-à-dire la préparation psychophysologique à telle ou telle action envers la situation qui a généré les stimuli traités. Un état de ce système est un ensemble d'évaluations (par des états cognitifs occurrents, éventuellement inconscients) de l'environnement relativement à ces tendances, besoins et préoccupations de l'organisme, et d'activations de « tendances à l'action » dans l'organisme visant à faire évoluer l'état environnemental pour le rapprocher d'un état permettant la réalisation de ces tendances, besoins ou préoccupations. Un tel état correspond à un état affectif réagissant à des facteurs environnementaux précis : c'est une émotion.

ensemble de tendances à l'action dans mon organisme : mon expression faciale se fait menaçante, mon corps est prêt à attaquer mon adversaire, mes muscles se tendent pour faire des gestes violents. Ce programme d'action s'active en réaction à une situation, grâce à des états cognitifs (croyances, jugements) qui évaluent cette situation comme une situation dans laquelle j'ai subi une offense contre laquelle je veux réagir. La mauvaise humeur consiste en revanche dans un mode de préparation à l'action, qui est un mode de fonctionnement spécifique de mon système affectif : un certain type de stimuli est davantage sélectionné, certaines réactions à certains stimuli sont potentialisées, de manière à produire préférentiellement, comme outputs, un certain type de programmes d'action, c'est-à-dire d'émotions, par exemple la colère. Un mode de préparation à l'action ne réagit pas à une situation déterminée, et ne s'accompagne pas d'une interprétation de la situation (Frijda 1986, p. 252) : cela rend compte du fait que l'humeur n'est pas dirigée vers une situation en particulier. L'humeur dépressive peut être envisagée comme un mode de préparation à l'action spécifique qui consisterait dans une désactivation générale des « tendances à l'action » : elle serait un cas-limite de mode de fonctionnement du système affectif, correspondant plutôt à une désactivation de celui-ci. Même sans adopter la thèse de Frijda selon laquelle les émotions et les humeurs de Frijda (1986) consistent le plus fondamentalement dans cette composante comportementale ou motivationnelle, elle me permet ici de mettre en évidence le fait que du point de vue de cette composante, l'humeur dépressive diffère fondamentalement des émotions, et même de la plupart des humeurs, puisqu'elle n'est pas un programme d'actions, et qu'elle est un cas-limite de mode de fonctionnement du système affectif.

Dans la mesure où l'intentionnalité envers un objet particulier, la dimension évaluative, et la mobilisation du corps envers un comportement et des actions déterminées sont des caractéristiques essentielles des émotions, le fait que l'humeur dépressive ne présente aucune des trois constitue un argument assez fort contre le fait de la considérer comme une émotion, même sans objet particulier, ce que pourraient être d'autres humeurs comme l'humeur triste, l'humeur découragée, ou encore l'humeur anxieuse. Dans le chapitre suivant je vais donc proposer une théorie de l'humeur dépressive qui envisage les humeurs comme un type *sui generis* d'état affectif. Avant de passer à ce nouveau chapitre, je vais ajouter trois remarques qui soutiennent la thèse selon laquelle il n'y a pas lieu de considérer l'humeur dépressive comme une émotion, même sans objet particulier.

Tout d'abord que s'il est vrai que différentes émotions, à savoir le découragement, la tristesse, l'anxiété peuvent survenir dans le cours d'une dépression, comme en témoigne bien le récit de Styron, pourquoi assimiler la dépression en elle-même à l'une de ces émotions plutôt qu'à une autre, et dès lors l'humeur dépressive à sa version sans objet particulier ? On peut admettre la position selon laquelle l'une de ces émotions, par exemple le découragement, serait dominante, centrale, dans la plupart des dépressions, et pourrait dès lors être considérée comme son état affectif paradigmatique. Ce serait une position analogue à celle qui considère le deuil comme étant une variante de la tristesse, car dès lors tout deuil est envisagé comme un épisode de cette émotion. La tristesse est alors définie comme l'émotion à propos d'une perte, et le deuil comme l'émotion plus spécifiquement à propos de la perte d'un être cher : c'est la position de Roberts (Roberts, 2003, p. 235-240) mais aussi Solomon (Solomon, 1976, p. 318; 357). Mais il y a là une assimilation métonymique d'un épisode affectif mettant en jeu nombre de processus et d'états psychologiques, à une émotion dominante parmi ces états psychologiques, ce qui prête à confusion : de même qu'il serait plus clair de continuer à parler de « tristesse » lorsque l'on se réfère à cette émotion dominante, même dans le cours d'un deuil, et de réserver le terme de « deuil » à l'épisode affectif dans son ensemble, il serait plus clair de parler de « découragement » lorsque l'on veut parler de cette émotion, même en tant que dominante ou centrale dans la dépression, et de réserver le terme de « dépression » à l'épisode dépressif dans son ensemble. Par conséquent l'humeur dépressive n'a pas nécessairement à être tenue pour la version sans objet de l'une ou l'autre de ces émotions.

Ajoutons que l'humeur dépressive n'est pas engendrée par un scénario typique comme les différents types d'émotions. L'humeur dépressive peut survenir à la suite d'événements adverses, de revers de fortune, de situations d'échec, par exemple dans la vie sentimentale ou professionnelle, de situations où l'on fait face à des difficultés sociales ou économiques insurmontables, de situations d'épuisement ou tout simplement d'ennui, d'insatisfaction dans une vie dans laquelle tout va bien en apparence. Au contraire chaque type d'émotion est associé à un scénario typique : la colère est engendrée par des situations où l'on a été offensé ou du moins mécontenté, la joie par des événements qui satisfont certaines aspirations que l'on a, la tristesse par une situation qui nous prive de quelque chose à quoi nous tenions, etc. Lorsque ces émotions se présentent sans objet particulier, ce même scénario se retrouve : par exemple une humeur irritable survient dans un contexte où l'on est mécontenté, même si elle n'est pas à propos d'une source de mécontentement particulière comme la colère.

Enfin rappelons que le fait que la dépression ne soit pas une émotion, ni l'humeur dépressive une émotion sans objet particulier, est assez clair dans la clinique car la dépression et donc son versant affectif propre l'humeur dépressive se caractérise plutôt par la disparition des émotions et par une relative inexpressivité émotionnelle, que ce soit en termes d'expérience subjective comme le montre la phénoménologie clinique (Aho, 2013; Englebert & Stanghellini, 2015; Fernandez, 2014a, 2014b; Fuchs, 2005; Ratcliffe, 2014; Svenaeus, 2013), ou de manifestations extérieures comme le montrent les approches cognitives en sciences cliniques (Joormann, 2010; Joormann & Gotlib, 2010; Mirabel-Sarron, 2012; Peeters et al., 2010; Rottenberg, 2005; Rottenberg et al., 2005).

Chapitre V : La théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive

Comme j'ai écarté la possibilité que l'humeur dépressive soit une émotion sous une forme diffuse, je me tourne à présent vers les théories des humeurs qui les définissent comme un type *sui generis* d'états affectifs, plutôt que comme un sous-type d'émotions avec un type spécifique d'objet intentionnel. Il existe alors deux grandes approches³⁰⁴ : l'approche « feeling » consiste à essayer de les définir uniquement par leur phénoménologie, et l'approche fonctionnaliste consiste à essayer de les définir par leur rôle fonctionnel (Siemer, 2009). L'approche « feeling » se traduit par des théories qui conçoivent les humeurs comme de purs états phénoménaux, consistant uniquement dans une phénoménologie affective distinctive : cela laisse inexplicé un aspect majeur qui est l'ensemble de leurs effets distinctifs sur les états mentaux, le comportement et les actions (Siemer, 2001, 2009). Une théorie fonctionnaliste se donne au contraire pour tâche de rendre principalement compte de cela, en définissant les humeurs par leur rôle fonctionnel, c'est-à-dire en termes de causes et d'effets à l'égard de stimuli, d'autres états mentaux, de comportements et d'actions. Une telle approche aboutit parfois à évacuer la phénoménologie des humeurs, en les concevant comme de pures dispositions (Siemer, 2009) ou encore comme des états fonctionnels « globaux », ou « d'ordre supérieur », qui consistent dans des ensembles d'états mentaux et d'actions (Griffiths, 1997, Chapitre 10). Mais une approche fonctionnaliste est également compatible avec une conception des humeurs comme des états affectifs occurrents, ayant une phénoménologie distinctive, qui peut entretenir des relations fonctionnelles avec le comportement, les actions et les états mentaux, relations modélisées comme des relations de cause à effet.

Dans un premier temps, je vais écarter l'approche « feeling » en montrant que l'humeur dépressive ne peut pas consister dans un pur état phénoménaux. Elle est un état affectif occurrent qui n'est dirigé vers rien en particulier, mais qui est intentionnel : sa phénoménologie affective est orientée à la fois vers le monde, vers le soi, et vers le corps, puisqu'elle associe le ressenti d'une distance au monde, celui d'une douleur morale qui concerne le soi, et celui d'un état corporel ; dans certains cas seul l'état corporel est ressenti.

³⁰⁴ Il y a donc trois grandes familles de théories des humeurs : intentionnalistes, « feeling » et fonctionnalistes.

Je vais considérer ces derniers cas comme des cas où cette humeur est inconsciente-P *en tant qu'humeur*, consistant dans un état corporel ressenti (conscient-P *en tant qu'état corporel*). Qu'est-ce qui nous permet alors d'identifier un tel état corporel à une humeur dépressive ? Je vais défendre que c'est le fait qu'il soit accompagné de manifestations et effets distinctifs de l'humeur dépressive non seulement au niveau du corps et du comportement, mais aussi au niveau des actions et des états mentaux. Je vais ainsi être conduite à adopter l'approche fonctionnaliste pour proposer une théorie de cette humeur qui la définit avant tout par ses effets sur les actions et les états mentaux.

Dans un second temps, je vais donc élaborer une théorie fonctionnaliste de l'humeur dépressive : la théorie des « croyances dépressives actives ». Cette théorie affirme que le principal effet distinctif de l'humeur dépressive est de recruter un certain type de croyances, des croyances dépressives, qui sont des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations. Que ces croyances soient recrutées, et rendues davantage susceptibles de se manifester (en causant certaines émotions, certains jugements et une certaine conduite), est ce que désigne la notion de croyances « actives », que je vais stipuler pour formuler cette théorie.

Dans un dernier temps, je vais m'opposer d'une part à la possibilité de définir l'humeur dépressive comme un type spécifique d'attitude intentionnelle³⁰⁵ en lui appliquant une théorie attitudinale des humeurs, et d'autre part à la possibilité de la définir par un type spécifique de contenu intentionnel dans le cadre d'une des théories « perceptuelles » des humeurs défendues dans la littérature.

1. L'humeur dépressive n'est pas un pur état phénoménal.

L'humeur dépressive étant un état affectif occurrent avec une phénoménologie distinctive, pourrait-elle être définie comme un pur état phénoménal, c'est-à-dire comme se réduisant à cette phénoménologie ? La thèse selon laquelle les humeurs seraient de purs états phénoménaux a été défendue par plusieurs auteurs. Je vais d'abord exposer cette thèse. Puis je

³⁰⁵ Une attitude intentionnelle ou un mode intentionnel est une relation de l'esprit à un objet ou contenu intentionnel : la croyance ou la perception sont des exemples d'attitudes intentionnelles ou modes intentionnels.

vais montrer qu'elle ne peut pas s'appliquer à l'humeur dépressive. Enfin je vais montrer que l'humeur dépressive peut être inconsciente-P et s'identifie alors à un état corporel accompagné de ses manifestations et effets distinctifs au niveau des états mentaux et des actions.

b. Exposition de la théorie du pur état phénoménal

La thèse selon laquelle les humeurs seraient de purs états phénoménaux est représentée dans la littérature principalement par Russell (Russell, 1980, 2003, 2009) en psychologie et, respectivement, Nussbaum (Nussbaum, 2003) et Roberts (Roberts, 2003) en philosophie.

- Russell définit les humeurs par un ressenti qu'il appelle « affect fondamental » avec une dimension de degré d'éveil et une dimension de valeur hédonique, dont les variations permettent de distinguer les types d'humeurs par un gradient (Russell, 1980, 2003, p. 148). Le degré d'éveil (« arousal ») est un état d'activation psychique plus ou moins élevé ; la valeur hédonique est le caractère plus ou moins agréable ou désagréable de l'état ressenti. Le modèle initial de Russell s'accompagne d'une représentation graphique qui lui permet de distinguer quatre états affectifs fondamentaux : le degré d'éveil étant représenté sur l'axe vertical et la valeur hédonique sur l'axe horizontal, il situe la dépression dans le quart sud-ouest du quadrant, avec un degré d'éveil bas et une valeur hédonique négative, l'excitation à l'opposé, avec un degré d'éveil élevé et une valeur hédonique positive, la « détresse », c'est-à-dire le stress ou l'anxiété, dans le quart nord-ouest, avec un degré d'éveil élevé et une valeur hédonique négative, et le « contentement », ou sérénité ou euphorie, à l'opposé, avec un degré d'éveil bas et une valeur hédonique positive (Russell 1980, p. 1164). Russell soutient que l'on pourrait différencier encore davantage d'humeurs par des différences de gradient au sein de ces régions.
- Nussbaum défend que les humeurs, contrairement aux émotions, n'ont pas de contenu intentionnel, et consistent donc uniquement dans leur phénoménologie distinctive (Nussbaum, 2003, Chapitre 2). De même, Roberts définit les humeurs comme des « caractères » de l'expérience consciente, comme les odeurs, c'est-à-dire qu'elles sont des ensembles de qualités phénoménales ou « qualia » mais n'ont pas de contenu

intentionnel notamment conceptuel (Roberts, 2003, Chapitre 2. 5.). L'un et l'autre les conçoivent donc comme de purs états phénoménaux, ces qualités phénoménales n'étant liées à aucun objet ou contenu intentionnel. Cette théorie peut-elle s'appliquer à l'humeur dépressive ?

c. Rejet de la théorie du pur état phénoménal

La théorie du pur état phénoménal rend bien compte de la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive comme n'étant pas liée à un objet particulier « perçu » par cet état affectif. Mais au vu du réquisit phénoménologique et du réquisit intentionnel que j'ai formulés pour une théorie de l'humeur dépressive, cette théorie ne peut pas s'appliquer à l'humeur dépressive. En effet d'après ces réquisits les différents aspects de la phénoménologie affective de cette humeur (les aspects corporels, le ressenti d'une distance au monde, la « douleur morale ») montrent qu'elle n'est pas un pur état phénoménal pour autant, un pur ressenti, mais qu'elle est au contraire intentionnelle, puisqu'elle est orientée, dirigée, vers le corps, le monde et le Soi.

- Premièrement, ses aspects corporels (ressenti d'une fatigue, d'un état corporel global altéré voire d'un état inflammatoire) consistent à percevoir (ou ressentir) un certain état du corps : ces aspects ne constituent donc pas un pur ressenti non intentionnel, mais un ressenti orienté, dirigé vers le corps.
- Deuxièmement la distance au monde n'est pas un aspect perceptuel de la présentation d'un objet particulier, d'autant plus qu'elle ne consiste pas à percevoir des qualités affectives particulières mais plutôt dans le ressenti d'une impossibilité de percevoir les qualités affectives du monde. Cependant ce ressenti est orienté vers le monde, il est dirigé vers le monde en ce sens.
- Troisièmement, la souffrance psychologique ou « douleur morale » se rapporte à soi, elle est donc orientée, dirigée vers le Soi.

Dans certains cas, seul l'état corporel est ressenti : l'humeur dépressive est inconsciente-P en tant qu'humeur et s'identifie à un état corporel ressenti (conscient-P en tant qu'état corporel). Elle reste alors intentionnelle car orientée vers le corps.

d. Le cas où la phénoménologie de l'humeur dépressive se réduit à ses aspects corporels : une humeur inconsciente-P en tant qu'humeur

J'ai considéré que l'humeur dépressive peut être inconsciente-P pour rendre compte des notions cliniques de « dépression masquée » et de tableau dépressif « comportemental », centré sur le ralentissement psychomoteur : ces notions s'appliquent à des tableaux cliniques où l'on peut diagnostiquer un état dépressif malgré l'absence de ressenti affectif. Ce sont donc des tableaux cliniques où des manifestations et effets distinctifs de l'humeur dépressive sont présents, au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux, bien que sa phénoménologie affective à proprement parler soit absente. Il s'agit donc de cas où la phénoménologie de l'humeur dépressive se réduit à ses aspects corporels, tandis que les autres aspects, notamment la douleur morale, sont absents.

En effet, d'après le réquisit des manifestations et effets de l'humeur dépressive au niveau du corps, du comportement et des actions, cette humeur a *toujours* des manifestations au niveau du corps, que celles-ci soit un état corporel global altéré voire inflammatoire, de la fatigue, ou des perturbations des fonctions végétatives. Ces manifestations traduisent dès lors un état corporel qui est toujours présent. Il y aurait donc d'une part des cas où cet état corporel serait ressenti parmi les autres aspects de la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive, et d'autre part des cas où seul cet état corporel serait ressenti. Les premiers sont des cas où l'humeur dépressive est consciente-P *en tant qu'humeur*, puisqu'elle se traduit notamment par de la douleur morale, une souffrance affective, et les seconds sont des cas où elle est inconsciente-P *en tant qu'humeur* et s'identifie à un état corporel conscient-P *en tant qu'état corporel*.

Lorsque l'humeur dépressive est à la fois consciente-P et consciente-A *en tant qu'humeur*, l'attention n'est pas davantage dirigée vers les aspects corporels de sa phénoménologie affective : l'état corporel sous-jacent (état corporel globalement altéré : état de fatigue, état inflammatoire...) est ressenti, perçu, parmi les autres aspects de cette phénoménologie (distance au monde, souffrance affective ou « douleur morale »), sans être au premier plan. En effet, si l'humeur est à la fois consciente-P et consciente-A, cela veut dire que l'on s'auto-attribue un état affectif à proprement parler, sur la base du ressenti de sa

phénoménologie affective distinctive, dont on ressent ensemble les différents aspects³⁰⁶. Si l'on dirigeait spécifiquement son attention sur les aspects corporels de cette phénoménologie distinctive, alors on s'auto-attribuerait un simple état corporel, donc on aurait un état corporel conscient-A³⁰⁷. Ce serait *a fortiori* le cas si l'on ne ressentait que les aspects corporels de la phénoménologie de l'humeur, donc dans le cas d'une humeur inconsciente-P *en tant qu'humeur* se présentant comme un état corporel conscient-P *en tant qu'état corporel*. Dans ce cas, nous pouvons cependant être amenés à identifier un tel état corporel ressenti à une humeur dépressive, dans un second temps, en remarquant qu'il s'accompagne des autres manifestations et effets de cette humeur : cela pourrait se produire dans le cadre d'un diagnostic d'état dépressif qui formulerait l'identification de cet état corporel conscient-P (et éventuellement conscient-A) à une humeur dépressive, initialement inconsciente-A, mais rendue ainsi consciente-A (tout en restant éventuellement inconsciente-P en tant qu'humeur si seuls les aspects corporels de sa phénoménologie demeurent ressentis et qu'elle se présente donc comme un état corporel ressenti, conscient-P).

Mais qu'est-ce qui justifie véritablement de considérer un simple état corporel ressenti comme une humeur dépressive, en l'absence des autres aspects de sa phénoménologie affective distinctive ?

306 L'article de Teroni sur ce point rappelle qu'un état corporel ressenti est un état affectif au sens minimal où il possède une valence négative, qui en est une propriété expérientielle (Teroni, 2019). Mais il ne possède pas une phénoménologie affective à proprement parler, aussi riche que celle des émotions et des humeurs. Dans le cas où la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive est ressentie, l'humeur dépressive étant consciente-P en tant qu'humeur, alors cela inclut notamment le ressenti d'une souffrance affective qui peut être de la « douleur morale ». Sa valence négative ne se réduit pas à celle de cet état corporel, pas plus que, comme le souligne Teroni, la valence d'une émotion ou d'une humeur en général ne se réduit à celle d'un état corporel, puisque l'on peut même avoir une émotion ou une humeur de valence inversée par rapport à celle d'un état corporel dont le ressenti est en partie constitutif de sa phénoménologie (Teroni, 2019). Les aspects corporels de la phénoménologie distinctive affective à proprement parler de l'humeur doivent plus généralement être limités par rapport aux autres aspects. Teroni souligne que la phénoménologie d'un état affectif qui n'est pas un simple état corporel ne contient que de façon contingente le ressenti de cet état corporel, et suivant un équilibre subtil avec ses autres aspects : en effet plus le ressenti d'un état corporel plaisant ou déplaisant est dominant, moins la phénoménologie est celle d'un état affectif qui n'est pas un simple état corporel (par exemple une émotion ou une humeur), puisque l'attention a alors plus de chance de se diriger vers le corps, et inversement (Teroni, 2019). Or si l'attention se dirige vers le corps, alors il s'agit d'un simple état corporel ressenti, alors que dans une émotion ou une humeur l'attention est dirigée ailleurs (vers l'objet de l'émotion, vers le monde dans le cas de l'humeur, par exemple), en même temps que l'état corporel est ressenti. Donc si l'humeur dépressive est consciente-P *en tant qu'humeur*, le ressenti de l'état corporel n'est pas au premier plan par rapport au ressenti de la distance au monde et de la valence affective négative ; si au contraire ce ressenti corporel devient dominant alors à la limite cette phénoménologie se confond avec un ressenti de cet état corporel, et alors l'humeur dépressive est elle-même cet état corporel ressenti, soit une humeur inconsciente-P en tant qu'humeur qui s'identifie à un état corporel conscient-P (en tant qu'état corporel).

307 On peut cependant considérer qu'il est douteux que cela soit possible car il peut notamment sembler douteux que l'on puisse ignorer la « douleur morale » si on la ressent (en concentrant son attention sur les aspects corporels de son état affectif).

C'est une objection qui pourrait être faite par un défenseur de la thèse du pur état phénoménal. En effet du point de vue de cette thèse, l'humeur dépressive se confond avec sa phénoménologie affective distinctive, donc l'humeur dépressive ne peut pas être inconsciente-P : les cas où un simple état corporel est ressenti, n'auraient pas lieu d'être tenus pour des instances d'humeur dépressive.

Je vais montrer par une expérience de pensée que la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive ne peut pas se présenter indépendamment de tout autre manifestation ou effet distinctif de cette humeur au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives ou des états mentaux. Or si l'humeur dépressive se réduisait à sa phénoménologie affective, elle pourrait au contraire se présenter éventuellement sans aucune autre manifestation. Cette humeur ne se réduit donc pas à sa phénoménologie affective. Inversement ce sont ces manifestations et effets distinctifs qui, lorsqu'ils accompagnent un certain état corporel ressenti, même non accompagné des autres aspects de la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive, permettent de l'identifier à cette humeur.

L'expérience de pensée à laquelle je vais avoir recours a été proposée par Fish (2005) : il transpose l'expérience de pensée de l'inversion du spectre des couleurs aux humeurs pour montrer qu'elles ne sont pas de purs états phénoménaux (Fish, 2005). Son raisonnement est le suivant : si les humeurs étaient de purs états phénoménaux, elles se réduiraient à une phénoménologie distinctive qui pourrait se présenter indépendamment de toute autre manifestation, mais comme ce n'est pas le cas, elles ne sont pas de purs états phénoménaux. Si les humeurs étaient de purs états phénoménaux, elles pourraient être interverties dans l'expérience subjective entre deux personnes sans que cela se remarque, comme c'est le cas des couleurs. Imaginons deux personnes dont certaines perceptions de couleurs seraient inversées : quand la personne A voit du rouge, la personne B voit du bleu et inversement. Cette inversion passerait inaperçue : ni un observateur extérieur, ni ces deux personnes elles-mêmes n'auraient de moyen de savoir qu'elles n'ont pas la même expérience phénoménale associée au même nom de couleur. On peut aller jusqu'à concevoir une inversion totale du spectre des couleurs entre deux individus qui resterait totalement indétectable. La conclusion de cette expérience de pensée est que la perception visuelle d'une couleur est un pur état phénoménal car elle peut se concevoir indépendamment de toute autre manifestation, qui rendrait une inversion détectable.

Au contraire pour les humeurs l'intuition est que si une personne était d'humeur gaie quand une autre personne est d'humeur irritée et inversement, ces deux personnes s'apercevraient qu'elles ne sont pas de la même humeur au même moment : cette intuition est celle selon laquelle une humeur ne saurait n'avoir aucune manifestation au niveau du corps, du comportement et des actions, ni aucun effet sur les fonctions cognitives ou les états mentaux. La conclusion de Fish³⁰⁸ (2005) est qu'elle ne saurait donc se réduire à une phénoménologie affective, être un pur état phénoménal.

Au chapitre précédent j'ai justement distingué l'humeur dépressive de l'humeur triste et de l'humeur découragée, ou abattue, tant du point de vue de leur phénoménologie que du point de vue de leurs manifestations et effets au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux. L'expérience de pensée de Fish (2005) permet de voir que ces humeurs en particulier ne peuvent se concevoir indépendamment de ces manifestations, donc se réduire à leurs phénoménologies affectives respectives.

L'humeur dépressive se traduit toujours par un certain état corporel (fatigue, état corporel globalement altéré pouvant aller jusqu'à un état inflammatoire, perturbations végétatives). Cet état corporel peut rendre compte de la baisse de motivation par laquelle cette humeur se manifeste aussi toujours, ainsi que de ses autres manifestations comportementales (symptômes psychomoteurs) lorsqu'elle en a. Mais de plus, cette humeur a également des manifestations et effets sur les états mentaux et les actions qui sont toujours présents : la baisse globale des désirs, la baisse globale des émotions, la conduite de renoncement à agir

308 Fish définit alors les humeurs comme des « modifications caractéristiques de nos modes d'engagement intentionnel existants (perceptuels /conceptuels) » qui sont plus précisément les modes intentionnels par lesquels « le monde est donné à l'esprit d'une certaine manière » (Fish, 2005, p. 30). Les « modes intentionnels » ou « attitudes intentionnelles » sont un certain type de relation de l'esprit à des objets ou contenus intentionnels. D'après cette théorie, l'humeur dépressive consisterait dans une modulation qualitative d'un certain nombre de modes intentionnels : elle consisterait à percevoir le monde « dépressivement ». Dire qu'une humeur est une modulation qualitative d'un certain nombre de modes intentionnels, correspond à une théorie des humeurs adverbialiste, comme celle qu'il a défendue ensuite à propos de la perception (Fish, 2010). Cependant Fish désigne ces modes intentionnels comme ceux par lesquels « le monde est donné à l'esprit d'une certaine manière » : il les limite donc à des modes intentionnels de direction d'ajustement de l'esprit vers le monde, par exemple des perceptions ou des croyances, qui représentent respectivement non conceptuellement et conceptuellement le monde. L'humeur dépressive ne devrait donc pas avoir d'effet sur les modes intentionnels qui ont une direction opposée, du monde vers l'esprit, comme les désirs. Cette théorie échoue donc à remplir le réquisit des manifestations de l'humeur dépressive au niveau des actions d'une part, et au niveau des états mentaux d'autre part, car ces deux réquisits prévoient qu'elle se manifeste par une baisse globale de la motivation, une disparition des désirs. Mais nous pouvons retenir de la position de Fish sa conclusion négative à propos de la possibilité d'une théorie des humeurs dans laquelle celles-ci consisteraient fondamentalement dans une phénoménologie distinctive : c'est parce que la phénoménologie de l'humeur dépressive est inséparable de manifestations, qu'elles soient uniquement ses manifestations corporelles, une baisse des actions et une baisse de la motivation (des désirs) et des émotions, ou qu'elles incluent également des manifestations au niveau du comportement, et des émotions et jugements spécifiques.

par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation. A cela s'ajoutent des effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux, qui ne sont pas toujours présents : une altération des fonctions cognitives, des émotions spécifiques (tristesse, découragement, anxiété) et des jugements spécifiques (pessimisme, défaitisme, auto-dévalorisation). Ces manifestations et effets étant distinctifs de l'humeur dépressive, alors si le type d'état corporel en question (fatigue, état corporel globalement altéré voire état inflammatoire, perturbations végétatives) se présente accompagné de ces manifestations et effets, nous sommes fondés à le considérer comme une instance d'humeur dépressive. Ainsi, lorsqu'un tel état corporel est ressenti, il peut être identifié à une humeur dépressive s'il s'accompagne de ces manifestations et effets distinctifs, même s'il ne s'accompagne pas du ressenti des autres aspects de la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive. Plus précisément, il faut que cet état corporel ressenti soit accompagné des manifestations et effets sur les états mentaux toujours associés à l'humeur dépressive : la baisse globale de la motivation et des désirs, la baisse globale des émotions, la conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation.

Par conséquent, c'est une théorie fonctionnaliste que nous devons adopter pour rendre compte de l'humeur dépressive : une telle théorie permet de définir l'humeur dépressive à partir de ses effets distinctifs sur les états mentaux et les actions.

2. La théorie fonctionnaliste des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive

La principale théorie fonctionnaliste générale des humeurs est celle de Griffiths (1997). Je vais la présenter en montrant qu'elle pourrait s'appliquer à l'humeur dépressive en particulier, en remplissant correctement les réquisits que je me suis donnés pour une théorie de cette humeur, sauf le réquisit phénoménologique. Je vais donc proposer une théorie fonctionnaliste alternative pour l'humeur dépressive, qui va tenir compte de sa phénoménologie affective distinctive, tout en cherchant à la définir par ses effets distinctifs en termes de stimuli, d'états mentaux, d'actions et de comportements. Je vais montrer que les causes de l'humeur dépressive, comme pour la plupart des humeurs, sont multiples et non spécifiques. En revanche elle peut se définir par ses effets distinctifs, en particulier un effet

central qui est de recruter des croyances dépressives et de les rendre davantage susceptibles de se manifester au niveau de la conduite et des états mentaux. En stipulant la notion de « croyances actives » pour désigner le fait que cette humeur recrute ces croyances et les pousse à se manifester en causant des émotions, des jugements, et des actions, je proposerai ainsi la théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive. Enfin je mettrai en avant certains avantages de cette théorie.

a. La théorie fonctionnaliste des humeurs de Griffiths (1997)

Griffiths a défendu une théorie fonctionnaliste des humeurs³⁰⁹, élaborée à partir de trois humeurs prototypiques qui sont l'anxiété, l'euphorie et l'humeur dépressive (Griffiths, 1997, Chapitre 10). Il définit ces humeurs comme des états fonctionnels, qui sont des « états d'ordre supérieur » : ils causent des changements globaux dans les propensions à avoir un certain type d'états fonctionnels, en réponse à des stimuli, de sorte qu'ils déterminent « un ensemble de descriptions fonctionnelles de niveau inférieur instanciées par la personne³¹⁰ (Griffiths, 1997, p. 253). La théorie de Griffiths (1997) revient donc à affirmer qu'une humeur peut être définie par ses effets distinctifs sur les états mentaux, c'est-à-dire le type d'états mentaux qu'elle favorise.

309 Griffiths distingue trois niveaux explicatifs où l'on peut se placer pour définir les états psychologiques : le niveau écologique qui est celui des interactions entre un organisme et l'environnement, où les états psychologiques sont définis par leur fonction adaptative ou évolutive ; le niveau fonctionnel qui est celui des interactions entre les stimuli, les états psychologiques et le comportement, niveau où un état psychologique est défini par son rôle fonctionnel, c'est-à-dire ses relations de cause à effet avec des stimuli, d'autres états psychologiques et des comportements ; le niveau de l'implémentation, celui des mécanismes physiques ou physiologiques permettant l'accomplissement de ce rôle fonctionnel, où un état psychologique est donc défini par ses corrélats (neuro)physiologiques (Griffiths, 1997). Griffiths définit les humeurs au niveau fonctionnel car d'une part on ne disposerait pas de données scientifiques suffisantes pour se prononcer sur leur fonction adaptative, et d'autre part on commencerait à connaître les états neurophysiologiques qui les sous-tendent mais sans les avoir suffisamment caractérisés pour les définir par ces derniers (Griffiths, 1997, chapitre 10). Au niveau fonctionnel, il rejette la thèse selon laquelle une humeur donnée serait une disposition à avoir une émotion donnée, pour trois raisons : premièrement une humeur peut ne pas causer d'émotion et influencer directement la conduite ; deuxièmement une même humeur peut causer différents types d'émotions ; troisièmement, une humeur donnée peut être causée par une émotion qu'elle est elle-même susceptible de causer, ce qui n'est pas possible dans le cas d'une disposition et de ce qu'elle cause lorsqu'elle se manifeste (Griffiths, 1997, chapitre 10).

310 *"I suggest that moods are states with certain highly salient properties for the purposes of psychological theory at the computational level. They cause global changes in propensities to occupy other states and to respond to stimuli. The salience of these effects gives utility to a model in which moods are higher-order states which determine which of a range of lower-order functional descriptions the person occupies."* (Griffiths, 1997, p. 253).

De plus, ces états fonctionnels d'ordre supérieur, sont « déviants » parce que les changements de propensions à avoir un certain type de pensées et d'émotions dans lesquels ils consistent, confèrent à l'individu un fonctionnement mental global qui n'est pas son fonctionnement habituel : la « description fonctionnelle » d'une personne déprimée, serait significativement différente, « déviante », par rapport à la description traduisant son « caractère normal » :

« Une personne peut réaliser diverses descriptions fonctionnelles. Une telle description, ou plus vraisemblablement un ensemble d'entre elles, est le modèle fonctionnel normal des personnes. Le caractère normal d'un individu est une approximation de l'une de ces descriptions. Le modèle alternatif d'une personne déprimée est une déviation significative par rapport au modèle normal (ou aux modèles normaux). Une compréhension globale des personnes met en jeu un certain nombre de modèles fonctionnels liés à un modèle de plus haut niveau. Ce modèle de plus haut niveau est la théorie des humeurs. Cette théorie relie différents types d'inputs à des outputs qui consistent dans le fait que l'état global de la personne corresponde à l'une des descriptions fonctionnelles variées de premier niveau. » (Griffiths, 1997, p. 251)³¹¹

Une « description fonctionnelle » globale d'une personne serait une description de l'ensemble de ses états psychologiques et des relations qu'ils entretiennent entre eux, avec certains stimuli, et avec les actions ou la conduite – relations présentées, dans un tel modèle fonctionnel, comme des relations de cause à effet. Griffiths (1997) envisage les humeurs, par exemple l'humeur dépressive, comme des descriptions fonctionnelles alternatives, déviantes, par rapport à la description fonctionnelle normale d'une personne, cette dernière correspondant à son « caractère normal ». Il les envisage donc comme des états fonctionnels globaux déviants au sens où elles se traduiraient par le fait que la personne possède un ensemble d'états psychologiques d'un certain type, entretenant un certain type de relations fonctionnelles entre eux, avec certains stimuli et avec les actions ou la conduite, qui ne correspond pas au type d'états psychologiques qu'elle entretient habituellement. Une humeur peut dès lors être définie en termes fonctionnels par ce qui la cause d'une part (stimuli), et d'autre part ses effets distinctifs sur les états mentaux et la conduite, c'est-à-dire le type d'états mentaux, et d'actions ou de conduite, et de relations entre ces états mentaux et cette conduite, qu'elle cause. Une théorie des humeurs doit alors selon Griffiths (1997) relier des

311 “[...] a person is capable of realizing a number of functional descriptions. One such description, or more likely a set of them, is the normal functional model of persons. The normal character of an individual is an approximation to one of these descriptions. The alternative model of a person who is known to be depressed is a significant deviation from the normal model(s). An overall understanding of persons involves a number of functional models nested with a higher level model. That higher level model is the theory of moods. This theory relates various kinds of inputs to outputs consisting of the person's fulfilling one of the various first level functional descriptions within their overall capacity.” (Griffiths 1997, p. 251)

« inputs » à des « outputs » qui consistent dans des descriptions fonctionnelles globales de la personne : autrement dit, une telle théorie doit donner une définition fonctionnaliste de chaque type d'humeur par ses causes typiques et le type spécifique d'états mentaux, et d'actions ou de conduite, et de relations entre ces états mentaux et cette conduite, qu'elle cause. Par exemple l'humeur dépressive serait définie par ses causes typiques (stimuli), et ses effets distinctifs qui seraient de favoriser un certain type d'états mentaux (certaines émotions, certains jugements), entretenant un certain type de relations fonctionnelles, par exemple des relations circulaires (cercles vicieux) entre eux et avec des actions ou une conduite d'un certain type.

Griffiths (1997) ajoute que certaines humeurs se traduisent directement par un certain type de comportement ou de conduite (« patterns of behavior »), sans nécessairement faire intervenir d'émotions :

*« Les humeurs peuvent causer des structures de comportement immédiatement tout autant que via la médiation d'émotions. Un changement d'humeur altère la description fonctionnelle globale d'une personne et cela consiste en partie dans le fait que dans certaines circonstances, des structures de comportement caractéristiques de cette humeur vont émerger. »*³¹² (Griffiths, 1997, p. 251)

Griffiths (1997) affirme donc que la description fonctionnelle globale de la personne dans laquelle consiste la caractérisation des effets distinctifs d'une humeur ne comporte pas nécessairement d'émotions occurrentes mais peut consister uniquement dans une certaine conduite (« caractéristique », donc « distinctive », de cette humeur).

Dans cette théorie, comme une humeur est un état fonctionnel « d'ordre supérieur », elle est définie par des états psychologiques et une conduite par lesquels elle se traduit. Elle n'a donc pas de phénoménologie affective distinctive, même si elle favorise des états affectifs (émotions) qui en ont une : de fait Griffiths reconnaît que sa théorie a pour conséquence qu'une humeur puisse ne pas avoir de phénoménologie affective du tout (dans le cas où elle ne cause pas d'émotion occurrente), étant prêt à admettre que cela puisse constituer une

³¹² “Moods can now cause new patterns of behavior immediately, as well as via the mediation of emotions. A change of mood alters the overall functional description of a person and as part of this it may directly bring it about that under certain circumstances patterns of behaviors characteristic of that mood will arise.” (Griffiths, 1997, p. 251)

révision du concept par rapport au sens qu'il possède pour la psychologie populaire³¹³ (Griffiths, 1989, 1997, Chapitre 10).

Griffiths ne spécifie pas cette théorie fonctionnaliste générale pour l'humeur dépressive en particulier. D'après la caractérisation que j'en ai faite, cela reviendrait à la définir comme consistant dans une conduite de renoncement à agir et dans des états mentaux (notamment des émotions de tristesse, de découragement, d'anxiété, parfois de culpabilité, et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants), entretenant certaines relations causales entre eux et avec cette conduite. L'humeur n'aurait pas en elle-même de phénoménologie distinctive : cette théorie contredit donc le réquisit phénoménologique que j'ai formulé pour une théorie de l'humeur dépressive. Je vais donc maintenant élaborer une théorie fonctionnaliste alternative de l'humeur dépressive, qui va la définir par ses effets distinctifs sur les états mentaux et les actions, tout en tenant compte de sa phénoménologie affective distinctive. Cette théorie va laisser de côté les causes de l'humeur dépressive car celles-ci sont multiples et non spécifiques, et la définir par ses effets distinctifs sur les états mentaux et la conduite.

b. Les causes de l'humeur dépressive : multiples et non spécifiques

Les causes des humeurs en général sont multiples et non spécifiques : ce sont des causes exogènes comme un événement positif ou négatif, une expérience émotionnelle, le souvenir ou l'imagination d'une expérience émotionnelle, mais aussi des causes endogènes qui sont des variations physiologiques imperceptibles, concomitantes des changements affectifs et cognitifs qui se produisent dans une humeur et qui concernent par exemple les

³¹³ Selon Griffiths, sa théorie fonctionnaliste des humeurs sera validée (et conduira donc à une révision partielle du concept courant, vernaculaire, d'humeur) si les états neurophysiologiques que la science caractérisera comme corrélats des humeurs s'avèrent bien être susceptibles de susciter des états fonctionnels ayant les propriétés requises par cette théorie. Selon lui ce résultat futur est probable vu les résultats scientifiques déjà disponibles (Griffiths, 1997, p. 253-257). "*Results [...] make it plausible to suggest that moods are neurochemical states, which act to modify the activity of broad areas of the central nervous system. If this is how the neuroscientific picture turns out, then their action would be precisely to modify the probability of transitions between a given input, internal states, and outputs. Very simple, suppose that under certain conditions, the presentation of a spider has a high probability of triggering the fear affect program. The effect of depression would be to inhibit the depolarization of neurons in the pathway subserving that response and thus to alter the transition probability between the presentation and the fear response. The implementation level descriptions of moods explain why moods function like higher-order states.*" (Griffiths, 1997, pp. 255-256).

amines biogènes, le cortisol, la thyroïde, les opiacés endogènes... (Morris, 2012). Toutes ces causes apparaissent comme des conditions antécédentes d'une humeur, dont il semble difficile de déterminer laquelle ou lesquelles ont été déterminantes pour une humeur donnée (Beedie et al., 2005).

Dans un certain nombre de cas, il est probable qu'une humeur dépressive soit causée, engendrée, par la formation de croyances dépressives, c'est-à-dire pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisantes. L'évaluation d'un certain événement, via la formation d'un jugement ou d'une certaine expérience émotionnelle, peut conduire à la formation de telles croyances, éventuellement de manière inconsciente-A. Les états mentaux que l'humeur dépressive favorise spécifiquement sont des émotions et des jugements dont nous avons vu qu'ils sont à chaque fois également susceptibles de l'induire. Ces émotions sont la tristesse, qui répond à une perte, le découragement, qui envisage le futur en termes d'absence de perspectives pourvoyeuses d'entrain et d'intérêt, et l'anxiété, qui porte sur des éventualités futures aversives probables. Ces jugements sont des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants. Ce sont donc des émotions et des jugements qui conduisent à la formation de croyances dépressives, c'est-à-dire combinant pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation. Ainsi ce serait la formation de telles croyances qui engendrerait une humeur dépressive dans les contextes où celle-ci est induite par de telles émotions ou de tels jugements. C'est ce qu'ont affirmé historiquement le modèle cognitif de Beck (1979, 2017b) et les modèles cognitifs et comportementaux de Seligman et Abramson (Abramson et al., 1978, 1989, 1995; Alloy et al., 1988; Seligman et al., 1979; Seligman, 1975). Le modèle de Beck explique la dépression par la formation de croyances dépressives erronées, et les modèles cognitifs et comportementaux de Seligman et Abramson expliquent la dépression par la formation de croyances dépressives suite à une série d'événements incontrôlables, ou d'échecs répétés attribués à des causes qui rendent l'action individuelle vaine. La formation de ces croyances entraîne l'humeur dépressive³¹⁴, et, par une cascade d'autres conséquences, un état dépressif plus global, une dépression.

Cependant, si ces modèles cognitifs et comportementaux historiques ne se sont pas imposés, c'est que l'explication étiologique qu'ils en donnent n'est pas universelle : autrement dit la dépression, et en premier lieu l'humeur dépressive, ne sont pas nécessairement causées,

³¹⁴ Ou plus généralement le versant affectif de la dépression qu'ils conçoivent tout autant en termes d'émotions négatives que d'une humeur dépressive.

engendrées, par la formation de croyances dépressives³¹⁵. Les causes de l'humeur dépressive, comme pour les autres humeurs, sont diverses et variées et il est difficile d'en établir une liste exhaustive : le volume qui présente l'avancée des recherches scientifiques sur le passage « de l'humeur normale à la dépression » recense des « conséquences » des « états d'humeur » (humeur dépressive ou maniaque) mais pas leurs « causes » : il en recense seulement onze « prédicteurs » : les croyances dépressives, désignées par la « triade cognitive de Beck », les addictions, l'âge et les cycles biologiques, l'entraînement sportif et l'exercice physique, les gènes de prédisposition, la personnalité, le sommeil, le stress perçu et le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, certains traitements médicamenteux, certains traitements non médicamenteux (Laurent & Vandel, 2016, p. 309). D'après ma caractérisation de l'humeur dépressive, elle peut être causée par certaines émotions (tristesse, découragement, anxiété...), par certaines cognitions (jugements pessimistes, défaitistes, autodévalorisants), mais aussi favorisée par certains états corporels (fatigue, état inflammatoire...). Je vais donc admettre que l'humeur dépressive a des causes multiples et non spécifiques qui peuvent notamment inclure aussi bien des états mentaux (émotions, jugements, conduisant éventuellement à la formation de certaines croyances), que des variations biologiques endogènes, et chercher plutôt à la définir par ses effets distinctifs.

c. Les effets de l'humeur dépressive : elle recrute des croyances dépressives.

L'humeur dépressive se manifeste toujours par une baisse globale de la motivation et des désirs et a aussi toujours pour effets de susciter une baisse globale des émotions, et une conduite de renoncement à agir³¹⁶. Elle a pour effets non systématiques de favoriser certaines émotions spécifiques (la tristesse, le découragement, l'anxiété, la honte et la culpabilité), et certains jugements spécifiques (pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants). Je vais montrer que pour rendre compte de ces différents effets, il convient de faire intervenir des croyances,

³¹⁵ La théorie du désespoir d'Abramson ne prétendait d'ailleurs explicitement s'appliquer qu'à un sous-type de dépression, spécifiquement engendré par la formation des croyances pessimistes, défaitistes et parfois auto-dévalorisantes constitutives du « désespoir » tel que le conçoit Abramson, en tant que système d'attentes, d'anticipations (Abramson et al., 1989, 1995).

³¹⁶ Rappelons que la baisse de la motivation et des désirs et la conduite de renoncement à agir concourent à se traduire cliniquement par la suspension de l'action volontaire (puisque celle-ci, l'aboulie, résulte à la fois de cette conduite, de la perte d'intérêt et de plaisir ou anhédonie, et de la perte de motivation en partie reflétée par une anhédonie de motivation qui correspond à une baisse des désirs).

plus précisément des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité que l'on aurait d'obtenir la réalisation d'un état futur qui satisferait nos aspirations, même sans représentation claire de cet état futur : par le pessimisme, on envisage qu'un tel état futur n'a pas de chance de se réaliser, par le défaitisme on envisage toute action qui chercherait à l'obtenir comme vaine, et par l'auto-dévalorisation on se tient pour incapable d'atteindre un tel état futur en raison de ses propres défaillances. Ce sont ces croyances que l'on peut appeler « croyances dépressives ».

Les émotions et les jugements spécifiquement favorisés par l'humeur dépressive manifestent en effet de telles croyances, comme je l'ai souligné en exposant la thèse des modèles cognitifs et comportementaux selon laquelle la dépression serait engendrée par la formation de ces croyances. De fait si l'on est attentif au type de croyances qui expliquent à la fois que l'on se sente triste, découragé, ou anxieux, et que l'on porte des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, il doit s'agir de croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes, qui se rapportent spécifiquement aux perspectives futures : ce sont en effet ces perspectives que la tristesse, le découragement et l'anxiété envisagent comme mauvaises, de différentes manières. Plus précisément ces trois émotions concourent à envisager ces perspectives futures du point de vue de l'impossibilité de la réalisation d'un état futur qui satisferait les aspirations de la personne. De plus la conduite dépressive de renoncement à agir est plus spécifiquement un renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation, comme je l'ai souligné au chapitre précédent pour distinguer l'humeur dépressive de la tristesse et du découragement. Ainsi, l'ensemble des effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux et la conduite révèle que son effet systématique distinctif le plus central est de recruter des croyances dépressives et de les pousser à se manifester en causant ces émotions, ces jugements, et cette conduite de renoncement à agir, ces croyances étant des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'obtenir la réalisation d'un état futur qui satisferait nos aspirations. Quels sont les arguments qui me permettent d'affirmer cela ?

Premièrement les émotions et les jugements favorisés par l'humeur dépressive manifestent de telles croyances : cela suggère que ces croyances sont recrutées et rendues davantage susceptibles de se manifester par cette humeur. En effet ces émotions sont la tristesse, l'anxiété et le découragement, ainsi que la honte et la culpabilité : de telles émotions supposent que l'on entretient des croyances par lesquelles on se représente comme privé de choses auxquelles on tenait, comme risquant de voir advenir des perspectives futures

aversives, comme privé de perspective future pourvoyeuse d'entrain et d'intérêt, comme inférieur à certains standards globaux ou spécifiquement moraux. Ces émotions manifestent donc des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'obtenir la réalisation d'un état futur qui satisferait ses aspirations : elles sont causées par de telles croyances. Pour les jugements cela est encore plus évident puisqu'il s'agit de jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants : ces jugements manifestent clairement de telles croyances, sont causés par elles. Cependant cela est encore insuffisant pour conclure que cette humeur a pour rôle fonctionnel de recruter de telles croyances et de les pousser à se manifester, en causant ces émotions et ces jugements : en effet ces émotions et ces jugements ne sont pas des effets systématiques de l'humeur dépressive. La caractérisation clinique de l'humeur dépressive a montré qu'elle ne s'accompagne pas nécessairement d'émotions et de cognitions spécifiques mais parfois uniquement d'une certaine conduite, ce que Griffiths (1997, chapitre 10) souligne également.

Mon deuxième argument est dès lors que cette conduite, qui en revanche est un effet systématique, toujours présent, de l'humeur dépressive, est également guidée par de telles croyances : cela veut dire qu'elle les manifeste. Je pourrai en conclure que l'humeur dépressive a bien pour effet systématique de recruter ces croyances et de les pousser à se manifester, par cette conduite et parfois aussi en causant des émotions et des jugements spécifiques. Pour bien montrer que l'humeur dépressive a pour effet systématique de susciter une telle conduite, je dois montrer qu'il ne s'agit pas d'une simple baisse d'activité traduisant une simple baisse globale de motivation, mais bien d'un renoncement à agir qui est motivé par des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations. Je vais avancer trois arguments, que je détaillerai ensuite l'un après l'autre.

- Le premier est que le fait clinique selon lequel l'aboulie dépressive, la suspension de l'action volontaire observée dans la dépression, traduit au moins en partie une conduite de renoncement à agir motivée par de telles croyances a été mis en évidence par les modèles comportementaux et cognitifs de la dépression. Si de tels modèles ne peuvent pas s'appliquer à tous les cas de dépression, c'est parce qu'ils affirment que ces croyances causent la dépression, ce qui n'est pas toujours le cas (celle-ci pouvant être induite par une humeur dépressive ayant eu d'autres causes). Mais leur point de départ clinique, qui consiste dans la mise en évidence d'une conduite dépressive résultant d'un rôle causal de ces croyances, n'a pas à être remis en question.

- Un second argument en faveur de la thèse selon laquelle l'humeur dépressive a pour effet systématique de recruter des croyances dépressives et de les pousser à se manifester va m'être fourni par une expérience de pensée : celle-ci aura pour but de montrer que ce qui distingue la dépression d'une simple baisse de motivation, c'est précisément que la dépression se traduit par une conduite qui s'explique par de telles croyances, contrairement à une simple baisse de motivation.
- Mon troisième argument sera que l'humeur dépressive, qui se traduit toujours par une baisse des désirs, joue un rôle fonctionnel analogue à celui que jouent habituellement les désirs à l'égard de la conduite, qui est précisément de recruter les croyances qui vont guider les actions : je vais montrer que l'on peut concevoir son rôle causal à l'égard des croyances et de la conduite qu'elles expliquent (en l'occurrence une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation) par analogie avec celui des désirs.

i. Les modèles cognitifs et comportementaux de la dépression partent du constat clinique de manifestations de croyances dépressives.

Les modèles cognitifs et comportementaux de la dépression affirment que celle-ci est causée par la formation de croyances dépressives. Celle-ci entraînerait notamment en premier lieu l'humeur dépressive. Cette thèse est discutable, ce qui empêche ces modèles de s'imposer totalement. Cependant, ils la formulent à partir d'un constat clinique qui quant à lui n'est pas contestable : le constat suivant lequel la conduite ainsi que les émotions et cognitions d'une personne dépressive manifestent des croyances dépressives. Cela permet d'affirmer que de telles croyances sont nécessairement présentes dans un état dépressif.

En effet Beck dit qu'elles sont les « règles » mentales de la conduite de renoncement à agir qui caractérise la dépression, et s'y manifestent aussi par les jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, et les émotions négatives (Beck, 2017b). Seligman explique le « comportement dépressif » de suspension de l'action volontaire, comme une « impuissance apprise » qui est conduite de renoncement à agir en raison de la croyance selon laquelle l'action est futile, vaine car vouée à l'échec (Seligman, 1975, p. 93) : plus

généralement Seligman montre donc que des croyances dépressives expliquent la suspension de l'action volontaire comme une telle conduite de renoncement à agir – tout en défendant la thèse selon laquelle ces croyances ont été formées à la suite de l'interprétation d'une série d'événements comme incontrôlables, comme prouvant l'impossibilité de contrôler les facteurs par lesquels on pourrait obtenir ce que l'on veut (Seligman, 1975, Chapitre 5). La reformulation de cette théorie avec Abramson insiste sur le fait que les événements incontrôlables successifs doivent être attribués à un certain type de causes, stables et globales, pour motiver cette conduite, ce qui revient à insister sur le rôle des croyances dépressives en les spécifiant (Abramson et al., 1978; Seligman et al., 1979). Enfin, la « théorie du désespoir » d'Abramson explique la dépression comme étant causée par une situation de découragement extrême ou désespoir, dans laquelle on a formé, à la suite d'une série d'événements incontrôlables dont l'issue a été négative, des croyances selon lesquelles nos actions individuelles sont vouées à échouer ; dans les cas où l'on s'attribue la responsabilité de ces échecs, on peut également avoir formé des croyances auto-dévalorisantes (Abramson et al., 1989, 1995; Alloy et al., 1988). Ces trois grands modèles historiques, et à leur suite les autres modèles cognitifs et comportementaux, partent du fait clinique selon lequel le versant comportemental de la dépression traduit en fait au moins en partie une conduite, un renoncement à agir qui s'explique par des croyances dépressives.

ii. L'expérience de pensée distinguant la conduite dépressive d'une simple baisse d'activité

Imaginons le cas d'une personne qui présente une baisse d'activité et montrons qu'elle ne serait pas considérée comme déprimée ou dépressive. Au contraire ce serait le cas d'une personne présentant une baisse d'actions volontaires qui s'expliquerait en termes d'intentionnalité par des croyances dépressives, comme une conduite de renoncement à agir en raison de ces croyances.

Une baisse de motivation peut se rencontrer de façon plus ou moins durable chez des personnes qui prennent conscience que leurs aspirations ont évolué et qu'elles voudraient changer de vie. Ces personnes peuvent traverser une période de doute, de crise existentielle, et en sortir en parvenant à se désengager de ce dont elles ont perdu le goût ou l'intérêt ; mais

avant cela, leur crise peut se traduire par une baisse de motivation globale, un manque de motivation à faire tout ce qu'elles ont à faire dans leur quotidien, jusqu'à ce qu'elles prennent conscience que leur désaffection est définitive et qu'il convient de réorienter leur vie. Par exemple on peut facilement imaginer le cas d'une personne qui prend peu à peu conscience qu'elle n'aime plus son conjoint ou son travail et veut quitter l'un ou l'autre, ou les deux ; cette personne peut traverser une période où il lui devient contraignant de faire ce qu'elle a à faire car elle en a perdu l'envie, sa baisse de motivation pouvant aller jusqu'à l'abandon progressif de certaines activités. Cette personne ressent globalement moins de motivation à faire exister sa relation amoureuse ou à exercer sa profession. Nous considérerions une telle personne comme ennuyée, lassée, démotivée, désabusée, mais pas déprimée.

Nous ne la considérerions comme déprimée, ou d'humeur dépressive, que si nous nous expliquions sa baisse d'activité plutôt comme un renoncement progressif s'expliquant par le fait qu'elle nourrisse des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes à propos de la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations. Dans ce dernier cas, nous serions probablement inquiets pour elle à l'idée qu'elle ne sombre véritablement dans la dépression. A l'inverse, si nous ne lui prêtons pas de telles croyances, nous nous attendrions seulement à ce qu'au bout d'un certain temps, cette personne finisse par réorienter sa vie, en se découvrant de nouveaux buts, amoureux, professionnels ou autres, et retrouve alors sa pleine motivation à agir. Cela pourrait s'accompagner d'un intense travail cognitif, d'une réflexion approfondie pour prendre conscience de ses doutes puis délibérer sur ce qu'il convient de faire, réflexion susceptible de tourner par moments à la rumination, tout autant que de s'accompagner d'émotions négatives, comme de l'anxiété ou de la tristesse et parfois du découragement. Que ces cognitions et ces émotions accompagnent ou non sa baisse globale de motivation, une telle personne ne traverse pas pour autant nécessairement un épisode dépressif. En revanche, si elle manifeste un état affectif occurrent se traduisant par de la fatigue et de la souffrance psychologique, et de plus semble renoncer à ses activités non pas pour évoluer vers de nouvelles perspectives, mais parce qu'elle semble convaincue que ces perspectives n'existent pas, alors sa crise existentielle a entraîné un épisode dépressif. Dès lors celui-ci ne se traduit pas par une simple baisse de motivation, mais par une conduite de renoncement motivée par des croyances dépressives, accompagnant une humeur dépressive.

iii. L'analogie entre le rôle fonctionnel de l'humeur dépressive et celui des désirs à l'égard de la conduite et des croyances

Je vais proposer une analogie entre l'humeur dépressive et un désir occurrent du point de vue de leur rôle fonctionnel à l'égard des croyances et de la conduite. Un tel désir recrute certaines croyances qui sont dès lors disposées à guider l'action. On peut considérer l'action comme conjointement causée par ce désir et par ces croyances. Lemaire (2008), à la suite de Dretske (1991), applique une terminologie suivant laquelle le désir occurrent est la « cause déclenchante » de l'action, tandis que les croyances recrutées par ce désir en sont la « cause structurante » : le désir motive l'action et la cause, mais les croyances la causent conjointement avec ce désir au sens où elles la structurent, permettant d'expliquer l'action en termes de raisons (Lemaire, 2008, p. 22).

Comme les effets de l'humeur dépressive sur les actions consistent dans une conduite de renoncement à agir qui s'explique par des croyances dépressives, cela suggère de prêter à l'humeur dépressive un rôle fonctionnel analogue à celui des désirs occurrents, qui serait de recruter ces croyances pour causer conjointement avec elles cette conduite. De telles croyances expliquent effectivement une telle conduite en termes de raisons.

Une formulation d'un tel rôle fonctionnel pour les humeurs en général a été suggérée historiquement par Lormand (1985) dans un article princeps pour les théories fonctionnalistes des humeurs en philosophie de l'esprit³¹⁷. Il définit les humeurs comme des états fonctionnels qui déterminent quels sont les états intentionnels qui sont pris en compte par nos actions (« actifs ») et quels sont ceux qui ne le sont pas (« latents ») (Lormand 1985). Cette théorie définit donc les humeurs par des effets distinctifs au niveau des actions, via un rôle causal à

³¹⁷ Lormand (1985) se donne trois réquisits pour une théorie des humeurs qui sont le réquisit d'intentionnalité selon lequel une humeur n'a pas un objet intentionnel déterminé comme une émotion, le réquisit de « généralité » selon lequel elle a des effets sur toute l'activité mentale, et le réquisit d'explication selon lequel les humeurs jouent un rôle causal dans l'explication du comportement et des actions et non un rôle explicatif en termes de raisons. Ces réquisits lui permettent de rejeter quatre théories des humeurs existantes dans la littérature de son époque : 1) la théorie de l'humeur par sommation dans laquelle l'humeur est un état résultant de toutes les émotions présentes à la conscience à un moment donné, 2) la théorie de l'humeur comme précondition, selon laquelle les humeurs déterminent ce qui importe à chacun donc quelles sont les émotions que nous pouvons avoir, par exemple l'anxiété est ce qui rend la peur possible, car une croyance ne peut nous causer de la peur si on est ouvert à pouvoir être affecté de cette façon-là par une telle croyance, et l'anxiété est cette disposition, 3) la théorie de la durée selon laquelle émotions et humeurs ne diffèrent pas conceptuellement mais seulement en degré, les humeurs étant des émotions prolongées, ou ayant un objet moins spécifique, 4) la théorie de la généralisation selon laquelle les humeurs sont des émotions généralisées, c'est-à-dire portant sur le monde en entier, et pas sur quoique ce soit en particulier dans le monde. Il propose ensuite sa propre théorie fonctionnaliste et montre qu'elle remplit les réquisits qu'il s'est donnés.

l'égard de certains états mentaux : une humeur est envisagée comme une disposition qui se manifeste en recrutant certains états intentionnels pour causer certaines actions. Or les états intentionnels causant des actions sont principalement des croyances et des désirs. Ils peuvent effectivement être « latents » au sens où les croyances sont des dispositions mentales³¹⁸ tandis que les désirs peuvent être simplement dispositionnels plutôt qu'occurrents (Lemaire, 2008). Cela suggère donc qu'une humeur a en particulier pour effet distinctif de recruter des croyances ainsi que des désirs dispositionnels et de les amener à se manifester dans la conduite : par exemple elle recrute un désir dispositionnel, le disposant à s'actualiser par un désir occurrent, qui recrute alors certaines croyances pour causer conjointement avec elles une certaine action. Cependant, comme l'humeur dépressive se traduit par une baisse globale des désirs, il est peu probable qu'elle suscite d'abord, de cette manière, des désirs occurrents, qui recruteraient les croyances expliquant la conduite dépressive. On peut donc envisager que cette humeur se substitue aux désirs occurrents, en termes de rôle fonctionnel, en recrutant directement les croyances dépressives pour causer conjointement avec elles la conduite de renoncement à agir, amenant donc ces croyances à se manifester par cette conduite.

Cela revient à envisager l'humeur dépressive, par analogie avec un désir occurrent, comme un état affectif occurrent qui recrute certaines croyances spécifiques, les disposant à guider l'action. Ces croyances rendent alors compte de la baisse des actions volontaires qui résulte de l'humeur dépressive comme d'une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'un état futur qui satisferait ses aspirations. Ces croyances expliquent ainsi en termes de raisons le renoncement à agir qui manifeste l'humeur dépressive au niveau des actions : elles justifient de renoncer à agir parce que l'action serait vaine, ne permettrait pas d'atteindre un état futur satisfaisant ses aspirations. Suivant la terminologie de Lemaire (2008), l'humeur dépressive est la « cause déclenchante » de cette conduite de renoncement à agir, alors que les croyances dépressives en sont les « causes structurantes ». Les émotions et les jugements qui accompagnent spécifiquement l'humeur dépressive, d'une part la tristesse, le découragement et l'anxiété, et d'autre part les jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, peuvent également être expliqués en termes de raisons par de telles croyances. Ces dernières sont donc également poussées à se manifester en causant de tels états mentaux, une fois recrutées par l'humeur dépressive.

318 Suivant leur conception standard, la notion de « croyance occurrente » étant assez contestée (Schwitzgebel, 2021).

Lormand désigne comme « actifs » les états intentionnels qui expliquent la conduite, le raisonnement et l'attention, par opposition aux états intentionnels « latents » (Lormand, 1985) :

*« Ma suggestion à propos des humeurs est qu'il est plausible de considérer qu'elles déterminent essentiellement quelles croyances évaluatives, quels désirs, quelles émotions et intentions peuvent devenir actifs, en ce sens large qui inclut, parmi d'autres choses, le fait d'expliquer le comportement explicite, le raisonnement et l'attention. »*³¹⁹ (Lormand, 1985, p. 398-399)

Lormand désigne donc comme « actifs » les états intentionnels qui ont un rôle causal à l'égard de la conduite et des fonctions cognitives, parmi d'autres choses, qui pourraient notamment être le fait de causer également d'autres états mentaux. Pour formaliser le fait que l'humeur dépressive recrute certaines croyances spécifiques et les pousse à se manifester en causant une certaine conduite et certains états mentaux actuels, je propose donc d'introduire la notion de « croyances actives ».

Des « croyances actives » sont des croyances recrutées par un certain état affectif occurrent et rendues davantage susceptibles de se manifester en guidant l'action et en causant un certain type d'états mentaux (émotions et jugements).

Il peut paraître paradoxal à première vue de parler de croyances « actives » dans la mesure où les croyances sont des dispositions. Cependant cette notion permet de distinguer des croyances rendues plus susceptibles que les autres de se manifester au niveau des actions et des états mentaux par un état affectif occurrent qui les recrute, ici l'humeur dépressive. La notion de « croyances actives » permet de situer ces croyances recrutées par un état affectif, entre d'une part les croyances en général, qui sont de simples dispositions, et d'autre part les manifestations de ces croyances qui sont des états intentionnels occurrents (jugements, émotions), et des actions, des conduites : étant recrutées par cet état affectif, elles sont davantage disposées à guider l'action et à causer des états mentaux que les autres croyances, mais elles ne sont pas pour autant des états mentaux occurrents. Je vais utiliser cette notion pour formuler une théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive.

³¹⁹ “My suggestion about moods is that it is plausible to consider them as essentially affecting what evaluative beliefs, desires, emotions and intentions can become active, again in this broad sense which includes, among other things, explaining overt behavior, reasoning and attention.” (Lormand, 1985, p. 398-399)

d. La théorie fonctionnaliste des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive

Au vu de ce qui précède, l'humeur dépressive peut être définie par la définition fonctionnaliste suivante :

L'humeur dépressive est un état affectif occurrent qui rend « actives » des croyances dépressives (cd), c'est-à-dire les recrute et les rend davantage susceptibles de se manifester, causant dans tous les cas une conduite de renoncement à agir (ra) et dans certains cas des états mentaux spécifiques (em). Cet état affectif consiste toujours dans un état corporel se traduisant par des manifestations corporelles (m Corp) et s'accompagnant d'une phénoménologie affective distinctive (p). Il entraîne toujours une baisse des désirs et des émotions. Il a aussi des manifestations comportementales (m Comp) et peut causer une atteinte des fonctions cognitives qui se traduit par des troubles cognitifs (tc).

(cd) sont des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'obtenir un état futur qui satisferait ses aspirations.

(ra) est une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations.

(em) sont des émotions négatives qui sont principalement la tristesse, le découragement, l'anxiété, et dans certains cas la culpabilité, et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, qui entretiennent des cercles vicieux avec l'humeur elle-même et les émotions négatives.

(p) est une phénoménologie distinctive qui possède trois aspects : le ressenti d'un état corporel globalement altéré (état de fatigue, d'affaiblissement, voire état inflammatoire), le ressenti d'une distance à l'égard du monde, notamment d'autrui, et le ressenti d'une douleur morale. Dans certains cas, elle se réduit au ressenti de l'état corporel.

(m Corp) est un ensemble de manifestations qui sont principalement de la fatigue, une altération de l'état corporel global (pouvant aller jusqu'à un état inflammatoire), ou des perturbations des fonctions végétatives.

(m Comp) est une baisse globale de motivation et parfois un ralentissement psychomoteur, ou de l'agitation psychomotrice.

(tc) consiste dans une difficulté à penser ou à se concentrer, ou une indécision.

Cette théorie étant neutre à l'égard des causes de l'humeur dépressive, celle-ci peut avoir été engendrée par la formation de croyances dépressives, ou bien par d'autres facteurs. Elle est définie, en tant qu'état affectif occurrent, par un effet distinctif qui est de rendre « actives », c'est-à-dire de recruter et de rendre davantage susceptibles de se manifester, certaines croyances : elle nous dispose donc à une certaine façon d'agir, à certains jugements et à certaines émotions, qui manifestent également des croyances dépressives. Ces dernières les causent conjointement avec cette humeur, et les expliquent en outre en termes de raisons. Dans le cas où les croyances dépressives se manifestent uniquement par la conduite de renoncement à agir, et non par les émotions et les jugements, il est probable que ces croyances restent inconscientes-A, ne conduisant à la formation d'aucun état mental par lequel on se les auto-attribuerait.

Cette théorie fonctionnaliste permet de satisfaire les réquisits que j'avais fixés pour une théorie de l'humeur dépressive. Elle la spécifie comme un état affectif occurrent dont la phénoménologie affective correspond au réquisit phénoménologique. Cet état affectif n'est pas dirigé vers un objet particulier du monde, mais est orienté vers le monde, le Soi et le corps, conformément au réquisit intentionnel. De plus il consiste fondamentalement dans un certain état corporel, et a un rôle fonctionnel lui permettant de remplir les réquisits des manifestations et effets de l'humeur dépressive au niveau du corps, du comportement et des actions, et de ses effets sur les fonctions cognitives et les états mentaux.

e. Avantages de la théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive

Outre le fait de satisfaire les réquisits que j'ai formulés pour une théorie de l'humeur dépressive, la théorie des « croyances dépressives actives » présente quatre avantages spécifiques que je voudrais mettre en avant : elle explique bien la « douleur morale » en tant qu'aspect de la phénoménologie distinctive de cette humeur, le fait que cette humeur nous dispose à certains états intentionnels spécifiques, sa dynamique, et la variabilité de ses manifestations.

Premièrement la théorie des « croyances dépressives actives » peut rendre compte de la « douleur morale » en tant que souffrance affective en général, mais qui tendrait à être plus spécifiquement, dans la dépression, une souffrance se rapportant à une image dégradée de soi-même et de ses perspectives, ce que j'ai considéré comme un sens plus restreint de la « douleur morale ». Nous pouvons distinguer deux cas : celui où l'humeur dépressive a été engendrée par la formation des croyances dépressives, et celui où cette humeur a été engendrée par d'autres causes. Dans le premier cas, la souffrance affective qui est un aspect de la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive serait elle-même causée par la formation de ces croyances. Or comme il s'agit de croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation future de satisfaction de ses aspirations, elle réagirait dès lors à une représentation dégradée de soi et de ses perspectives : il s'agirait bien de « douleur morale » en un sens restreint. Dans le second cas, où l'humeur n'est pas engendrée par la formation de telles croyances, elle peut comporter une part de souffrance affective qui a elle-même d'autres causes. Mais comme cette humeur a cependant pour effet de recruter des croyances dépressives et les pousser à se manifester, cette souffrance affective peut alors intégrer une part de « douleur morale » au sens restreint ; elle serait alors une manifestation de ces croyances, étant causée par elles en tant qu'aspect de la phénoménologie affective de cette humeur, ainsi que d'éventuelles émotions négatives manifestant également ces croyances. Ainsi, comme les croyances dépressives concernent le soi, ses perspectives, mais de plus, pour partie, le jugent défaillant, inférieur à certains standards, évaluant une situation future de satisfaction de ses aspirations comme inatteignable en raison de défaillances du soi, elles peuvent causer la souffrance affective présente dans la phénoménologie affective de l'humeur dépressive au sens restreint de la « douleur morale », comme souffrance liée à une représentation dégradée de soi et de ses perspectives.

Deuxièmement, la théorie des « croyances dépressives actives » rend compte du fait que l'humeur dépressive favorise certains états intentionnels spécifiques, puisqu'elle dispose à une certaine façon d'agir ainsi qu'à des émotions et des jugements spécifiques. Lorsque les humeurs sont envisagées comme des états non intentionnels, cet effet sur les états intentionnel est désigné comme un caractère « pré-intentionnel » des humeurs (Stephan, 2017). En psychologie, on dit qu'une humeur s'accompagne d'états intentionnels (croyances, émotions, jugements...) qui lui sont « congruents ». Dans la théorie des « croyances dépressives actives », cela s'explique parce que l'humeur dépressive recrute certaines croyances : ce sont

ces croyances qui se manifestent en guidant l'action (conduite de renoncement à agir) et parfois en causant certaines émotions (tristesse, découragement, anxiété, culpabilité) et certains jugements (pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisants) spécifiques.

Troisièmement, cette théorie explique bien la dynamique de l'humeur dépressive. Celle-ci émerge typiquement dans un contexte qui conduit à la formation de croyances dépressives. De telles croyances ne constituent pas en elles-mêmes une humeur dépressive mais peuvent engendrer cette humeur ; alternativement, elles peuvent simplement, une fois formées, être recrutées par une telle humeur, si celle-ci est engendrée par d'autres facteurs. Par la suite, cette humeur est indissociable de ces croyances parce qu'elle les recrute et les pousse à se manifester au niveau de la conduite et des états mentaux. Tant que l'humeur dépressive est présente, elle a donc des effets qui sont des effets conjoints de cette humeur et de ces croyances. Ces effets contribuent à entretenir aussi bien l'humeur que les croyances : la conduite, les émotions et les jugements dont il s'agit sont en effet des facteurs de l'humeur dépressive, la maintenant en retour, tout autant qu'ils conduisent à la formation de nouvelles croyances dépressives. Enfin cette humeur disparaît typiquement dans un contexte amenant à former des croyances d'un autre type, ce qui engendre un nouvel état affectif. En disparaissant, cette humeur cesse de recruter les croyances dépressives ce qui explique que l'on cesse d'être particulièrement disposé à avoir la conduite, les émotions et les jugements manifestant ces croyances.

Prenons un exemple. Marie est une jeune femme qui a du mal à s'insérer dans la vie professionnelle. Suite à un échec professionnel important, Marie a formé des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur dans lequel ses aspirations seraient satisfaites. Ces croyances engendrent un état affectif, une humeur dépressive, qui en retour les recrute, les rend davantage susceptibles de se manifester au niveau des actions et des états mentaux existants de Marie.

En effet cet échec constitue un événement négatif qui la conduit à former ces croyances directement, sans s'en apercevoir, ou bien indirectement, via la formation d'émotions négatives, et de jugements évaluatifs négatifs à propos de cet événement négatif. Cet événement lui cause par exemple de la tristesse ; cette émotion évalue sa situation comme une situation de perte, la perte du poste auquel elle aspirait, suite à quoi elle forme la croyance auto-dévalorisante selon laquelle elle est inemployable. De plus, cet événement la pousse à

former des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants à propos de sa situation. Par exemple en lisant sa lettre de licenciement, elle forme le jugement selon lequel elle est incompétente et suite à ce jugement, la croyance correspondante, ainsi que la croyance pessimiste selon laquelle elle ne retrouvera jamais de travail.

Ces croyances engendrent alors une humeur dépressive, constituée de la phénoménologie affective distinctive de cette humeur ainsi que d'un certain état corporel : Marie est fatiguée, ou se sent dans un état corporel altéré, elle a le sentiment « d'être malade », elle a un ressenti du monde et d'autrui comme étant à distance d'elle, et elle ressent de la souffrance psychologique. Son sommeil et son appétit sont peu à peu perturbés, elle présente aussi un ralentissement psychomoteur. De plus cet état affectif occurrent entraîne une baisse de sa motivation, ses désirs cessant de la porter à agir, en particulier elle stoppe certaines activités auxquelles elle prenait habituellement plaisir et intérêt. Son état affectif entraîne aussi une baisse globale de ses émotions, ainsi que des difficultés de concentration, et des difficultés à réguler ses émotions négatives.

Mais de plus cet état affectif occurrent a aussi des effets au niveau de la conduite et de l'orientation des états mentaux (émotions et jugements) de Marie, qui manifestent des croyances dépressives dont cet état affectif occurrent se révèle ainsi indissociable. Cette humeur la dispose à renoncer à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation, à ressentir de la tristesse, du découragement et de l'anxiété, et à porter des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants. Marie renonce à agir pour changer sa situation, par exemple en postulant à de nouveaux emplois dans le même domaine ; elle est disposée à se sentir découragée à chaque refus de candidature ; elle est aussi disposée à juger que ses perspectives sont très mauvaises et que tout est de sa faute, par exemple lorsque sa mère lui téléphone pour prendre de ses nouvelles. Ces effets de son état affectif au niveau de ses actions et de ses états mentaux, sont clairement des manifestations de croyances dépressives : son humeur dépressive est donc indissociable de ces croyances, qu'elle recrute et pousse à se manifester ainsi.

Enfin, cette humeur dépressive et ces effets manifestant ses croyances dépressives disparaîtront typiquement si Marie est amenée à changer d'état affectif occurrent, par exemple suite à la formation de nouvelles croyances engendrant un nouvel état affectif. Elle formera de telles croyances si le contexte évolue, par exemple si elle est finalement contactée par un employeur qui lui fait passer un entretien et l'embauche, ou encore si, à force de discussions

avec des membres de son entourage, elle finit par réévaluer la situation comme temporaire, ne présageant pas de ses possibilités d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations. Une telle évolution peut en effet l'amener à former de nouvelles croyances, optimistes, confiantes dans ses capacités et ses chances de succès, et auto-valorisantes. La formation de ces nouvelles croyances peut engendrer une humeur gaie. Dans ce cas, son humeur dépressive disparaît et cesse de rendre ses croyances dépressives « actives », c'est-à-dire de les recruter et de les pousser à se manifester dans sa conduite et ses états mentaux. D'autres croyances, optimistes, sont rendues « actives » par son humeur gaie. La « désactivation » des croyances dépressives rend compte du fait qu'en cessant d'être d'humeur dépressive, Marie cesse aussi d'avoir la conduite de renoncement à agir, les émotions négatives et les jugements négatifs qui étaient « congruents » à son humeur.

La théorie des « croyances dépressives actives » rend donc bien compte de la dynamique de l'humeur dépressive parce qu'elle ne tient pas seulement compte des états mentaux occurrents (émotions et jugements) et de la conduite qui accompagnent typiquement cette humeur, mais aussi de dispositions, les croyances dépressives, que cette humeur recrute : or ces croyances expliquent causalement et en termes de raisons cette conduite et ces états mentaux « congruents » à l'humeur. Ces croyances peuvent engendrer cette humeur lorsqu'elles sont formées, mais cette humeur peut aussi avoir d'autres causes ; elles sont en tout cas poussées par cette humeur à se manifester via une conduite et des états mentaux occurrents qui les entretiennent retour ; enfin la conduite et les états mentaux congruents à l'humeur disparaissent en même temps qu'elle car elle cesse alors de recruter ces croyances qui se manifestaient à travers cette conduite et ces états mentaux.

Quatrièmement la théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive a l'avantage d'expliquer la variabilité des effets de l'humeur dépressive. Elle prévoit que cette humeur se manifeste en tant qu'état affectif occurrent, se traduisant par une phénoménologie distinctive et des manifestations corporelles, mais que la phénoménologie affective puisse être absente. Elle prévoit aussi que cette humeur s'accompagne d'une conduite spécifique et d'états mentaux spécifiques, manifestant des croyances dépressives, mais que ces états mentaux puissent être absents. Cela est permis par le fait que les croyances recrutées disposent à avoir ces émotions et ces jugements, ce qui ne veut pas dire qu'elles les causent nécessairement. En revanche, si les croyances se manifestent nécessairement au

niveau de la conduite, c'est parce que l'humeur dépressive se manifeste en partie par une baisse de la motivation et des désirs, ainsi que des émotions, et devient donc le principal sinon le seul état affectif causant la conduite ; or comme par ailleurs elle recrute des croyances dépressives, cette conduite est dès lors guidée uniquement par de telles croyances.

Si les croyances se manifestent uniquement au niveau de la conduite, il est probable qu'elles restent inconscientes-A. Par exemple une personne évite d'essayer d'obtenir quelque chose parce qu'elle prévoit une issue négative à ses espoirs, elle renonce à agir parce qu'elle pense que son action est vouée à l'échec, elle se dissimule physiquement et moralement parce qu'elle se croit inférieure à certains standards. Cette personne n'a pas d'émotions spécifiques (tristesse, découragement, anxiété) ni ne porte de jugements spécifiques (pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants). A quelle condition est-elle d'humeur dépressive, plutôt que d'avoir uniquement des croyances dépressives qui guident sa conduite ? Elle l'est si c'est une telle humeur qui recrute ses croyances dépressives et les pousse à se manifester dans sa conduite : tel est le cas si cette humeur se traduit par ailleurs par des manifestations corporelles comme la fatigue, éventuellement par sa phénoménologie affective distinctive, par une baisse de sa motivation, de ses désirs et de ses émotions.

Remarquons que tandis qu'il n'est pas suffisant d'avoir des croyances dépressives pour être d'humeur dépressive, il n'est ni nécessaire ni suffisant d'être triste, découragé, ou anxieux, ou d'éprouver plusieurs de ces émotions à la fois, pour être d'humeur dépressive. Ce n'est pas suffisant car si on manifeste une de ces émotions ou plusieurs, on a l'émotion ou les émotions correspondantes, mais pas une humeur dépressive, si ses manifestations corporelles et comportementales, sa phénoménologie distinctive et ses manifestations et effets au niveau des états mentaux et du comportement sont absents. Ce n'est pas non plus nécessaire, car en revanche nous attribuerions cette humeur à quelqu'un qui aurait un état affectif se traduisant par les manifestations corporelles, et éventuellement la phénoménologie affective, propres à l'humeur dépressive, tout en ayant une baisse de sa motivation, de ses désirs et de ses émotions, et une conduite s'expliquant par une combinaison de pessimisme, de défaitisme et d'auto-dévalorisation, même si cette personne ne manifestait aucune de ces émotions. De même il n'est ni nécessaire ni suffisant de porter des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants pour être d'humeur dépressive. Dans les deux cas, il faut que ces émotions et ces jugements s'accompagnent d'un état affectif occurrent qui se manifeste au moins au niveau du corps, et par une baisse de la motivation, des désirs et des émotions ; de plus cet état affectif a alors aussi pour effet d'entraîner une conduite de renoncement à agir par

pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations, conduite qui manifeste les mêmes croyances que celles qui causent ces émotions et ces jugements.

3. Réponses aux théories intentionnalistes des humeurs

Deux grands types de théories intentionnalistes des humeurs peuvent être défendus : les humeurs peuvent être conçues comme un type spécifique d'attitude intentionnelle, par une théorie attitudinale, ou bien comme représentant un type spécifique d'objet ou contenu intentionnel, par une théorie « perceptuelle ». Je vais montrer que la théorie des « croyances dépressives actives » s'applique mieux à l'humeur dépressive que la théorie attitudinale et les théories « perceptuelles » des humeurs présentes dans la littérature.

a. Réponse à la théorie attitudinale

Lepine a récemment proposé une définition des humeurs comme des « *attitudes évaluatives prospectives* » (Lepine, 2022, p. 167). Ces attitudes sont bien sûr non propositionnelles, non conceptuelles, puisqu'il s'agit de définir des états affectifs, qui à première vue n'ont pas de contenu conceptuel³²⁰. Ainsi, à défaut de consister dans des attitudes corporelles, « *ces évaluations se traduisent par une phénoménologie affective et cognitive* » (Lepine, 2022, p. 167) : d'après Lepine, la phénoménologie des humeurs « *implique généralement moins de sensations corporelles que celle des émotions* » mais a essentiellement une « *composante hédonique* », « *sous la forme d'un état plaisant ou déplaisant qui peut être plus ou moins prononcé* », et « *une dimension cognitive prononcée, que ce soit par la manière dont elle mobilise notre focalisation attentionnelle, ou encore par le type de pensées qu'elle va impliquer (que ce soit sous la forme de ruminations ou de réflexions)* » (Lepine, 2022, p. 165). Par ailleurs, ces attitudes évaluent « *la propicuosité des*

³²⁰ Je vais considérer avoir écarté une telle théorie en donnant des arguments contre celle de Solomon (1976) au chapitre précédent.

situations que nous rencontrons » (Lepine, 2022, p. 167) : Lepine définit la « propiciosité » comme le fait qu'une situation soit ou non propice à nous permettre de satisfaire nos motivations (Lepine, 2022, p. 166). Par conséquent les effets des humeurs se comprennent comme une mobilisation des ressources cognitives, physiologiques et comportementales de l'organisme pour lui permettre de chercher à satisfaire ses motivations³²¹, pour les humeurs positives, ou au contraire un retrait de l'investissement de ces ressources pour les humeurs négatives, selon si l'humeur évalue la situation comme propice ou non propice à obtenir cette satisfaction³²² (Lepine, 2022, p. 166).

Cette théorie générale des humeurs peut-elle s'appliquer à l'humeur dépressive ? Elle consisterait alors à définir l'humeur dépressive comme une « attitude évaluative prospective », consistant dans une phénoménologie affective et dans une activité cognitive qui évaluent la situation comme non propice à la satisfaction de nos motivations, et entraîne de ce fait un retrait de l'investissement des ressources cognitives, physiologiques et comportementales de l'organisme. Cette théorie peut remplir le réquisit de ses manifestations au niveau du corps, du comportement et des actions, car elle autorise que la phénoménologie affective soit sous-tendue par un certain état corporel, et prévoit que l'humeur se manifeste par un comportement spécifique, qui pourrait être une baisse de motivation et éventuellement le ralentissement psychomoteur, et puisse avoir pour effets sur les actions d'entraîner une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation. Elle peut aussi remplir le réquisit des effets sur les états mentaux, puisqu'il serait cohérent qu'une évaluation de la situation comme non propice à la satisfaction de ses motivations favorise une baisse des désirs et des émotions, des émotions de tristesse, de découragement et d'anxiété, et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants. Cette théorie attitudinale est aussi à première vue compatible avec les réquisits phénoménologique et intentionnel, selon lesquels l'humeur dépressive a une phénoménologie affective distinctive consistant dans un ressenti de distance au monde, de douleur morale, et d'un certain état corporel, n'étant dès lors dirigée vers aucun objet particulier du monde mais orientée à la fois vers le monde, le soi, et le corps.

321 Cette théorie est proche de celle de Frijda (1986, 1994) que j'ai présentée au chapitre précédent.

322 « Selon cette approche, les humeurs positives se caractérisent par le fait qu'elles vont mobiliser des ressources cognitives, physiologiques et comportementales de notre organisme afin d'investir une certaine somme d'efforts face à une situation qui est évaluée comme étant propice à un tel investissement. Inversement, les humeurs négatives se caractérisent par un retrait de ce genre d'investissement face à une situation qui est évaluée comme non propice. » (Lepine, 2022, p. 166)

La difficulté est que dans cette théorie attitudinale, l'humeur dépressive serait en elle-même une attitude évaluative prospective, une forme d'évaluation, tout en consistant dans sa phénoménologie affective distinctive. Or l'humeur dépressive peut être inconsciente-P et consiste dès lors plus fondamentalement dans un état corporel que dans cette phénoménologie affective. Il faudrait alors que l'attitude évaluative prospective consiste plutôt dans cet état corporel. Cependant je vais d'abord concéder que l'humeur dépressive pourrait ne pas pouvoir être inconsciente-P, et consisterait alors dans sa phénoménologie affective distinctive. Dans ce cas, cette phénoménologie peut-elle être une évaluation de la non-propicuosité de la situation à l'égard des motivations subjectives ? Je vais écarter cette possibilité. Puis je montrerai également que l'état corporel sous-jacent à l'humeur ne peut pas non plus constituer une telle évaluation. J'en conclurai que l'humeur dépressive n'est pas une « attitude évaluative prospective ».

D'après la caractérisation que j'en ai faite, la phénoménologie de l'humeur dépressive ne consiste pas uniquement dans le ressenti d'un état corporel. Sa phénoménologie consiste à la fois à ressentir un état corporel, à se sentir à distance du monde, et à ressentir une « douleur morale ». Maintenant, peut-on considérer que cette phénoménologie constitue une attitude évaluative prospective, qui évaluerait la situation comme non propice à la satisfaction de ses motivations subjectives ? Non, car ni le ressenti d'un état corporel altéré, ni le ressenti global d'une distance au monde, ni la « douleur morale » ne constituent une telle évaluation, que ce soit séparément les uns des autres ou pris ensemble. Le ressenti corporel n'est pas en lui-même évaluatif, et ne saurait encore moins constituer une évaluation du caractère propice d'une situation relativement à des motivations subjectives. Le ressenti de distance au monde consiste notamment dans un émoussement affectif : le monde n'est donc pas évalué relativement à nos motivations par un tel ressenti. La douleur morale n'évalue pas non plus un état du monde relativement à nos motivations (une situation comme plus ou moins propice à l'égard de celles-ci) : en effet une humeur dépressive, se traduisant par une telle douleur, peut éventuellement se maintenir même si l'état du monde évolue favorablement par rapport aux motivations de l'individu. Il est donc plus juste de considérer qu'elle puisse être causée, engendrée, par la formation de certaines croyances, les croyances dépressives, qui peuvent être erronées : ce sont alors ces croyances qui évaluent (négativement) l'état du monde, relativement à nos motivations ou aspirations. De plus il est en fait plus probable que cette douleur morale soit engendrée par des croyances qui évaluent simplement le soi, relativement

à certains standards, à des aspirations qui le concernent lui-même, plutôt que par des croyances évaluant un état du monde relativement à des motivations générales.

L'état corporel constitutif de l'humeur dépressive peut-il être envisagé comme une attitude évaluative prospective³²³ ? Cet état corporel est un état de fatigue, d'affaiblissement, parfois un état inflammatoire et il inclut parfois des perturbations des fonctions végétatives. Un tel état corporel ne consiste pas dans une préparation du corps à un certain nombre d'actions, à travers lesquelles on pourrait considérer qu'il évalue l'état du monde relativement à nos motivations. Il ne nous prépare pas du tout à agir. En effet, au plan comportemental, il se traduit par une baisse globale de motivation. Nous ne pouvons donc pas considérer qu'il évalue l'état du monde relativement à nos motivations. Il est plutôt un état d'impréparation à l'action, qui semble pouvoir avoir des causes a-rationnelles (causes neurobiologiques de l'humeur dépressive par exemple), ou bien être engendré par la formation de croyances dépressives (cas où l'humeur dépressive est engendrée par des cognitions faisant partie de la « triade » de Beck) : dans le premier cas, il est sans lien avec l'état du monde et ne l'évalue donc pas relativement à nos motivations ; dans le second cas, il est plus juste de dire que ce sont les croyances dépressives qui évaluent l'état du monde relativement à nos aspirations, et que cet état corporel qu'elles engendrent n'est pas en lui-même évaluatif.

On pourrait cependant m'objecter qu'il serait en réalité possible, avec une caractérisation neurobiologique plus précise du type d'états corporels constitutifs de l'humeur dépressive, de montrer qu'ils sont causés par des facteurs environnementaux stables (les engendrant via des modifications neurobiologiques, éventuellement via la formation de croyances). Cela permettrait de les considérer comme « représentationnels », suivant une définition naturalisée de la « représentation », comme celle que Prinz (2004) emprunte à Dretske (2002) : un état corporel qui co-varie de façon stable avec des facteurs environnementaux, et a pour fonction adaptative de le faire, peut être considéré comme une « représentation », en un sens naturalisé, d'un certain type d'état de l'environnement, ou plus précisément des relations organisme-environnement selon Prinz. Or ces relations sont des « schèmes relationnels fondamentaux » qui sont des scénarios typiques de la manière dont un organisme se trouve dans son environnement : par conséquent leurs propriétés, que

³²³ Notons que cette version de la théorie attitudinale n'est pas celle que défend Lépine, qui minimise la place des sensations corporelles dans les humeurs, et affirme qu'elles sont des attitudes évaluatives consistant dans une phénoménologie affective et cognitive.

« représentent » les états affectifs (en tant que perceptions de ces états corporels représentationnels), sont des propriétés objectives (Prinz, 2004, p. 63-64).

Cependant, si une humeur est une attitude évaluative prospective, qui évalue plus précisément la situation comme plus ou moins propice à la réalisation de nos motivations, elle représente au contraire des propriétés subjectives de cette situation : c'est ce que dit explicitement Lépine quand il affirme que la propiciosité « *ne renvoie pas uniquement à des possibilités évaluatives objectives [...] puisque le caractère propice d'une situation dépend aussi de nos préférences subjectives, ainsi que de l'énergie dont nous disposons pour saisir certaines occasions* » (Lepine, 2022, p. 167). C'est ce qui prémunit sa théorie attitudinale d'une conséquence qui pourrait en être que, les humeurs étant des évaluations positives ou négatives, elles seraient souvent erronées car nous pouvons être de bonne humeur dans une situation objectivement mauvaise tout comme nous pouvons être déprimés dans une situation objectivement bonne. Une situation objectivement mauvaise serait une situation dans laquelle l'état de nos relations organisme-environnement serait désavantageux pour notre survie ou notre bien-être, par exemple dans un cas où nous sommes en danger : mais nous pouvons être d'excellente humeur tout en faisant quelque chose de dangereux, et tout en percevant physiquement ce danger, par exemple en s'amusant au bord d'un précipice ou à bord d'une voiture qui roule bien trop vite, alors même que notre cœur bat la chamade. Une situation objectivement bonne, avantageuse pour notre survie et notre bien-être, peut être vécue comme profondément déprimante : songeons au spleen d'Emma Bovary dans sa campagne normande. En définissant les humeurs comme des évaluations de ces situations non seulement prospectives mais de plus relativement à nos motivations, Lépine rend compte de ces exemples d'humeurs comme non erronées : la bonne humeur dans une situation dangereuse n'est pas erronée si cette situation est propice à la réalisation de certaines de mes motivations, par exemple mon souhait d'être considéré comme quelqu'un qui n'a pas peur de prendre des risques ; l'humeur déprimée dans une situation confortable n'est pas erronée si cette situation n'est propice à offrir aucune possibilité de réalisation de mes motivations, par exemple mon désir de vivre une vie pleine de surprises.

Mais alors si l'humeur elle-même consiste dans une telle évaluation prospective, elle ne peut pas consister uniquement dans l'état corporel sous-jacent, pour autant que celui-ci « représente » (en un sens naturalisé) les propriétés objectives et actuelles de la situation. En effet nous ne saurions affirmer que l'état corporel *lui-même* compare ces propriétés objectives (ou cette situation envisagée du point de vue de ses propriétés objectives), à nos motivations

subjectives, de plus de façon prospective. L'état corporel n'est « représentationnel » en un sens naturalisé de la représentation qu'en tant qu'il covarie de façon stable avec des facteurs environnementaux objectifs et actuels. Seuls des états cognitifs comme des croyances évaluatives sont à même de comparer de façon prospective, anticipatrice, l'état de l'environnement à nos motivations. Cela est d'autant plus vrai que ces « motivations » ne se réduisent pas à des besoins de l'organisme : elles doivent inclure des désirs sophistiqués, des idéaux. En particulier c'est évidemment dans ces termes-là, en tant qu'états motivationnels ou conatifs sophistiqués, qu'il faut entendre les « aspirations » que les croyances dépressives pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes évaluent ne pas pouvoir être satisfaites dans le futur.

J'en conclus que le type d'évaluation prospective dans lequel consisterait l'humeur dépressive, ne pourrait pas se traduire par un état corporel : le caractère prospectif d'une telle évaluation, en tant qu'il se rapporte à des motivations subjectives sophistiquées, suppose de faire intervenir des états cognitifs. Or comme l'humeur dépressive ne consiste pas en elle-même dans ces états cognitifs, il n'y a pas lieu de définir cette humeur elle-même comme une attitude évaluative prospective. Les évaluations dont s'accompagne l'humeur dépressive doivent être le contenu de croyances entretenant des relations causales avec cette humeur. Cela est mieux décrit par la théorie fonctionnaliste des « croyances dépressives actives » que par la théorie attitudinale.

b. Réponses aux théories perceptuelles

Les théories perceptuelles des humeurs sont de deux types. Certaines considèrent que les humeurs consistent fondamentalement dans leur phénoménologie distinctive et analysent cette phénoménologie en termes d'intentionnalité (Goldie, 2000, 2002; Mendelovici, 2013a, 2013b; Tappolet, 2018). D'autres, dites « néo-jamésiennes », considèrent que les humeurs consistent fondamentalement dans un état corporel, et analysent cet état corporel lui-même en termes d'intentionnalité (Price, 2006; Prinz, 2004). Ces deux types de théories intentionnalistes sont « perceptuelles » au sens où elles confèrent aux humeurs un objet ou contenu intentionnel qui est non-conceptuel, mais perceptuel. Cependant elles le sont en des sens un peu différents : les premières envisagent les humeurs comme des perceptions d'objets

intentionnels d'un certain type, propres aux états affectifs, par exemple des propriétés affectives ou évaluatives ; les secondes envisagent plutôt les humeurs comme des perceptions d'états corporels – qui sont « représentationnels » en un sens naturalisé de la représentation emprunté aux travaux de Dretske et Millikan (Dretske, 2002; Millikan, 1989). Je vais montrer qu'aucun de ces deux types de théories perceptuelles ne peut s'appliquer à l'humeur dépressive.

i. Les théories perceptuelles phénoménologiques

Les théories perceptuelles qui définissent les humeurs comme des perceptions d'un type spécifique d'objet intentionnel, dès lors représenté de façon non conceptuelle par leur phénoménologie, ne peuvent pas rendre compte du fait que l'humeur dépressive puisse être inconsciente-P. En effet dans ces théories cette humeur a toujours une phénoménologie distinctive, voire s'y réduit. Cependant admettons que l'humeur dépressive ne puisse pas être inconsciente-P et consiste fondamentalement dans sa phénoménologie affective distinctive. Ces théories analysent alors celle-ci en termes d'intentionnalité comme la « perception » d'un certain type d'objet ou contenu intentionnel. N'étant dirigée vers aucun objet particulier du monde, une humeur serait dirigée vers un objet général (Goldie, 2000) ou vers des propriétés non actuellement instanciées par un objet particulier (Mendelovici, 2013a, 2013b; Tappolet, 2018). Je vais maintenant montrer que ces théories ne peuvent pas s'appliquer à l'humeur dépressive, car il n'est pas possible d'analyser la phénoménologie de celle-ci comme la perception d'un tel objet ou de telles propriétés.

- L'humeur dépressive possède-t-elle un objet général ?

Rappelons que la théorie de Goldie est que les humeurs, de même que les émotions, sont des « ressentis envers » des objets intentionnels, mais envers des objets d'un degré de généralité supérieur : « *les émotions ont des objets plus spécifiques que les humeurs* » et « *cette distinction est une affaire de degré* » (Goldie 2000, p. 17). Une émotion de peur est un ressenti envers un objet particulier, même si celui-ci peut être assez indéterminé, par exemple

si je marche dans la nuit et que je ne sais pas précisément par quoi je suis effrayée, qu'il s'agisse d'une ombre sur le mur, d'un bruit ou de l'obscurité elle-même ; mais une humeur anxieuse est un ressenti envers quelque chose de plus général, ayant tout de même un certain degré de spécificité (Goldie 2000, p. 143). L'humeur anxieuse pourrait donc porter sur la situation dans son ensemble. Pour rendre compte des aspects corporels de la phénoménologie de certaines émotions et humeurs, Goldie ajoute que cette phénoménologie se compose en fait de deux « ressentis », le « ressenti envers » un objet, et un « ressenti corporel »³²⁴ (Goldie, 2000, 2002). Enfin, l'objet du « ressenti envers » d'une humeur est moins déterminé que celui d'une émotion, même s'il l'est à un certain degré, puisqu'il ne peut pas s'agir de « tout » ou « rien » (Goldie 2000, p. 143).

Cette théorie n'est pas à même de respecter le réquisit phénoménologique que j'ai formulé pour une théorie de l'humeur dépressive. Cette phénoménologie comporte trois aspects : le ressenti d'un état corporel altéré (fatigue, altération générale pouvant aller jusqu'à un état inflammatoire), le ressenti d'une distance au monde, et la « douleur morale ». Le ressenti de distance au monde comporte lui-même plusieurs aspects : une altération de la perception des choses, qui semblent moins présentes et moins familières, un émoussement affectif, qui inclut à la fois une déconnexion émotionnelle et moins d'entrain, les choses paraissant sans attractivité, une érosion du sentiment d'agentivité, une altération de la conscience du temps, et une distance dans les relations interpersonnelles avec la perte d'un sentiment de confiance, d'évidence, de familiarité, de « connexion » avec autrui. Les aspects non corporels de cette phénoménologie ne peuvent pas être décrits comme un « ressenti envers » un objet général, comme une menace générale pour l'humeur anxieuse. En effet il s'agit principalement du ressenti d'une distance au monde ayant différents aspects, ce qui ne constitue pas un « ressenti envers » un objet général quel qu'il soit (une menace, une perte, un danger...). Se sentir à distance des choses, indifférent affectivement à la situation présente, « déconnecté » affectivement du monde et des autres, ce n'est pas une façon d'appréhender affectivement ou évaluativement quelque chose de général. Ce ressenti d'une distance, au vu

³²⁴ Le ressenti corporel est intentionnel au sens où il présente un état du corps, même si l'émotion n'est pas « à propos » de cet état corporel (Goldie 2002, p. 236). Le « ressenti envers » l'objet est également intentionnel, et peut être qualifié de « contenu » non conceptuel (Goldie 2002, p. 241), puisqu'il consiste dans une manière d'évaluer ou du moins d'appréhender affectivement son objet intentionnels. Les deux ressentis sont unifiés de sorte que l'on éprouve la phénoménologie de l'émotion ou de l'humeur comme une seule et même expérience affective : Goldie explique cela en disant que les ressentis corporels « empruntent leur intentionnalité » aux ressentis envers l'objet extérieur, étant dirigés vers le monde au-delà du corps (Goldie 2002, p. 247) ; le ressenti corporel est « profondément infusé » par l'intentionnalité de l'émotion, et le ressenti envers un objet est réciproquement empreint de la phénoménologie corporelle (Goldie, 2000, p. 57).

de ses différents aspects, reflète plutôt un manque de ressentis affectifs, évaluatifs, à l'égard de différents type d'objets particuliers : il est à la limite le ressenti de l'absence de « ressentis envers » ces objets. De plus ce ressenti n'est vraiment dirigé vers rien en particulier ou vers tout à la fois, alors que pour Goldie l'objet général du ressenti constitutif d'une humeur ne peut pas être « tout » ou « rien », mais doit bien avoir un certain degré de détermination³²⁵. Par ailleurs la « douleur morale » n'est pas non plus un « ressenti envers » un objet général, puisque nous avons vu qu'il est vraisemblable qu'elle soit en fait un ressenti envers le soi. J'en conclus que cette théorie des humeurs ne peut pas s'appliquer à l'humeur dépressive.

- L'humeur dépressive est-elle à propos d'un état du monde et d'un état du corps ?

L'humeur dépressive pourrait-elle alors être décrite par une théorie dans laquelle elle consisterait dans la perception d'un état du monde entier, ainsi que dans celle d'un état du corps ? C'est la conception défendue par Tye dans le cadre de sa théorie entièrement « représentationnaliste » du mental, dans laquelle tout état de conscience phénoménal survient sur un contenu intentionnel ou « représentationnel » (Tye, 1995, 2008). Tye dit que nos émotions et nos humeurs, comme tous nos états mentaux pourvus d'un caractère phénoménal, ont une phénoménologie qui *survient sur* un contenu intentionnel : il pose donc une relation de survenance entre la phénoménologie et le contenu intentionnel. Cette relation est une relation de dépendance entre deux ensembles de propriétés qui se définit de la façon suivante : un ensemble de propriétés A survient sur un ensemble B dans le cas où deux choses qui diffèrent en termes de propriétés-A diffèrent également en termes de propriétés-B (McLaughlin & Bennett, 2021). Tye soutient donc que deux expériences affectives distinctes (du point de vue de leur phénoménologie) n'ont pas le même contenu intentionnel ; inversement deux expériences (affectives) qui ont le même contenu intentionnel, ont le même caractère phénoménal (Tye, 2008, p. 42). Tye distingue deux manières dont les expériences émotionnelles sont dirigées vers des choses extérieures au corps : soit via des perceptions de ces choses, soit via des pensées envers ces choses (Tye, 2008, p. 31). Dans le second cas, les émotions ont un contenu conceptuel. Mais il n'y a pas de difficulté à considérer qu'elles ont

³²⁵ C'est bien parce que le « ressentis envers » exige tout de même un certain degré de détermination de son objet que pour Goldie (2000) les humeurs ne présentent que cette différence de degré avec les émotions.

un contenu intentionnel même quand ce contenu n'est pas conceptuel, de même que pour les perceptions et les sensations : celles-ci ont un contenu évaluatif, même pour des êtres qui n'ont aucune capacité conceptuelle³²⁶. Il définit les émotions comme des états affectifs dans lesquels nous percevons un objet extérieur comme étant la cause d'un certain état de notre corps en vertu de certaines propriétés évaluatives. Les humeurs sont des états affectifs dans lesquels d'une part nous percevons le monde avec certaines propriétés évaluatives, par exemple dans l'euphorie « *le sujet pense que le monde est un endroit merveilleux* », et d'autre part « *nous éprouvons un certain état corporel caractéristique* » (Tye, 2008, p. 44). Contrairement à ce qui définit le contenu représentationnel d'une émotion, « *le lien causal entre les deux fait défaut* », car une humeur ne pourrait être que systématiquement erronée si elle nous représentait le monde comme la cause de notre état corporel en vertu de certaines propriétés évaluatives (Tye 2008, p. 44). Tye ajoute que dans certains cas, les humeurs ne portent pas sur le monde entier mais leur objet varie au cours du temps. Cette théorie suggère donc deux conceptions possibles de l'humeur dépressive.

Suivant une première conception, l'humeur dépressive serait constituée de deux ensembles de qualités phénoménales survenant sur deux contenus de représentation distincts, un état du monde d'une part et un état corporel d'autre part. Deux aspects de la phénoménologie affective de l'humeur dépressive pourraient effectivement correspondre à ces deux contenus intentionnels : le ressenti de la distance au monde et le ressenti de l'état corporel altéré. Cependant il est difficile d'envisager le ressenti de la distance au monde comme une présentation de l'état du monde à travers certaines qualités phénoménales qui seraient des qualités affectives ou évaluatives. Si l'on concède ce point à Tye, une difficulté subsiste : la phénoménologie de l'humeur dépressive comporte aussi un troisième aspect, la « douleur morale ». Il faudrait aussi envisager celle-ci comme un ensemble de qualités phénoménales survenant sur un certain contenu intentionnel : il pourrait alors s'agir d'une représentation du Soi, par exemple d'une évaluation négative du Soi. Il y a alors deux limites à cette théorie.

³²⁶ La douleur a selon lui une part sensorielle, qui nous indique une lésion anatomique, et aussi une part affective, qui évalue la lésion représentée par la part sensorielle comme mauvaise, déplaisante : Tye s'appuie sur des cas pathologiques pour affirmer que les deux composantes de la douleur peuvent être dissociées (Tye, 2008, pp. 32-34). Mais dans tous les cas la douleur est représentationnelle, car les deux composantes le sont ! Or en même temps la douleur est clairement non conceptuelle, puisque bien des êtres dépourvus de toute faculté conceptuelle peuvent la ressentir. Tye en conclut que nos expériences affectives peuvent être représentationnelles sans être conceptuelles, car même lorsqu'elles n'incluent pas de pensée envers quelque chose, mais seulement une perception, celle-ci est un contenu de représentation, qui est alors un contenu « perceptuel », à savoir des qualités ou propriétés évaluatives instanciées dans le corps (Tye, 2008, p. 35).

Premièrement Tye (2008) affirme qu'une humeur est uniquement formée de la perception d'un état du monde, et de celle d'un état corporel : puisque l'humeur dépressive perçoit aussi un état du soi, elle ne serait pas une humeur à proprement parler. La théorie de Tye (2008) suggère qu'il ne faudrait pas la concevoir comme un seul et même état affectif, mais comme une humeur (formée de qualités phénoménales survenant sur un contenu intentionnel qui serait un état du monde, ainsi que sur un autre contenu qui serait un état du corps) à laquelle s'adjoindrait la « douleur morale », ensemble de qualités phénoménales survenant sur un tiers contenu intentionnel, une certaine représentation du Soi. Plus généralement, cette théorie semble compromettre l'unité d'une humeur, le fait qu'elle puisse constituer une seule et même expérience affective : en effet, dans une théorie où ce qui constitue fondamentalement les états mentaux est leur contenu intentionnel, le fait qu'un état affectif ait deux ensembles de qualités phénoménales survenant sur des contenus intentionnels distincts, un état du monde et un état du corps, semble définir deux états intentionnels distincts³²⁷.

Deuxièmement, la « douleur morale » évaluerait non conceptuellement un état du Soi qui devrait en revanche être présenté sous la forme d'un contenu conceptuel. En effet, le type d'évaluation de soi susceptible de donner lieu à la douleur morale est un contenu sophistiqué : c'est une évaluation de soi comme inférieur à certains standards, et de ce fait incapable d'atteindre une situation future satisfaisant ses aspirations. Un contenu aussi sophistiqué doit être représenté de manière conceptuelle, donc par des états cognitifs, qui seraient les bases cognitives de la douleur morale, voire de l'humeur dépressive : cela rend probable une théorie où ce contenu est celui de croyances dépressives, dont la formation peut engendrer la douleur morale, comme dans la théorie des « croyances dépressives actives ». La relation entre le contenu conceptuel de ces croyances et la douleur morale serait alors une simple relation causale (compatible avec un cas où deux expériences affectives distinctes, deux ressentis affectifs distincts, seraient causés par un même type de croyance, donc de contenu intentionnel, contrairement à ce qu'affirme la relation de survenance). La théorie des « croyances dépressives actives » n'exclut cependant pas qu'il pourrait y avoir une relation de survenance entre, respectivement, les croyances représentant l'état du Soi et la douleur morale, la perception de l'état du monde et le ressenti de distance au monde, et la perception

³²⁷ Cette difficulté n'existe pas pour les émotions, car Tye (2008) dit que leur phénoménologie survient sur la représentation du *lien causal* entre un état du monde et un état du corps, ce qui est un seul et même contenu intentionnel.

de l'état du corps et les différents aspects de son ressenti : elle semble donc compatible avec le cadre intentionnaliste général posé par Tye. Si la relation de survenance entre ces contenus intentionnels et les qualités phénoménales constitutives de la phénoménologie affective distinctive de l'humeur dépressive pouvait être prouvée, cette théorie se présenterait comme une extension à ce cadre intentionnaliste général, dans lequel elle définirait « l'humeur dépressive » comme une expérience affective *sui generis*.

Une deuxième conception de l'humeur dépressive est suggérée par la théorie de Tye (2008) : Tye envisage aussi la possibilité que dans le cas d'une humeur, l'objet extérieur varie constamment. Mais alors comment concevoir l'unité de l'humeur en tant qu'état affectif ou expérience affective ? Si elle représente une succession d'objets extérieurs avec certaines propriétés évaluatives en vertu desquelles chacun cause une certaine réaction corporelle, et que la phénoménologie affective survient entièrement sur ces contenus de représentation, il semble y avoir autant d'expériences affectives que d'objets rencontrés au cours de l'humeur. En d'autres termes si l'objet de l'humeur varie sans cesse, elle semble être une succession d'émotions distinctes, chacune consistant dans la représentation d'une relation causale entre les propriétés évaluatives de son objet spécifique, et l'état du corps, représentation sur laquelle survient sa phénoménologie. Mais l'humeur dépressive ne saurait consister dans une série d'émotions, puisque nous avons vu qu'elle possède une phénoménologie affective bien distincte de celle des émotions négatives dont elle s'accompagne, et peut se présenter indépendamment de toute émotion, se traduisant par une baisse et parfois par une disparition des émotions.

- L'humeur dépressive perçoit-elle des propriétés spécifiques ?

La théorie de Mendelovici (2013a, 2013b), élaborée à partir de celle de Tye, résout le problème de l'unité des humeurs dans ce cadre « représentationnaliste » en affirmant que les humeurs représentent des propriétés affectives *sui generis* et « non liées » (« *unbound* »), non instanciées par des objets particuliers : ces propriétés constitueraient un objet intentionnel unique et stable d'une humeur, ce qui préserve l'unité de celle-ci, dont la phénoménologie survient sur ce contenu de représentation. Cette théorie peut s'accommoder du réquisit intentionnel et remplir le réquisit des manifestations de l'humeur dépressive au niveau du

corps, du comportement et des actions, ainsi que le réquisit de ses effets sur les états mentaux. Cependant elle ne satisfait pas bien le réquisit phénoménologique. Premièrement elle ne prévoit pas que la phénoménologie de l'humeur dépressive aurait des aspects corporels, que j'ai pourtant mis en évidence comme étant toujours présents dans cette phénoménologie d'après la phénoménologie clinique. Mais admettons que ces aspects corporels pourraient être absents, ou bien que la théorie de Mendelovici n'exclut pas leur présence. Deuxièmement, cependant, la phénoménologie globale de l'humeur dépressive consiste dans le ressenti d'une distance au monde qui ne semble pas pouvoir être décrite comme la perception de certaines propriétés affectives : de par ses différents aspects il constitue plutôt le ressenti d'une incapacité à percevoir des propriétés affectives, bien plus qu'une perception de certaines propriétés affectives.

Mais cette difficulté serait-elle résolue dans une théorie perceptuelle de l'humeur dépressive où les propriétés représentées par sa phénoménologie ne seraient pas des propriétés affectives ou évaluatives ? Dans la théorie de Tappolet, les émotions et les humeurs représentent des propriétés axiologiques monadiques (des « valeurs »), indépendantes de la réponse émotionnelle. C'est sur la base de la réponse émotionnelle causée par ces propriétés, que nous attribuons aux objets de nos émotions des propriétés affectives ou évaluatives (par conséquent dépendantes de cette réponse), par exemple « effrayant », « réjouissant », « dégoûtant », etc. (Tappolet, 2016, 2018). Le contenu intentionnel des états affectifs est ainsi axiologique, non conceptuel, et objectif, ce qui permet selon Tappolet de rendre compte du fait qu'émotions et humeurs puissent être appropriées ou non au sens de représenter correctement ou non l'état du monde (Tappolet 2018). Tappolet distingue émotions et humeurs par une différence de modalité, plutôt que de généralité, entre leurs contenus respectifs : elle dit que les émotions sont des perceptions de valeurs ou de propriétés axiologiques actuelles, véritablement instanciées par des objets particuliers, et les humeurs des perceptions de propriétés axiologiques potentielles, virtuelles, susceptibles d'être instanciées par des objets particuliers (Tappolet, 2018, p. 181).

Cette théorie rencontre certaines limites. Tout d'abord on pourrait douter que tous les types d'humeurs puissent vraiment se définir par un type de propriétés axiologiques potentielles perçues : pour Tappolet, on peut toujours identifier dans une humeur un contenu en termes de possibilités en jeu (Tappolet, 2018, p. 185). Si nous lui accordons cela, il reste à

s'assurer que ce contenu est distinctif des humeurs. Certaines de nos émotions aussi semblent porter sur des états de choses possibles. Par exemple la peur peut réagir en partie à une menace qui n'est pas totalement actuelle, que l'on redoute justement parce qu'elle pourrait achever de se concrétiser : si j'ai peur de tomber dans un précipice ou d'échouer à un examen, c'est bien que cela ne s'est pas produit, et donc que la propriété qui suscite ma peur là-dedans, disons la propriété d'être dangereux pour moi, a un caractère virtuel, potentiel. Mais Tappolet répond que dans le cas d'une émotion, la modalité (l'incertitude) porte sur l'état de choses lui-même et non sur le fait qu'il instancie certaines propriétés axiologiques (comme la modalité de potentialité ou de virtualité du contenu des humeurs). Par exemple si on a peur qu'il gèle pendant la nuit car c'est effrayant, c'est une émotion, même s'il n'est pas sûr qu'il gèlera pendant la nuit, car le fait qu'il gèle, l'état de choses dans lequel il gèle, est représenté par l'émotion comme instanciant actuellement la propriété axiologique monadique qui sous-tend la propriété évaluative d'être effrayant, en l'occurrence le fait d'être dangereux : il n'est pas sûr qu'il gèlera pendant la nuit, mais s'il gèle, c'est effrayant à coup sûr. En revanche si on est d'humeur anxieuse à l'idée de quelque chose d'effrayant, c'est une humeur, car cette propriété évaluative est représentée comme virtuelle, comme n'étant instanciée par rien en particulier : le danger est représenté en tant que non actualisé par un état de choses quel qu'il soit, il n'est pas sûr qu'un état de chose l'instancie un jour ou l'autre (Tappolet, 2018, p. 186).

Il reste cependant une difficulté de cette théorie, qui est de comprendre comment on accède aux propriétés axiologiques virtuelles qui sont le contenu spécifique des humeurs, dans la mesure justement où elles sont virtuelles, et non instanciées par la situation actuelle. Comment les humeurs peuvent-elles être des « perceptions de valeurs » si aucun objet particulier n'instancie actuellement ces valeurs, objet dont la représentation (perception dans certains cas) pourrait causer la réponse émotionnelle qui représenterait ses propriétés axiologiques ? Tappolet semble dire qu'il y a une chaîne causale qui part de l'état actuel du monde pour donner au sujet des attentes sur des propriétés potentielles, susceptibles d'être instanciées par des objets : les humeurs sont des quasi-perceptions de valeurs car des éléments actuellement perçus dans la situation actuelle conduisent à « *former des attentes sur la façon dont les choses sont susceptibles d'évoluer en termes de propriétés évaluatives* », à « *se faire une idée de ce qui doit probablement arriver dans le futur* » (Tappolet, 2018, p. 184). Mais que sont ces attentes que l'on forme sur les propriétés évaluatives susceptibles être instanciées ? S'agit-il d'un contenu conceptuel, voire propositionnel ? S'agit-il d'un contenu non conceptuel ? Si les propriétés évaluatives susceptibles d'être instanciées sont déduites,

inférées, de propriétés évaluatives instanciées par les objets que nous percevons actuellement, n'étant pas elles-mêmes instanciées, il est difficile de comprendre comment elles peuvent être représentées de façon non conceptuelle. Mais Tappolet ne dit pas que les humeurs soient à propos d'un contenu conceptuel ; elles représentent bien ces propriétés axiologiques de façon non conceptuelle, par leur phénoménologie. Mais alors comment les humeurs peuvent-elles percevoir ces propriétés axiologiques *en tant que virtuelles*, non instanciées par l'objet ou la situation ? Il semble peu probable qu'une phénoménologie puisse représenter ce caractère de virtualité, de potentialité, qui est un contenu intentionnel sophistiqué.

Si l'on concède à Tappolet que cela ne constitue pas une difficulté insurmontable pour sa théorie, celle-ci donne-t-elle une théorie satisfaisante de l'humeur dépressive ? Admettons que cette théorie remplisse le réquisit phénoménologique : cela suppose d'accepter que la phénoménologie de l'humeur dépressive puisse être la « perception », la représentation non conceptuelle, de certaines propriétés axiologiques monadiques virtuelles, potentielles, non actuellement instanciées par des objets. Concernant le réquisit intentionnel, il serait satisfait dans la mesure où le contenu intentionnel consisterait dans des propriétés virtuelles, ne faisant donc pas intervenir un objet particulier du monde, et serait représenté par une phénoménologie qui serait à la fois tournée vers le monde, vers le soi et vers le corps. Cette théorie peut admettre que la phénoménologie affective de l'humeur dépressive s'accompagne d'un certain état corporel, qui rendrait compte à la fois des manifestations corporelles de l'humeur dépressive, et de ses manifestations comportementales. Il est cependant difficile de voir comment cette théorie peut rendre compte des effets que l'humeur dépressive a toujours sur les actions et sur les états mentaux : le renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation, la baisse de la motivation, des désirs, et la baisse des émotions.

En effet si elle percevait des propriétés axiologiques virtuelles, elle devrait plutôt favoriser un certain type de réponse émotionnelle et d'actions : en percevant ces propriétés comme virtuelles, potentielles, susceptibles d'être instanciées, une humeur prépare, favorise, la réponse émotionnelle que l'on aurait si l'on percevait ces propriétés comme actuellement instanciées. Il devrait y avoir un type spécifique d'émotion se définissant comme la perception du même type de propriétés axiologiques que l'humeur dépressive, mais comme actuelles. Cette émotion percevrait ses objets au travers de propriétés affectives, évaluatives, d'un certain type, serait ainsi au fondement de certains jugements évaluatifs et axiologiques, et motiverait certaines actions en conséquence. L'humeur dépressive, qui percevrait les propriétés axiologiques du même type comme virtuelles, potentielles, devrait favoriser ce type

d'émotions et d'actions, les premières percevant ces mêmes propriétés comme actuellement instanciées par des objets, et motivant les secondes.

Mais l'humeur dépressive favorise au contraire une baisse des émotions et de la motivation, et une conduite de renoncement à agir. Cela suggère qu'elle est plutôt un état affectif dans lequel on ne perçoit pas de propriétés axiologiques susceptibles de susciter nos réponses émotionnelles, et ainsi de servir de fondement aux jugements évaluatifs et de motiver des actions.

On pourrait m'objecter que dans certains cas au moins, l'humeur dépressive favorise certaines émotions spécifiques : la tristesse, le découragement, l'anxiété, ou encore la culpabilité. Cependant, ces différentes émotions perçoivent différents types de propriétés axiologiques respectivement : c'est pourquoi leur diversité s'explique mieux en supposant qu'elles manifestent une diversité de croyances recrutées par l'humeur, plutôt qu'en supposant qu'elles sont causées par l'humeur uniquement, en tant que celle-ci percevrait un certain type de propriétés axiologiques comme virtuelles. Si une humeur perçoit comme virtuelles des propriétés axiologiques monadiques que la tristesse perçoit comme actuelles, et qui suscitent cette réponse émotionnelle, alors ce doit être l'humeur triste, que j'ai distinguée de l'humeur dépressive au chapitre précédent. De même pour l'humeur découragée (ou abattement) à l'égard du découragement.

En conclusion, l'humeur dépressive se prête mal à la théorie « perceptuelle » des émotions que propose Tappolet. Ses effets sur les actions et les états mentaux indiquent plutôt qu'elle ne perçoit pas de propriétés axiologiques monadiques virtuelles : en effet si elle en percevait, elle favoriserait un certain type d'émotions, percevant ces propriétés comme actuellement instanciées par des objets, et en conséquence un certain type d'actions. Or elle entraîne avant tout une baisse globale des émotions et de la motivation, et une conduite de renoncement à agir.

ii. La théorie perceptuelle néo-jamésienne

La théorie néo-jamésienne de Prinz définit les états affectifs comme des « évaluations incarnées » au sens de perceptions d'états corporels qui co-varient de façon fiable avec l'état

des relations organisme-environnement et ont pour fonction d'informer l'organisme sur l'état de ces relations (Prinz, 2004). Il définit la dépression comme une humeur qui serait la perception d'un état corporel indiquant le même type de relation organisme-environnement que la tristesse, à savoir une situation de perte, mais comme instanciée par une situation globale plutôt que par une situation locale : j'ai écarté cette théorie comme ne remplissant pas bien les réquisits que j'ai formulés pour une théorie de l'humeur dépressive. Mais on pourrait tout de même appliquer la théorie de Prinz (2004) à l'humeur dépressive en montrant qu'elle consiste dans un état corporel qui représenterait, au sens naturalisé de Dretske (2002), un autre type de relation organisme-environnement, en tant qu'instancié par une situation globale.

Une telle théorie expliquerait bien les manifestations de l'humeur dépressive au niveau du corps et du comportement, pour autant que l'état corporel constitutif de cette humeur puisse causer ces manifestations, y compris les manifestations comportementales, soit la baisse de motivation et éventuellement le ralentissement psychomoteur ou l'agitation psychomotrice. En revanche il n'est pas sûr que cette théorie puisse remplir le réquisit phénoménologique et le réquisit intentionnel. Dans la mesure où elle conçoit les états affectifs comme des perceptions d'états corporels, la théorie néo-jamésienne de Prinz (2004) n'exclut pas qu'ils puissent avoir une phénoménologie affective, mais tend implicitement à réduire celle-ci au ressenti d'un état corporel. Donc elle ne pourrait pas rendre compte du ressenti de distance au monde et de la douleur morale, en tant qu'aspects de la phénoménologie affective de l'humeur dépressive, ni du fait que cette humeur soit dès lors orientée vers le monde et vers le soi, tout autant que vers le corps, tout en n'étant dirigée vers aucun objet particulier du monde. De plus cette théorie n'explique pas non plus complètement les manifestations de l'humeur dépressive au niveau des actions et ses effets sur les états mentaux.

En supposant que l'humeur dépressive consiste dans un état neurobiologique qui co-varie de façon fiable avec un certain état des relations organisme-environnement, il est difficile de concevoir ce qui assurerait que cet état neurobiologique indique cet état comme étant global, et non local : pourquoi l'organisme devrait-il interpréter l'information dont l'état corporel est le véhicule comme une information à propos de sa situation générale, de sa position globale dans le monde et non comme une information à propos de sa situation locale ? Comment rendre compte du fait que l'état corporel ressenti nous indique que l'on est

impuissant face à l'existence tout entière plutôt que face à une situation donnée³²⁸ ? De plus, dans le cas de l'humeur dépressive, il devrait s'agir d'une situation globale relativement complexe, puisqu'il s'agit de se représenter l'impossibilité d'atteindre dans le futur une situation qui satisferait ses aspirations, en anticipant notamment une mauvaise évolution de cette situation (pessimisme), un échec de ses propres actions (défaitisme) et une défaillance personnelle faisant présager cette mauvaise évolution et ces échecs (auto-dévalorisation). L'état corporel constitutif d'une humeur dépressive peut consister dans un état de fatigue, ou un état globalement altéré, voire inflammatoire, parfois accompagné de perturbations végétatives, et allant de pair avec une baisse de motivation. Un tel état corporel ne peut indiquer une situation globale aussi complexe qu'en étant interprété par divers états mentaux, notamment des jugements et des croyances évaluatifs : des croyances et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, entraînant la conduite de renoncement à agir. Dès lors l'évaluation de la situation globale dans l'existence qui serait le contenu intentionnel de l'état dépressif, ne pourrait pas être le contenu intentionnel de l'état corporel en lui-même, en tant que corrélé avec un certain type de situation, d'état local des relations organisme-environnement ; de plus cet état corporel ne suffirait pas en lui-même à entraîner la conduite de renoncement à agir, sans l'intervention d'états cognitifs représentant cette situation.

On pourrait m'objecter que cette position globale n'est pas aussi complexe mais correspond plutôt à type fondamental de relations organisme-environnement, un « schème relationnel fondamental », ce qui ne constitue pas un contenu intentionnel très sophistiqué et permet d'envisager qu'il soit représenté par l'état corporel. Mais dans ce cas il devrait s'agir par exemple d'une situation de perte, ou d'une situation d'impuissance : ces deux types de relations organisme-environnement, sont les types fondamentaux dont il serait le plus probable qu'ils soient représentés par cette humeur. Cependant elle ne peut représenter ni l'un ni l'autre puisque dans ce cas elle se confondrait respectivement avec une humeur triste, qui devrait représenter la perte, ou avec une humeur découragée, abattue, qui devrait représenter cette impuissance, or je l'ai distinguée de ces deux humeurs.

³²⁸ Ajoutons qu'à propos des humeurs la littérature en psychologie a bien établi que leurs facteurs environnementaux sont multiples et non spécifiques, et parfois strictement endogènes plutôt qu'environnementaux (Morris, 2012). De ce fait on peut sérieusement douter de la possibilité d'identifier des facteurs environnementaux nécessaires et suffisants de l'humeur dépressive, et donc un état des relations organisme-environnement que l'état neurophysiologique constitutif de cette humeur indiquerait de façon fiable – dont il faudrait encore prouver que ce serait sa fonction adaptative.

Ces difficultés se posent également à la variante de cette théorie proposée par Price (Price, 2006). Price définit les humeurs comme des perceptions d'états corporels indiquant qu'un type de situation est susceptible de se produire dans l'environnement, car ces états corporels nous préparent à y réagir : par exemple « *la fonction de l'irritabilité ou de l'appréhension est d'adapter le sujet à un environnement où il y a une probabilité accrue qu'une offense ou une menace fasse occurrence* » (Price, 2006, p. 57). Suivant cette théorie, une émotion comme la peur est la perception d'un état corporel qui informe d'une menace directe, actuelle, bien identifiée dans l'environnement, par exemple un individu menaçant en présence duquel on se trouve ; mais une humeur comme l'humeur anxieuse est la perception d'un état corporel qui informe d'une menace potentielle, au sens où elle indique que l'environnement est tel que des menaces pourraient s'y trouver, et qu'on pourrait donc se retrouver dans une situation du type de celles où l'on a peur, c'est-à-dire une situation où l'on est menacé. Price s'appuie ici sur une définition de l'information selon laquelle un état d'un certain type véhicule l'information que des conditions d'un certain type sont réunies, si ces conditions sont réunies et que la probabilité qu'elles le soient sachant qu'un état du type concerné est instancié est plus grande que la probabilité simple que ces conditions soient réunies : elle présente cette définition comme une version faible de la définition de l'information par Dretske (Price, 2006, p. 53). Avec cette théorie, l'humeur dépressive serait la perception d'un état corporel indiquant qu'un certain état des relations organisme-environnement est susceptible de se produire, d'être instancié, dans un certain environnement. On retrouverait alors la même difficulté : le type de relation organisme-environnement susceptible d'être représenté par l'humeur dépressive semble trop sophistiqué pour être représenté par un état corporel. J'en conclus que les théories perceptuelles néo-jamésiennes des humeurs ne peuvent pas s'appliquer à l'humeur dépressive : celle-ci est mieux conçue par la théorie des « croyances dépressives actives » qui attribue à des croyances la représentation du type de situation susceptible d'entraîner cette humeur, qui recrute ces croyances.

Conclusion du chapitre

J'ai défendu une théorie fonctionnaliste de l'humeur dépressive dans laquelle cette humeur est un état affectif occurrent qui recrute des croyances dépressives et les rend davantage susceptibles de se manifester au niveau de la conduite et des états mentaux. L'humeur dépressive et ces croyances causent donc conjointement le type spécifique d'états

mentaux (jugements et émotions), et de conduite (renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations) qui avaient été identifiés comme des effets distinctifs de l'humeur dépressive lors de sa caractérisation. Les modèles cognitifs et comportementaux de la dépression ont montré que de telles croyances expliquent les émotions et cognitions dépressives et expliquent la conduite dépressive. Cependant ces modèles affirment que ce sont ces croyances qui engendrent l'humeur dépressive, alors que cela semble n'être vrai que dans certains cas. La théorie des « croyances dépressives actives » considère ces croyances comme étant plutôt recrutées par l'humeur dépressive, qui en revanche n'est pas nécessairement engendrée par de telles croyances. Cette théorie reste agnostique sur les causes de l'humeur dépressive. Les croyances dépressives, si elles ne sont pas constitutives de l'humeur dépressive elle-même, vont être constitutives de la dépression au sens où celle-ci est l'état global dépressif global engendré par l'humeur dépressive et les croyances dépressives, leurs manifestations, leurs effets, et les relations fonctionnelles qu'elles entretiennent entre elles, et avec les autres états mentaux et la conduite qu'elles causent conjointement. Dans la partie suivante, je vais donc m'appuyer sur cette conception pour proposer une explication de la dépression à proprement parler.

Troisième partie : Expliquer la dépression

Comment passe-t-on d'une humeur dépressive sous une forme courante, banale, à la dépression à proprement parler ? Dans la partie précédente, lorsque j'ai caractérisé l'humeur dépressive, nous avons vu que sous une forme courante cette humeur a des manifestations et des effets limités, et ne cause qu'un inconfort et une gêne légers, alors que dans la dépression à proprement parler, elle s'accompagne d'une véritable souffrance car ses manifestations et ses effets deviennent très marqués au niveau du corps, du comportement, des actions et des états mentaux. Cette humeur s'inscrit alors dans un état dépressif global, dont elle est un élément et un symptôme, qui devient problématique. Cet état dépressif peut aller jusqu'à nécessiter une prise en charge thérapeutique allant du traitement médicamenteux ou psychothérapeutique à l'hospitalisation lorsqu'il est très sévère. Dans cette partie je vais m'intéresser à la façon dont on passe d'une humeur dépressive courante à la dépression à proprement parler : je vais montrer que cette humeur induit cet état dépressif global et ses différents aspects problématiques en grande partie parce qu'elle recrute des croyances dépressives et les rend davantage susceptibles de se manifester au niveau de la conduite et des états mentaux. Je vais utiliser la théorie que j'ai proposée dans la partie précédente pour concevoir l'humeur dépressive, soit la théorie des « croyances dépressives actives ». Cela me permettra de proposer une approche de ce qui marque le passage de la santé à la maladie dans le cas de la dépression, donnant un rôle central à l'humeur dépressive et aux croyances dépressives. Pour cela, je vais donc me tourner vers la philosophie contemporaine de la psychiatrie (Bolton, 2008; Cooper, 2014; Murphy, 2010). En m'appuyant sur un critère du « pathologique » présent dans cette littérature, je vais montrer que l'on peut l'adapter à l'état dépressif induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives, et proposer une explication de la dépression, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices ». Je situerai cette théorie par rapport à la question de la définition de la santé mentale et des troubles psychiatriques, ainsi que par rapport aux modèles scientifiques de la dépression. La question est à la fois de savoir quel est le rôle que l'humeur dépressive et les croyances dépressives jouent dans la dépression, et ce qui permet de considérer l'état dépressif qu'elles induisent comme « pathologique », problématique au point de nécessiter une prise en charge thérapeutique.

- L'humeur dépressive persistante au cœur de l'épisode dépressif caractérisé

Dans les critères cliniques internationaux de l'épisode dépressif ou du trouble dépressif, nous avons vu que « l'humeur dépressive » était un critère central mais non nécessaire, puisqu'il y a un autre critère central qui est « la perte d'intérêt et de plaisir » ou anhédonie. Mais grâce à la façon dont j'ai caractérisé et défini l'humeur dépressive jusqu'ici, il apparaît maintenant qu'elle est tout de même un élément systématiquement constitutif de cet état dépressif.

- Premièrement j'ai souligné que le critère clinique de « l'humeur dépressive » l'assimile souvent à la tristesse, alors que celle-ci est un état affectif qui en est distinct, même s'il est présent dans de nombreux tableaux dépressifs parce qu'il peut causer ou être entretenu en retour par l'humeur dépressive : dans la première partie, historique, nous avons vu que le versant affectif des états dépressifs ne se limite pas à la tristesse, et dans la deuxième partie, qui définit l'humeur dépressive, j'ai distingué l'humeur dépressive de la tristesse, même sous une forme diffuse. Ainsi l'absence du critère « humeur dépressive » dans un diagnostic d'épisode dépressif ou trouble dépressif, peut signaler simplement l'absence de tristesse et non l'absence d'humeur dépressive à proprement parler.
- Deuxièmement, nous avons vu que l'humeur dépressive pouvait être inconsciente-P en tant qu'humeur, c'est-à-dire se présenter sans sa phénoménologie affective distinctive, ce que suggèrent les notions cliniques de « dépression masquée » (Kielholz, 1973), ou de tableau clinique dépressif « comportemental », centré sur le ralentissement psychomoteur, mis en avant par Widlöcher (1983), qui s'appliqueraient à des cas de dépression sans ressenti affectif du tout : j'ai analysé ces cas comme des cas où la phénoménologie de l'humeur se réduit à ses aspects corporels, l'humeur se présentant dès lors comme un état corporel ressenti. L'absence du critère « humeur dépressive » dans un diagnostic d'épisode dépressif ou trouble dépressif, supposé repérer un ressenti affectif subjectif, peut donc aussi correspondre à un tel cas.
- Enfin j'ai analysé la perte d'intérêt et de plaisir elle-même comme un aspect de l'humeur dépressive, en termes d'une baisse de la motivation et des désirs manifestant cette humeur.

J'en conclus que même si le critère « humeur dépressive » n'est pas un critère nécessaire de l'épisode dépressif, son absence signale ou bien l'absence de tristesse, ou bien une humeur dépressive inconsciente-P en tant qu'humeur, et non l'absence d'une humeur dépressive. J'ai ainsi défini l'humeur dépressive comme un état affectif qui correspond bien au versant affectif de l'état dépressif. Cependant, d'après la caractérisation que j'en ai faite à partir d'exemples courants, du récit de Styron (2010), et des sciences cliniques contemporaines, cet état affectif peut se présenter indépendamment d'un état dépressif plus global, tandis que cet état dépressif semble pouvoir être induit par la persistance de cet état affectif, du fait de ses diverses manifestations et effets au niveau du corps, du comportement, des actions, des fonctions cognitives et des états mentaux.

Mais qu'y a-t-il donc de problématique, allant jusqu'à nécessiter une prise en charge thérapeutique, dans le fait qu'une telle humeur s'installe, persiste, ayant ces manifestations et ces effets ? Les critères cliniques du troubles dépressif dans le DSM-5 prévoient que le diagnostic soit porté si au moins cinq symptômes (dont un des deux symptômes centraux qui sont « l'humeur dépressive » et la « perte d'intérêt et de plaisir ») persistent depuis plus de deux semaines (Crocq et al., 2015, p. 188). Cette durée ne suffit cependant pas à établir que l'humeur dépressive persistante est problématique : il faut aussi que « *les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants* » (Crocq et al., 2015, p. 188). Ces critères strictement cliniques sont confiés à l'appréciation du clinicien pour établir le caractère problématique de l'état dépressif, ce qui le rend éligible à une prise en charge thérapeutique. Quelle définition du « pathologique » pourrait alors se présenter comme un fondement normatif à ces critères cliniques ?

- Une définition du « pathologique » en termes de préjudice objectif

Je vais considérer qu'est « pathologique »³²⁹ *un état physique ou mental d'un individu qui le rend incapable d'atteindre un bien-être minimal*. Je vais appeler « maladie » la

329 Ce terme a une histoire longue en médecine et en philosophie, dans laquelle s'inscrit la définition proposée par Canguilhem selon laquelle un état pathologique est un état dans lequel l'organisme ne parvient plus à être normatif, c'est-à-dire à ajuster ses paramètres et à fonctionner suivant eux comme étant ses normes propres (Canguilhem, 2009). Je ne vais pas faire référence à cette histoire et à ces définitions historiques, mais uniquement à la littérature contemporaine en philosophie de la médecine et de la psychiatrie pour situer mon approche de la démarcation entre santé et maladie mentale dans le cas de la dépression. L'article de Boorse (1977) est considéré comme l'article princeps de cette littérature contemporaine en

condition globale de l'individu qui résulte d'un état pathologique. L'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³³⁰. La « maladie » est ici implicitement entendue comme une condition objectivement dysfonctionnelle, sur le plan biologique par exemple, ce qui correspond plutôt à la notion étroite d'« affection », en anglais « *disease* ». En entendant par « maladie » une condition globale résultant d'un état « pathologique » lui-même défini comme tel relativement au bien-être, je fais appel à première vue à une notion plus large qui s'oppose plutôt à la santé en général telle que la définit l'OMS, et serait plus proche de l'anglais « *illness* »³³¹ désignant la maladie en tant que vécu subjectif plutôt que condition objectivement dysfonctionnelle (notamment sur le plan biologique). Cependant je ne vais pas considérer comme « pathologique », tout état où l'on est privé du bien-être, mais un état physique ou mental dans lequel on est *incapable de mettre en œuvre des capacités* qui nous permettraient d'atteindre un bien-être minimal ; or un état s'accompagnant d'une telle incapacité pourra être envisagé comme dysfonctionnel, ce qui permettra d'appréhender la dépression ainsi définie indissociablement en tant que maladie au sens d'un vécu (« *illness* ») et au sens d'un état physique et mental global dysfonctionnel (« *disease* »). Le « pathologique » conçu en terme d'incapacité à mettre en œuvre des capacités permettant d'atteindre un bien-être minimal, se prête bien à être considéré comme ce qu'il convient de prendre en charge par nos moyens thérapeutiques disponibles : il semble légitime que cette prise en charge se donne pour but de restaurer la capacité des individus à atteindre un bien-être minimal, lorsqu'ils ne peuvent la restaurer par eux-mêmes.

Je m'appuie ici sur la définition de la santé proposée par Nordenfelt³³² (2000), selon laquelle un état de santé est un état physique et mental dans lequel l'individu a, dans des

philosophie de la médecine : dans cet article, Boorse développe une théorie bio-statistique selon laquelle les états de santé sont des états biologiques favorables à la réalisation des buts de survie et de reproduction de l'organisme, alors que les états pathologiques sont des états dans lesquels ses capacités de survie et de reproduction sont amoindries par rapport à une moyenne statistique dans une population (Boorse, 1977). Pour une synthèse récente sur le devenir de la notion de « pathologique » dans la philosophie contemporaine de la médecine, voir Arminjon et al., 2022.

330 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

331 Cette distinction entre la « maladie » comme expérience de la maladie, « *illness* », par opposition à la « maladie » comme affection, « *disease* », est issue de Marinker ; qui ajoute la « maladie » comme « *sickness* », qui est la maladie reconnue socialement, par exemple au niveau du système de santé publique (Marinker, 1975).

332 Je m'inscris donc dans une approche conceptuelle de la distinction entre santé et maladie, en termes de critère ou de conditions nécessaires et suffisantes. Cette approche, partagée par Boorse (Boorse, 1977), Nordenfelt (2000) ou encore

circonstances ordinaires, la capacité de second ordre de réaliser ses buts vitaux, c'est-à-dire de réunir les états de choses nécessaires et conjointement suffisants à son bonheur minimal sur le long terme (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 291). Par opposition, un état « pathologique » est un état où cette capacité de second-ordre lui fait défaut.

- Il s'agit d'une capacité de second-ordre car il s'agit d'une capacité à mobiliser ou acquérir les capacités de premier ordre permettant de réaliser les états de choses dont il s'agit. Par exemple un réfugié politique qui vient d'arriver dans un pays étranger n'a pas les capacités de premier ordre de réaliser les états de choses nécessaires et conjointement suffisants à son bonheur minimal ; mais tant qu'il est, de par son état physique et mental, capable d'acquérir ces capacités de premier ordre (par exemple la maîtrise de la langue) qui lui permettraient de chercher à réaliser ces états de choses, alors il est en bonne santé (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 278).
- Ce sont des circonstances ordinaires qui permettent d'apprécier les états de capacité et d'incapacité. Dans des circonstances extraordinaires, nous pouvons avoir certaines capacités, pourtant nous ne les possédons pas véritablement. Un enfant à qui un pilote montre comment piloter un avion semble capable de le piloter, mais nous ne dirions pas que c'est bien le cas ; nous constatons qu'une personne amputée des deux jambes est dans un état d'incapacité, même si nous savons qu'elle est généralement équipée d'un fauteuil roulant qui lui restitue cette capacité (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 267).
- Si nous sommes dans une situation dans laquelle notre bonheur minimal n'est pas réalisé, et que nous ne sommes pas directement capables de réaliser les états de choses nécessaires et conjointement suffisants à ce bonheur minimal, mais que notre état physique et mental nous permet, dans des circonstances ordinaires, de mettre en œuvre, de mobiliser ou d'acquérir les capacités de chercher à les réaliser, alors nous sommes en bonne santé. Par exemple nous pouvons être trop pauvres pour être heureux, parce que cette pauvreté nous rend incapables d'acquérir des biens matériels

Wakefield (Wakefield, 1992b), ne fait pas consensus, puisque s'y opposent les tenants d'une approche anti-conceptuelle comme Kincaid (Kincaid, 2008), considérant qu'il est vain de chercher à distinguer des états de santé et de maladie car il s'agit d'un problème pratique et non théorique : un problème pour le médecin, qui intervient avec les moyens thérapeutiques dont il dispose en fonction du pronostic, sans avoir besoin de trancher la question de la distinction entre santé et maladie, ou « normal » et « pathologique ». Une position intermédiaire, pragmatique, défendue par De Vreese (De Vreese, 2017), considère que la distinction entre santé et maladie est importante mais ne répond pas à un critère universel ou ensemble de conditions nécessaires et suffisantes : elle peut être faite au cas par cas en conjuguant le facteur des valeurs qui rendent un état désirable ou indésirable, et le facteur des causes permettant de prédire et soigner l'évolution d'un état.

qui seraient nécessaires à notre bonheur minimal ; mais en même temps nous pouvons être physiquement et mentalement capables de travailler pour nous enrichir, acquérir ces biens et ainsi de réaliser les états de choses qui seraient constitutifs de notre bonheur minimal. Dans ce cas nous sommes en bonne santé. Inversement si ce bonheur n'est pas réalisé, que nous n'avons pas les capacités d'en réunir les conditions nécessaires et suffisantes, et que notre état physique ou mental nous empêche d'acquérir, dans des conditions ordinaires, ces capacités, alors cet état physique ou mental est un état « pathologique », c'est un état dans lequel nous sommes privés d'une capacité de second ordre à réaliser les états de choses constitutifs de notre bonheur minimal.

Pour Nordenfelt un bonheur total serait une situation dans laquelle toutes les aspirations, ou « volitions », de l'individu seraient satisfaites, et celui-ci serait persuadé que tel est bien le cas (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 285). Il appelle bonheur minimal d'un sujet une situation qui est en adéquation avec un certain nombre de ses volitions, plus précisément ses volitions qui ont une « priorité haute » : il définit celles-ci en disant que si la situation se dégradait de sorte qu'une seule de ces volitions ne serait plus satisfaite, cette situation tomberait en-dessous du seuil de ce qui est acceptable pour cet individu, c'est ce qui permet de parler d'un « bonheur minimal » (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 290-291). Dit autrement, le bonheur minimal est atteint dans une situation dans laquelle les aspirations fondamentales d'un individu sont satisfaites. Pour Nordenfelt le bonheur a trois caractéristiques. Premièrement il exige une condition cognitive, qui est la connaissance ou la croyance au fait que ses aspirations (volitions) sont satisfaites (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 286). Deuxièmement il est distinct du plaisir car il ne s'agit pas d'un ensemble de sensations agréables, mais d'un état mental de second ordre qui peut porter sur des états de premier ordre incluant des sensations désagréables (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 286-287). Troisièmement il est une émotion au sens où il s'agit d'un état mental affectif avec un objet (l'état de choses réalisant les volitions subjectives, en tant que réalisé), mais qui ne s'accompagne pas nécessairement d'un ressenti affectif en permanence (par exemple lorsque la personne dort) – un tel ressenti n'étant pas nécessairement présent dans une émotion, selon Nordenfelt (Nordenfelt, 2000, in Giroux & Lemoine dir., 2012, p. 287).

Je vais introduire une distinction entre le bien-être et le bonheur pour refléter l'usage de ces notions dans la philosophie contemporaine, où elles correspondent aux traductions respectives des termes anglais « *well-being* » et « *happiness* » : « *dans ce contexte, le concept de bonheur (happiness) a un sens très psychologique et affectif, un sens beaucoup plus restreint que celui du concept de bien-être (well-being) qui ne se limite pas aux états psychologiques* » (Dézèque, 2021). Je vais donc appeler « bien-être » *une situation globale de l'individu dans laquelle ses aspirations sont satisfaites*³³³. En reprenant la distinction de Nordenfelt (2000) entre des volitions de priorité haute, ou aspirations fondamentales, d'un individu, et ses autres volitions ou aspirations, je vais appeler « bien-être minimal » *une situation globale de l'individu dans laquelle ses volitions de priorité haute ou aspirations fondamentales sont satisfaites*, et « bien-être total » une situation où l'ensemble de ses volitions ou aspirations sont satisfaites. Je vais appeler « bonheur », *l'état mental qui permet d'accéder cognitivement au bien-être, c'est-à-dire de connaître, ou de se rendre conscient-A, que l'on est dans une situation qui satisfait ses aspirations ; cet état mental inclut généralement aussi, mais pas nécessairement, une composante affective d'accès au bien-être, c'est-à-dire un ressenti, une phénoménologie de valeur hédonique ou valence positive, qui fait que l'on est alors également conscient-P d'être dans une situation qui satisfait ses aspirations*. A partir de cette distinction, je ne fais intervenir que le bien-être, et non le bonheur, dans la définition d'un état de santé, par opposition à un état « pathologique ».

La définition de l'OMS ne précise pas la nature de l'état de complet bien-être physique, mental et social dans lequel doit consister la santé. Elle est compatible avec une spécification de cet état comme un état d'un individu placé dans une situation qui satisfait l'ensemble de ses aspirations, donc de bien-être complet. De plus, en parlant d'un état de bien-être mental, cette définition suggère qu'une des composantes de cet état est un état mental dans lequel on se sait être dans une situation de bien-être et dans lequel on a un ressenti affectif positif. Cela suggère qu'il s'agirait d'une situation de bonheur total au sens de Nordenfelt (2000). Dans les termes que j'ai proposés, il s'agirait d'une situation de bien-être total au sens d'une situation satisfaisant toutes les aspirations d'un individu, à laquelle s'ajouterait un état mental de bonheur : un état mental incluant une composante cognitive par

³³³ Cela revient à en adopter une conception conforme à la théorie de la satisfaction des désirs, que l'on trouve chez des philosophes tels que Sidgwick, Rawls, Brandt ou Railton (Dézèque, 2021). Cette théorie n'est qu'une théorie parmi d'autres à propos du bien-être, les autres étant l'hédonisme, les théories de la liste objective, les théories perfectionnistes ou eudémonistes et les théories hybrides (Dézèque, 2021).

laquelle on est conscient-A d'être dans une situation de bien-être, et généralement une composante affective par laquelle on en serait aussi conscient-P. On peut considérer qu'il s'agit d'une définition maximale de la santé, et que des états physiques ou mentaux de l'individu incompatibles avec cette définition de la santé, sans être des états de santé, ne sont pas pour autant « pathologiques » ou des états de « maladie » : cela semble être notamment le cas des états où seule la composante de bonheur, d'état mental par lequel on est conscient-A et éventuellement conscient-P d'être dans une situation de bien-être, fait défaut. *Je vais donc simplement considérer qu'est « pathologique » un état physique ou mental dans lequel l'individu est privé d'une capacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Il s'agit dès lors d'un état physique ou mental de l'individu le rendant incapable de mobiliser certaines capacités de premier ordre qui lui permettraient de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales.* Cela évite d'élargir la définition du « pathologique » ou de la « maladie » à toute forme de malheur (privation de bonheur, donc de conscience du bien-être ou du bien-être lui-même) ou de mal-être (non réalisation de certaines aspirations, pas nécessairement fondamentales), ce qui est souhaitable dans la mesure où cette notion doit servir de fondement à ce qu'il convient de prendre en charge par nos moyens thérapeutiques.

Le « pathologique » ainsi défini est défini en termes de préjudice objectif car une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal est clairement préjudiciable, mais ce préjudice est défini indépendamment de la souffrance affective qui peut éventuellement l'accompagner, et n'est pas non plus relatif à des valeurs ou normes sociales spécifiques. Le préjudice défini en termes de diminution des capacités d'un individu, plus précisément d'incapacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre qui sont nécessaires pour atteindre un bien-être minimal, est objectif dans la mesure où ces capacités sont objectivement utiles et avantageuses, notamment quel que soit l'environnement socio-culturel. L'incapacité à mobiliser ces capacités est donc objectivement désavantageuse, préjudiciable. Je reprends ici la suggestion de Forest (2021) selon laquelle le préjudice permettant de définir une « pathologie » peut être défini sans faire appel à des valeurs, sur une base plus « factuelle ». Forest montre que l'on ne fait pas appel à des valeurs, notamment à des standards culturels, lorsqu'on caractérise ce préjudice en termes de réduction de l'autonomie de l'individu, de l'étendue de ses opportunités, ou de la probabilité de succès de ses actions : cela ne fait pas appel à des valeurs sociales, car nous ne saurions imaginer une société où ce ne serait pas intrinsèquement désavantageux, préjudiciable à l'individu de subir cette diminution de ses capacités (Forest, 2021, p. 443). Je vais adopter cette perspective et chercher à montrer que

l'on peut objectiver la dépression en termes de préjudice, parce qu'un état dépressif peut s'accompagner d'une incapacité à mobiliser certaines capacités psychologiques (de premier ordre), ce qui constitue un préjudice objectif : ces capacités étant nécessaires pour atteindre un bien-être minimal, cela me permettra de définir un tel état dépressif comme « pathologique » en lui adaptant le critère de Nordenfelt (2000).

Pour récapituler, je vais considérer comme « pathologique » *un état mental ou physique de l'individu qui entraîne pour cet individu une incapacité de second-ordre à satisfaire ses aspirations fondamentales, c'est-à-dire une incapacité à mettre en œuvre, mobiliser ou acquérir des capacités qui lui permettraient de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, et par conséquent d'atteindre une situation de bien-être minimal.* Ainsi, je dirai qu'un état dépressif est « pathologique », et que la dépression, comme situation globale de l'individu résultant d'un tel état pathologique, est une « maladie », si cet état dépressif est *un état physique et mental de l'individu dans lequel celui-ci est dans une incapacité de second-ordre d'atteindre son bien-être minimal.* Ce bien-être minimal consiste dans une situation où les aspirations fondamentales (ou, dans les termes de Nordenfelt (2000), les « volitions de priorité haute ») de l'individu sont satisfaites. L'incapacité de second-ordre à l'atteindre est une privation de la capacité à mettre en œuvre, mobiliser ou acquérir des capacités de premier ordre permettant réunir les conditions de satisfaction de l'ensemble de ces aspirations fondamentales (ou, dans les termes de Nordenfelt (2000), de « réaliser les états de choses nécessaires et conjointement suffisants » à ce bien-être minimal). *Il s'agit dès lors d'une définition du « pathologique » en termes de préjudice objectif.*

Dans un état dépressif, je vais montrer que l'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal porte plus précisément sur deux capacités principales qui sont la capacité à réguler ses états mentaux occurrents (émotions et cognitions), et la capacité à agir, en particulier en vue de réaliser ses aspirations. Être capable de réguler ses émotions et ses cognitions, notamment négatives, et être capable d'agir en vue de réaliser ses aspirations, est un pré-requis pour atteindre le bien-être compris comme une situation satisfaisant ses aspirations. Réguler ses émotions négatives permet par exemple de ne pas se laisser détourner de la recherche de certains buts, ou de ne pas abandonner cette recherche dans une situation où elle semble vouée à l'échec, situation qui a pu provoquer ces émotions négatives. Réguler

ses cognitions ou pensées négatives permet d'une part de ne pas s'enfermer dans des cercles vicieux entre de telles pensées et des émotions négatives, qui sont des émotions susceptibles de démotiver la poursuite de la recherche de certains buts, au profit d'autres émotions susceptibles au contraire de motiver à poursuivre la recherche de ces buts. D'autre part, cela permet, de façon plus générale, de libérer des ressources cognitives que l'on peut réallouer à la recherche de ses buts. Enfin, pouvoir agir en vue de réaliser nos aspirations diminue nos chances de nous rapprocher d'une situation dans laquelle nos aspirations fondamentales seraient satisfaites (sauf si cela arrivait complètement par hasard ou par chance). Une incapacité à mobiliser ces deux capacités, si elle est grande, peut se traduire par une incapacité à atteindre une situation de satisfaction de ses aspirations fondamentales : il s'agirait alors d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Montrer qu'un état dépressif peut s'accompagner d'une telle incapacité, c'est donc montrer que l'on peut lui adapter la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000), et ainsi le considérer comme « pathologique » en tant qu'objectivement préjudiciable. Dans le reste de cette introduction je vais justifier l'adoption de cette conception du « pathologique » en termes de préjudice objectif. Je serai alors en mesure de montrer, dans le premier chapitre de cette partie, qu'elle peut s'appliquer à un état dépressif dès lors que celui-ci peut effectivement entraîner une incapacité à mobiliser certaines capacités, en particulier la capacité de régulation des émotions et des cognitions, et la capacité à agir en vue de réaliser ses aspirations, entraînant dès lors une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal.

- Les critères cliniques de l'épisode dépressif l'envisagent comme « pathologique » sur la base d'un préjudice non objectivé.

Le syndrome dépressif, défini par les critères cliniques de l'épisode dépressif ou trouble dépressif, donne lieu à un tel diagnostic, étant dès lors considéré comme « pathologique », et ainsi comme justifiant une prise en charge thérapeutique, en fonction de critères cliniques qui reconduisent ce caractère pathologique à son caractère préjudiciable, sans objectiver ce préjudice. Voyons pourquoi.

La durée de deux semaines, même si elle a été établie, comme l'ensemble des critères et des catégories du DSM, sur la base de nombreuses études, a fait l'objet d'un débat dans la communauté psychiatrique et a paru arbitraire à certains. Wakefield a notamment affirmé qu'un syndrome dépressif d'une durée de plus de deux semaines peut se présenter dans un

grand nombre de situations de vie (deuil, échec professionnel, rupture amoureuse...), où il ne s'agit pas d'un épisode nécessitant une prise en charge thérapeutique. Cela était pris en compte dans les éditions précédentes du DSM pour le cas du deuil, qui faisait l'objet d'une clause d'exclusion du diagnostic d'épisode dépressif³³⁴ (Wakefield et al., 2007). Ce constat suggère qu'il pourrait être préférable d'adopter un critère non pas quantitatif, de durée, mais qualitatif, comme l'absence de cause permettant d'expliquer l'état dépressif, pour le diagnostic de l'épisode dépressif : c'est la position adoptée par le modèle de la « tristesse pathologique » de Horwitz et Wakefield, dans lequel la dépression est une tristesse sans cause, ou disproportionnée par rapport à ses causes³³⁵ (Horwitz & Wakefield, 2007). Cette durée de deux semaines n'est finalement prise en compte qu'à l'aune du critère selon lequel le syndrome dépressif doit s'accompagner d'une « détresse cliniquement significative » ou d'une « altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » également cliniquement significative : cela revient à reconduire le caractère « pathologique » d'un épisode dépressif à un préjudice non objectivé.

334 Dans le DSM-IV-TR cette clause stipulait que si les symptômes d'un épisode dépressif étaient réunis, mais que la personne venait de subir la perte d'un être cher et était donc en deuil, alors il ne fallait pas porter de diagnostic d'épisode dépressif (Crocq et al., 2004, p. 412) Des études ont montré que d'autres événements de la vie que le deuil d'un être cher pouvaient avoir des effets similaires, c'est-à-dire provoquer un syndrome dépressif, par exemple une rupture amoureuse ou un échec professionnel, motivant une proposition de Wakefield et d'autres d'étendre cette clause d'exclusion à tous ces autres événements, outre le deuil (Wakefield et al., 2007). La position adverse, qui s'est finalement imposée dans l'élaboration du DSM-5, était au contraire de supprimer cette clause d'exclusion afin que le diagnostic d'épisode dépressif permette de prendre en charge tout syndrome dépressif persistant plus de deux semaines et s'accompagnant d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou autre, quelles que soient les causes ou circonstances de vie ayant induit ce syndrome (Kendler et al., 2008). Wakefield a ensuite critiqué cette décision en affirmant que renoncer à la clause d'exclusion du deuil n'aurait aucun fondement scientifique tandis que sur le plan clinique il pourrait être délétère pour la santé mentale de subir un traitement en l'absence d'un trouble dépressif (Wakefield & First, 2012). Si la clause a finalement été retirée du DSM-5, c'est au nom de son approche descriptive, a-théorique, qui prend le parti de définir l'épisode dépressif d'après des symptômes qui peuvent être similaires dans des contextes très variables, indépendamment de toute hypothèse étiologique. Une note précise seulement qu'il incombe au jugement clinique de discerner si les symptômes constituent une réponse normale à une perte, ou si un épisode dépressif caractérisé s'ajoute à cette réponse normale. Horwitz et Wakefield affirment qu'il faut restaurer la clause d'exclusion du deuil en l'étendant à d'autres types de perte, et qu'il faudrait expliciter le caractère pathologique d'un syndrome dépressif : celui-ci ne saurait être évalué de manière purement descriptive mais il faudrait prendre en compte le contexte dans lequel les symptômes apparaissent ainsi qu'une théorie permettant de juger s'ils sont le signe d'un dysfonctionnement ; au contraire l'approche descriptive du DSM-5 conduirait à oblitérer la distinction entre tristesse normale et dépression (Horwitz, 2015).

335 Plus précisément ils proposent de définir la dépression comme une tristesse pathologique, dysfonctionnelle relativement à sa fonction héritée de la sélection naturelle qui est de permettre la réparation d'une perte (Horwitz & Wakefield, 2007). Mais du fait de cette fonction, la tristesse normale est liée à un contexte, celui d'une perte subie qui la cause (deuil, problèmes dans les relations avec les autres, perte d'un emploi ou d'un statut social, stress chronique, désastre subi), elle est proportionnelle à cette cause en intensité et tend à s'arrêter lorsqu'elle a permis la réparation (psychologique) de cette perte (son acceptation). Au contraire la tristesse « pathologique », soit la dépression, se produirait sans cause ou de façon disproportionnée par rapport à cette cause, et ne permettrait pas la réparation de la perte.

Premièrement, le critère de la détresse ou de l'altération du fonctionnement de l'individu est un critère disjonctif. Donc il autorise le diagnostic d'épisode dépressif pour un syndrome dépressif persistant au-delà de deux semaines et s'accompagnant de « détresse » sans « altération du fonctionnement » de l'individu. Or cette détresse désigne la souffrance affective, qui semble être un critère insuffisant du « pathologique », sauf à adopter la position théorique qui définit le « pathologique » par cette souffrance ; cette position considère que le rôle de la médecine mentale est de prendre en charge tout état psychologique qui génère une souffrance significative, sans chercher de base « objective » au trouble psychiatrique, soit par exemple un processus biologique pathogène, mettant en danger la survie de l'organisme. Deuxièmement, le critère de « l'altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants » est également un critère clinique : il ne signifie pas que le clinicien identifie un dysfonctionnement psychologique, biologique, neurobiologique ou autre, mais qu'il constate cliniquement, à travers la plainte du patient, une gêne dans sa vie quotidienne. Le fait que cette gêne, cette altération du « fonctionnement » individuel soit « cliniquement significative » est laissé à son appréciation, assistée d'outils cliniques comme des échelles de mesure et des questionnaires. La notion de « rémission fonctionnelle », a ainsi été introduite dans la clinique pour désigner la récupération par le patient d'un niveau de « fonctionnement » identique à son niveau antérieur à l'épisode dépressif : ce « fonctionnement » est sa capacité à s'engager dans des actions quotidiennes et dans des relations interpersonnelles, évaluable dans le domaine professionnel, familial et parfois dans d'autres domaines comme l'activité physique (Mauras & Gourion, 2018, p. 249). Des outils psychométriques de mesure du « fonctionnement » sont désormais utilisés (Mauras & Gourion, 2018, p. 249). La « rémission fonctionnelle » n'est pas identifiable à la rémission symptomatique, car des symptômes résiduels peuvent représenter une gêne plus ou moins importante, et impacter plus ou moins la qualité de vie, avec des variabilités interindividuelles (Mauras & Gourion, 2018, p. 250). L'altération du « fonctionnement » de l'individu en ce sens, est donc une notion ambiguë, écartelée entre une conception du préjudice en termes de diminution des capacités de l'individu et une relativisation de ce préjudice à une notion floue de « fonctionnement » de l'individu qui pourrait tout simplement refléter des valeurs et normes de l'environnement social local, partagées par le clinicien.

Pourquoi cependant ne pas s'en tenir à une conception du pathologique dans les termes de ce préjudice clinique ? Si l'on voit assez facilement la difficulté qu'il y a à concevoir ce qu'est un « « fonctionnement normal » de l'individu, pourquoi ne pourrait-on

pas ramener ce préjudice clinique à la « détresse », donc le concevoir simplement en termes de souffrance affective ? Ainsi, dans le débat pour savoir si les critères cliniques actuels de l'épisode dépressif conduisent à médicaliser des états « normaux », des épisodes affectifs ordinaires, deux grandes attitudes semblent possibles : considérer que la souffrance affective est suffisante à légitimer la prise en charge thérapeutique, ou chercher à objectiver le caractère « pathologique » de la dépression.

La première consiste à considérer qu'il est légitime d'offrir une prise en charge thérapeutique, dans la mesure où nous en disposons, à toute forme de souffrance psychologique, tout autant que physique : la médecine mentale, la psychiatrie, n'auraient donc pas à se préoccuper de savoir si certains épisodes dépressifs sont « normaux » et d'autres « pathologiques » pour réserver son diagnostic et ses moyens thérapeutiques aux seconds. Cependant cette attitude rencontre des limites dans le cas où la dépression ne s'accompagnerait pas d'un ressenti affectif douloureux, donc dans le cas d'une humeur dépressive inconsciente-P en tant qu'humeur : ces cas pourraient tout de même être des cas où une prise en charge thérapeutique serait nécessaire pour garantir la survie de l'individu, pouvant être des cas où il y a tout de même un risque suicidaire. Ces cas peuvent aussi s'accompagner d'une « altération du fonctionnement social, professionnel, etc. » qui peut être suffisamment importante pour amener l'individu ou son entourage à décider d'une consultation, même en l'absence de plainte relative à une souffrance affective. Ces cas devraient tout de même pouvoir être considérés comme « pathologiques ». Ils peuvent s'accompagner d'une plainte subjective portant, non sur la souffrance affective, mais sur la gêne « fonctionnelle » elle-même, induite par les manifestations de l'humeur dépressive au niveau du corps, du comportement ou des actions, comme la fatigue, le ralentissement psychomoteur, la perte de motivation et la conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation. Dès lors même si l'on acceptait de prendre en charge toute souffrance affective liée à un syndrome dépressif, sans hypothèse étiologique reliant ce syndrome à un dysfonctionnement objectif, il existe quand même une nécessité d'objectivation de la dépression pour les cas apparemment sans souffrance affective.

Une deuxième attitude consiste alors à considérer que la différence entre santé et maladie importe, y compris dans le champ de la santé mentale, et qu'il convient dès lors de chercher à objectiver la dépression en tant que maladie, pour tracer une limite entre des épisodes affectifs ordinaires, ne nécessitant pas de prise en charge thérapeutique, même s'ils sont source de souffrance, et des épisodes dépressifs à proprement parler, « pathologiques »

par définition, nécessitant une prise en charge thérapeutique. Cette attitude peut se justifier par plusieurs raisons.

La principale raison est, comme nous venons de le voir, que la souffrance affective n'est pas un indicateur nécessaire d'un état physique ou mental rendant l'individu incapable (au second-ordre) d'atteindre un bien-être minimal et justifiant donc sa prise en charge thérapeutique.

Une seconde raison est que la souffrance pourrait ne pas être un indicateur suffisant d'un tel état : une souffrance affective intense peut survenir dans de nombreuses situations de vie, souvent comme dimension douloureuse d'émotions négatives comme la tristesse, sans que la capacité de second-ordre de l'individu à atteindre un bien-être minimal³³⁶, ne soit véritablement compromise. Or si quelqu'un souffre ainsi pour certaines raisons, et non à cause d'une maladie, traiter le problème médicalement peut masquer le problème réel et empêcher de lui apporter une réponse adéquate, s'il s'agit plutôt d'un problème existentiel, social, économique, etc. Il se peut tout d'abord que la souffrance soit liée à un épisode affectif ordinaire, relevant de la part inévitable de souffrance affective que comporte toute vie humaine, par exemple dans le cas d'un enfant qui doit s'éloigner de ses parents, d'une personne nostalgique à propos du passé, ou même d'un deuil. Il se peut également que l'épisode affectif et la souffrance qu'il comporte soient liés à un problème de vie, dont la nature justifie une prise en charge, mais celle-ci n'a pas à être d'ordre thérapeutique. Par exemple répondre à une souffrance liée à des difficultés relationnelles dans son couple par un traitement médical, à supposer que cela puisse l'apaiser à court terme, serait en tout cas inefficace à la supprimer à plus long terme, faute d'agir sur ses raisons ; de même, recevoir un diagnostic d'épisode dépressif dans un cas de difficultés professionnelles causant de la souffrance permettrait de recevoir un traitement médical soulageant temporairement cette souffrance mais non de résoudre ces difficultés susceptibles de la raviver à plus long terme. Dans un cas comme dans l'autre, cependant, à l'inverse, si les circonstances difficiles en question ont induit un état (psychologique, biologique, neurobiologique...), qui ne peut se résoudre par la seule réponse apportée à ces circonstances, alors le traitement médical est pleinement requis. Le besoin d'objectiver la dépression est ainsi lié au besoin d'un pronostic sur l'évolution de l'état de la personne : s'il s'agit d'un épisode affectif ordinaire, d'une

³³⁶ Nous allons cependant voir qu'une souffrance affective qui persiste longtemps peut finir par induire un état mental et physique entraînant une incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal, donc un préjudice objectif.

souffrance liée à des circonstances de vie, cet épisode se résoudra de lui-même ou bien en agissant sur les causes non médicales de cette souffrance ; en revanche si l'on a affaire à un épisode dépressif à proprement parler, il se peut qu'un traitement médical soit nécessaire pour le résoudre. Dans ce second cas, le traitement médical serait nécessaire pour résoudre le problème alors qu'à l'inverse dans le premier cas, un traitement médical inapproprié pourrait avoir des effets iatrogènes, c'est-à-dire des effets secondaires à cette prise en charge médicale inadéquate, impactant négativement l'évolution de l'épisode affectif non pathologique (Dowrick, 2016).

Une dernière raison d'opter pour l'attitude consistant à chercher à objectiver la dépression est qu'il n'est pas du tout équivalent de penser que l'on souffre la part inévitable de souffrance de toute existence humaine, et de penser que l'on souffre d'un état « pathologique », d'une « maladie », qui nécessite une prise en charge thérapeutique. Cette différence d'interprétation de sa propre situation peut être de la plus haute importance pour l'individu et avoir des conséquences sur l'évolution de son état. Au niveau de la société elle-même, il peut être important de savoir quand nous avons affaire à des problèmes sociaux ou existentiels, quand nous avons affaire à des problèmes médicaux, et quand nous avons affaire à des problèmes du second type causés par des problèmes du premier type.

Au vu de ces différentes raisons, je vais donc adopter l'attitude cherchant à objectiver la dépression, donc à objectiver le caractère « pathologique » d'un état dépressif. Or la voie la plus évidente de cette objectivation, est à première vue celle du « dysfonctionnement », qui serait la composante descriptive du « pathologique », conçu d'après Wakefield (1992b) comme « dysfonctionnement préjudiciable ».

- De l'objectivation du « pathologique » en termes de dysfonctionnement à son objectivation en termes de préjudice objectif

Ne devrait-on pas chercher à objectiver la dépression, au-delà du préjudice clinique induit par un syndrome dépressif, en termes de « dysfonctionnement » ? En ajoutant cette composante descriptive à la composante évaluative qu'est le « préjudice », nous pourrions ainsi le définir comme « pathologique » au sens du « dysfonctionnement préjudiciable » (Wakefield, 1992b). Que serait alors le dysfonctionnement qu'il faudrait identifier, mettre en

évidence dans un état dépressif, pour qu'il se prête à cette définition du « pathologique » ? Il ne s'agirait pas de l'« altération du fonctionnement » individuel fixée dans les critères cliniques de l'épisode dépressif ou trouble dépressif. Le « dysfonctionnement » tel que le conçoit Wakefield (1992b) est l'échec d'un trait biologique, psychologique ou autre à remplir sa « fonction ». Or Wakefield définit cette dernière comme la fonction adaptative ou évolutive du trait concerné, c'est-à-dire celle en raison de laquelle ce trait a été retenu par la sélection naturelle au cours de l'évolution ; c'est pourquoi Horwitz et Wakefield (2007) conçoivent la dépression comme une tristesse « pathologique », qui est préjudiciable et dysfonctionnelle parce qu'elle ne remplit pas sa fonction adaptative ou évolutive, qui serait de permettre la réparation psychologique d'une perte. J'ai écarté ce modèle dans la partie précédente en distinguant l'humeur dépressive de la tristesse, et la possibilité de tenir la première pour une version atypique de la seconde. Cependant on pourrait envisager un autre modèle évolutionniste dans lequel ce serait un autre état affectif, l'humeur dépressive à proprement parler, qui serait dysfonctionnelle dans la dépression au sens de ne pas remplir sa fonction adaptative : un tel modèle a été proposé par Nesse (2009). D'après Nesse (2009) la fonction adaptative ou évolutive d'une humeur est de nous préparer, cognitivement et comportementalement, à une conduite adéquate à notre environnement, suivant son caractère plus ou moins propice à la réalisation de nos buts : une humeur négative aurait ainsi pour fonction de nous préparer à une conduite prudente, à agir peu pour prendre peu de risques, dans un environnement perçu comme défavorable à la réalisation de nos buts. En dépit du caractère plausible de cette hypothèse évolutionniste, elle reste non prouvée au sens où Nesse (2009) ne s'appuie pas sur une histoire évolutive qui prouverait que les humeurs sont bien des traits psychologiques qui ont été retenus au cours de l'évolution parce qu'ils remplissaient ce rôle et conféraient ainsi un avantage évolutif. La difficulté des modèles évolutionnistes est ainsi qu'ils sont en partie spéculatifs à propos de la fonction adaptative ou évolutive du trait psychologique par lequel ils définissent la dépression, tout en lui donnant un statut normatif, puisque c'est relativement à elle qu'il faudrait juger du dysfonctionnement donc de la composante descriptive du « pathologique » devant permettre d'objectiver le trouble. Faucher a ainsi souligné que cette application de la psychologie évolutionniste en philosophie de la psychiatrie pour définir les troubles psychiatriques peut être remise en question, à la fois en raison du caractère en partie spéculatif des modèles évolutionnistes mobilisés dans ce champ,

et en raison du fait qu'appliquer la notion de dysfonctionnement ainsi définie à la définition du « pathologique » ne va pas de soi³³⁷ (Faucher, 2016, 2021).

Cependant le « dysfonctionnement » n'a pas nécessairement à être défini relativement à une fonction adaptative ou évolutive. Comme le souligne Forest (2021) à propos des modèles explicatifs de l'autisme, ce n'est généralement pas une telle conception de la fonction qui est mobilisée par les sciences cliniques lorsqu'elles s'efforcent de formuler des modèles explicatifs des troubles psychiatriques : pour objectiver le trouble en allant au-delà des critères cliniques, des dysfonctionnements sont mis en évidence au niveau des mécanismes psychologiques (ou neuraux) (Forest, 2021, p. 434-435). Ces dysfonctionnements ne sont pas conçus en termes d'échec de ces mécanismes à remplir une fonction adaptative ou évolutive. Selon Forest (2021), la notion de dysfonctionnement fait ici plutôt appel à la notion « systémique » de fonction proposée par Cummins, la fonction d'un trait étant alors son rôle fonctionnel, son rôle dans un système, c'est-à-dire sa contribution à l'explication d'une capacité d'un système (Cummins, 1975). Cette notion « proximale » de fonction, plutôt que la notion « distale » de fonction adaptative, aurait particulièrement sa place en médecine où l'on peut évaluer le rôle fonctionnel des organes, ou processus biologiques, au sens de leur contribution aux capacités de l'organisme (Forest, 2009). En effet, la contribution positive d'un trait aux capacités d'un organisme le rend bénéfique, tandis qu'un trait qui fait une contribution négative à ces capacités, les diminuant, est préjudiciable : or la médecine évalue les états de santé et de maladie à l'aune du préjudice dont ils s'accompagnent. Suivant cette perspective, *je vais donc envisager la fonction d'un état physique ou mental comme sa contribution aux capacités de l'individu, et reconduire l'appréciation de son caractère dysfonctionnel à une évaluation de son rôle fonctionnel, c'est-à-dire de sa contribution aux capacités de l'individu.*

On peut aller jusqu'à envisager qu'un état physique ou mental soit dysfonctionnel en ce sens au point d'entraîner une incapacité à mobiliser certaines capacités. Pour autant que ces capacités soient nécessaires pour chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, donc pour atteindre un bien-être minimal, un tel état physique ou mental s'accompagnerait dès lors d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Cela permettrait de le

³³⁷ L'argument principal de Faucher (2021) est que la fonction adaptative ou évolutive supposée d'un trait biologique ou psychologique n'est prouvée que si l'on peut en reconstituer l'histoire évolutive, et montrer que ce trait a bien été retenu au cours de l'histoire de l'évolution parce qu'il possédait le rôle fonctionnel ou causal correspondant, comme l'avait soutenu Griffiths en appelant à un « tournant historique » dans l'évolutionnisme (Griffiths, 1996, 1997).

considérer comme « pathologique » au sens de Nordenfelt (2000), en envisageant cette incapacité comme un préjudice objectif. Par conséquent nous voyons qu'un état physique ou mental s'accompagnant d'une diminution à mobiliser certaines capacités, peut être considéré comme à la fois dysfonctionnel³³⁸ et objectivement préjudiciable. Il peut même être « pathologique » suivant la conception du pathologique en termes de préjudice objectif que j'ai adoptée à la suite de Nordenfelt (2000) pour autant que cette diminution atteigne une incapacité à mobiliser ces capacités, et qu'elle concerne des capacités nécessaires pour chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales donc pour atteindre un bien-être minimal. Autrement dit la conception du « pathologique » que je propose d'appliquer à la dépression en adaptant celle de Nordenfelt (2000), conception formulée en termes d'incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal, est à la fois une conception en termes de dysfonctionnement et en termes de préjudice objectif, ce dysfonctionnement et ce préjudice étant tous deux conçus comme une atteinte à certaines capacités de l'individu³³⁹.

En cherchant à objectiver la dépression en termes d'un préjudice objectif ainsi conçu, je vais donc en même temps l'objectiver en termes de dysfonctionnement en ce sens : je vais l'objectiver en termes de préjudice objectif, en termes d'incapacité à mobiliser certaines capacités, préjudice constitutif de son caractère pathologique, et il sera entendu que je mettrai par la même occasion en évidence un caractère dysfonctionnel de cet état dépressif au sens d'être un état physique et mental faisant une contribution négative aux capacités de l'individu – s'accompagnant d'une incapacité de cet individu à mobiliser certaines de ses capacités.

338 Ajoutons que le niveau psychologique prime dans ce cas sur le niveau biologique ou neurobiologique, pour identifier des dysfonctionnements en ce sens : les recherches sur la neurobiologie de l'humeur dépressive nous renseignent en effet sur ses corrélats neuraux, mais c'est seulement le caractère problématique de cette humeur au niveau psychologique qui fait de ses marqueurs neurobiologiques le signe d'un dysfonctionnement en termes d'altération des capacités d'un organisme ou d'un individu. En effet d'une façon générale, les corrélats neuraux des troubles psychiatriques ne peuvent pas être caractérisés en eux-mêmes comme anormaux ou dysfonctionnels en eux-mêmes, ce sont les états psychologiques ou les comportements dont ils sont les corrélats qui le sont (Bolton, 2008, Chapitre 2; Forest, 2016).

339 Cette approche de ce qui est pathologique dans un état dépressif, en termes de dysfonctionnements psychologiques, se situe dans un troisième paradigme, dont Bolton souligne qu'il a émergé depuis un siècle pour définir ce qui est un trouble mental, après le paradigme des normes sociales et celui du modèle médical : c'est le paradigme en termes de fonctionnement et dysfonctionnements psychologiques (Bolton, 2008). Le paradigme des normes sociales permet à Bolton de faire référence à la tendance historique à définir le trouble mental en termes de défaut de rationalité ; le modèle médical consiste à considérer qu'un trouble mental provient d'une condition défaillante du corps, qui prive l'individu de certaines capacités mentales (Bolton, 2008). Le troisième paradigme, celui de la psychologie et de la psychiatrie moderne, consiste à dégager des facultés mentales (perception, croyances, émotion, volonté), à l'égard desquelles on peut caractériser des dysfonctionnements psychologiques : ces dysfonctionnements concernent des connexions signifiantes de la vie psychique, entre perception et réalité, entre croyances et données, entre émotions et leurs objets ou leurs causes, entre raisons et actions, etc. (Bolton, 2008).

- Fonder le caractère « pathologique » de la dépression sur le préjudice objectif induit par un état dépressif

Un état dépressif pourrait-il être pathologique, en tant qu'objectivement préjudiciable au sens de s'accompagner d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal ? Cela semble bien, à première vue, être le cas : un état dépressif semble effectivement s'accompagner d'une incapacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre nécessaires pour chercher à satisfaire nos aspirations fondamentales, ce qui est pourtant exigé pour atteindre une situation où elles seraient effectivement satisfaites³⁴⁰, donc une situation de bien-être minimal. Comme je l'ai indiqué, ces capacités sont principalement la capacité à agir, en général et particulièrement en vue de chercher à réaliser ses aspirations, et la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, dont la mobilisation est elle-même un pré-requis à la mise en œuvre de cette capacité à agir. Pour défendre la possibilité d'adapter la conception du pathologique de Nordenfelt (2000) à la dépression, je vais donc analyser l'état dépressif, en tant qu'état physique et mental global, pour montrer qu'il est en partie constitué d'états physiques ou mentaux induisant une incapacité à mobiliser ces capacités de premier ordre, dont la mobilisation est pourtant nécessaire pour atteindre un bien-être minimal. Je l'aurai ainsi caractérisé comme « pathologique » en termes de préjudice objectif.

Est-il plausible que nous puissions identifier de tels états physiques ou mentaux en analysant un état dépressif ? L'état dépressif est l'état physique et mental global induit par une humeur dépressive et les croyances qu'elle rend actives, étant constitué de cette humeur, de ces croyances, et de leurs manifestations respectives et conjointes. Les deux candidats les plus évidents pour être les états dont les conséquences, dans l'état dépressif global, portent atteinte à la capacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre, sont dès lors l'humeur dépressive et les croyances dépressives.

L'humeur dépressive fait-elle une contribution négative aux capacités de l'individu, susceptible d'aller jusqu'à entraîner une incapacité à mobiliser des capacités de premier ordre nécessaires pour chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales et ainsi pour atteindre un bien-être minimal ? À première vue ce pourrait bien être le cas à deux niveaux. Premièrement,

340 En laissant de côté l'éventualité où elles seraient par hasard ou par chance

les manifestations corporelles et comportementales de l'humeur dépressive, lorsque celle-ci persiste depuis longtemps, peuvent devenir, comme nous l'avons vu en caractérisant cette humeur dans la partie précédente, très marquées, consistant par exemple dans un état inflammatoire, dans des perturbations végétatives ou encore dans un fort ralentissement psychomoteur. Or ces manifestations semblent être de nature à compromettre au moins une capacité nécessaire pour atteindre un bien-être minimal : la capacité à agir, de façon générale. Deuxièmement les effets de l'humeur dépressive sur les fonctions cognitives consistent dans une altération de celles-ci qui compromet la capacité de régulation des émotions et des cognitions de l'individu.

Le préjudice induit par cette humeur peut-il cependant aller jusqu'à une incapacité à mobiliser ces capacités ? Si l'humeur à elle seule est peut-être insuffisante à entraîner une telle incapacité, elle pourrait l'entraîner conjointement avec les croyances dépressives qu'elle rend « actives » (d'après la théorie proposée dans la partie précédente) : en effet, le type de conduite et d'états mentaux par lesquels ces croyances se manifestent sont particulièrement défavorables à chercher à réaliser ses aspirations donc à atteindre le bien-être. Si tel est le cas, c'est parce que ces croyances, étant des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes dans la possibilité d'atteindre une situation qui satisferait ses aspirations, sont défavorables à la mobilisation de notre capacité à agir en vue de satisfaire nos aspirations. Elles le sont directement, car le type de conduite qu'elles causent est une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ces aspirations ; elles le sont aussi indirectement, car le type d'émotions et de cognitions qu'elles causent tendent à leur tour à favoriser une telle conduite de renoncement à agir. Si ces croyances en venaient à être constamment mobilisées dans notre conduite et nos états mentaux, tout en étant très difficiles à remettre en question, elles se manifesteraient par une généralisation de la conduite de renoncement à agir en vue de chercher à satisfaire nos aspirations, ce qui entraînerait une incapacité *de fait* à mobiliser la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations. Elles entraîneraient dès lors une impossibilité d'atteindre un bien-être minimal que l'on pourrait envisager comme une incapacité de second-ordre à l'atteindre. Cette incapacité est reflétée par un caractère subi, subjectivement contraint, dans le vécu dépressif, de cette conduite de renoncement à agir, ainsi expliquée par un état physique et mental problématique. Il semble donc envisageable de montrer que l'humeur et les croyances dépressives induisent un état dépressif s'accompagnant d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Puisque les croyances dépressives interviennent dans l'état dépressif en étant « activées » par l'humeur dépressive,

c'est-à-dire recrutées et rendues davantage susceptibles de se manifester dans la conduite et les états mentaux par cette humeur, la piste que je vais explorer est celle d'une modulation du rôle causal de ces croyances par cette humeur : en les poussant à se manifester d'une certaine manière, l'humeur contraindrait la conduite via ces croyances.

Je vais donc faire l'hypothèse que, dans un état dépressif problématique, l'humeur dépressive qui « active » les croyances dépressives module leur rôle causal, au niveau de leurs manifestations dans le guidage de la conduite et l'orientation des états mentaux, de sorte à entraîner une incapacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre et dès lors une incapacité de second-ordre à atteindre le bien-être. Cela doit me permettre de mettre en évidence un caractère objectivement préjudiciable d'un tel état dépressif, donc un caractère « pathologique » de cet état, en lui adaptant la conception du pathologique de Nordenfelt (2000), et ainsi d'objectiver la dépression. Ainsi, la théorie fonctionnaliste de l'humeur dépressive en termes de « croyances dépressives actives » me permet d'envisager une explication de la dépression dans laquelle cette humeur est problématique, parce qu'elle est dysfonctionnelle au sens de faire une contribution négative aux capacités de l'individu, plutôt qu'au sens d'échouer à remplir une fonction adaptative.

Cela constituera une explication, une théorie de la dépression, au sens d'une représentation de celle-ci comme une situation individuelle résultant d'une humeur dépressive ayant d'abord recruté des croyances dépressives, puis induit conjointement avec elles un état dépressif, et enfin persisté suffisamment pour que cet état dépressif devienne particulièrement problématique, s'accompagnant d'une atteinte à certaines capacités de l'individu, plus précisément des capacités psychologiques normalement mobilisées dans la recherche du bien-être. Il s'agira bien d'une objectivation de la dépression allant au-delà de ses critères cliniques, en expliquant sa constitution et sa dynamique, ainsi que son caractère pathologique en termes de préjudice objectif.

Dans un premier chapitre, je vais donc proposer une théorie de la dépression fondée sur la théorie des « croyances dépressives actives » que j'ai proposée pour l'humeur dépressive : la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices ». Dans cette théorie, les croyances dépressives sont constitutives de la dépression, même si elles ne sont pas constitutives de l'humeur dépressive elle-même : étant recrutées par cette humeur, elles interviennent nécessairement dans l'état dépressif induit par cette humeur et participent

largement à l'induire. De plus, c'est une modulation de leur rôle causal par la persistance de l'humeur dépressive qui les recrute, qui les rend particulièrement préjudiciables au niveau de leurs manifestations, ce dont la conséquence est de rendre l'individu incapable de mobiliser certaines capacités psychologiques et ainsi d'atteindre un bien-être minimal. Je situerai l'approche ainsi obtenue de la distinction entre santé et maladie dans la dépression par rapport au débat plus général sur la définition de la maladie et du « pathologique » en santé mentale, et ainsi du trouble psychiatrique.

Dans un second chapitre, j'évaluerai la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » proposée pour la dépression. Je montrerai qu'elle fournit un cadre heuristique pour comprendre le cadre thérapeutique actuel de la dépression notamment l'intérêt des psychothérapies : elles viseraient la modulation du rôle causal des croyances dépressives recrutées par l'humeur dépressive. Je montrerai que cette théorie fournit également un cadre heuristique pour les modèles scientifiques existants de la dépression, et je mettrai en évidence ses avantages propres.

Chapitre VI : La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices »

La théorie des « croyances dépressives actives » affirme que l'humeur dépressive recrute des croyances dépressives, et les rend davantage susceptibles de se manifester en guidant l'action et en causant des états mentaux (émotions et jugements) spécifiques. Les croyances dépressives sont des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations. On peut former de telles croyances dans diverses circonstances notamment des circonstances qui nous amènent à former des émotions négatives et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, conduisant eux-mêmes à la formation de ces croyances. Ces croyances dépressives ne constituent pas en elles-mêmes une humeur dépressive. Mais leur formation est susceptible d'engendrer cette humeur en tant qu'état affectif occurrent : elles en sont donc une cause possible. L'humeur dépressive peut cependant avoir d'autres causes.

L'humeur dépressive est en elle-même un état affectif occurrent avec une phénoménologie affective distinctive, qui se compose du ressenti d'une distance au monde, d'une « douleur morale » et du ressenti d'un état corporel altéré, cette phénoménologie pouvant dans certains cas se réduire au ressenti de cet état corporel. Lorsque cette humeur s'installe, même si elle n'a pas été causée par la formation de croyances dépressives, elle recrute ces croyances, formées par ailleurs, et les rend davantage susceptibles de se manifester. Ce sont alors ces croyances qui se manifestent au niveau des actions et des états mentaux : par une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, et par des émotions spécifiques (tristesse, découragement, anxiété) et des jugements spécifiques (pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants). Si le renoncement à agir est toujours présent, les émotions et les jugements peuvent être absents. Les croyances dépressives peuvent rester inconscientes-A tout en se manifestant par cette conduite.

Je vais montrer que l'état dépressif global ainsi induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives peut entraîner un préjudice subjectif, en termes de souffrance affective, mais aussi un préjudice objectif, en termes d'incapacité de second-ordre de l'individu à atteindre un bien-être minimal. Ce préjudice objectif est alors constitutif du caractère « pathologique » d'un tel état dépressif.

Dans un premier temps, je vais proposer trois idéaux-types imaginaires de la dépression afin d'en donner une image concrète et de pouvoir par la suite y faire appel pour

illustrer les explications. Dans un second temps, je vais adapter la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000) à l'état dépressif induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives. Je vais montrer que l'humeur dépressive entraîne, par sa phénoménologie, ses manifestations corporelles, ses manifestations comportementales et ses effets sur les états mentaux et les fonctions cognitives, un préjudice objectif en termes de diminution de la capacité à mobiliser certaines capacités psychologiques, particulièrement la capacité générale à agir et la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions. Cette diminution va jusqu'à une incapacité dans le cadre d'un état dépressif global constitué non seulement par cette humeur mais aussi par les croyances dépressives qu'elle « active ». L'incapacité à agir tient alors également à la façon dont les croyances dépressives se manifestent dans la conduite et les états mentaux, du fait d'une modulation de leur rôle causal par l'humeur dépressive lorsqu'elle persiste. Pour le montrer je vais passer par une analogie entre les caractéristiques fonctionnelles que revêtent certaines croyances religieuses pour certains croyants, et les croyances dépressives dans la dépression. Ces caractéristiques fonctionnelles seront une « intangibilité » de ces croyances au sens où il est particulièrement difficile de les remettre en question, et une très grande extension de leur « gouvernance cognitive »³⁴¹, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle elles sont mobilisées dans la conduite et des états mentaux. S'ajoutant au caractère préjudiciable des croyances dépressives lié à leur contenu, ces caractéristiques fonctionnelles aboutissent à porter le préjudice qu'elles induisent au degré d'une incapacité à mobiliser la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations, y compris fondamentales. Cette incapacité est dès lors une incapacité de second-ordre à atteindre une situation satisfaisant ses aspirations fondamentales, soit un bien-être minimal. C'est ainsi que sera objectivé, en termes de préjudice objectif, le caractère « pathologique » de l'état dépressif, en tant qu'état physique et mental global problématique induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives, en lui adaptant la conception du pathologique de Nordenfelt (2000). Je montrerai que cette théorie objective la dépression en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices ».

Enfin j'expliciterais la conception du trouble psychiatrique adoptée par cette théorie.

341 Terme que j'emprunte à un débat contemporain sur le rôle fonctionnel des croyances religieuses (Levy, 2017; Van Leeuwen, 2014)

1. Idéaux-types de la dépression

Pour proposer des idéaux-types de la dépression, je vais m'appuyer sur les repères cliniques concernant l'évolution de la maladie au long cours. Un épisode dépressif est dit répondre au traitement si les symptômes diminuent d'au moins 50% sur l'échelle d'Hamilton (HAMD-17) ; il est dit en rémission si les symptômes disparaissent presque complètement (score inférieur à 7 sur la HAMD-17) (Mauras & Gourion, 2018, p. 245). Rappelons qu'il s'agit ici de la rémission symptomatique, et non de la « rémission fonctionnelle » qui possède ses propres outils d'évaluation. La rémission symptomatique est obtenue dans un tiers des épisodes dépressifs ; un tiers se terminent par une rémission partielle avec symptômes résiduels ; un tiers par un échec du traitement (Bertschy & Bondolfi, 2018, p. 253; Nieto, 2018, p. 292). La rémission complète, considérée comme une « guérison » lorsqu'elle dure pendant au moins quatre à six mois (Nieto, 2018, p. 287), est l'objectif prioritaire de la prise en charge d'un épisode dépressif, non seulement en raison de l'inconfort lié à la présence de symptômes résiduels mais surtout parce qu'elle s'accompagne d'une nette diminution du risque de rechute ou de récurrence (Delhaye et al., 2018, p. 262; Mauras & Gourion, 2018; Nieto, 2018, p. 291). En effet le risque de récurrence augmente avec le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs mais plus encore avec la persistance de symptômes résiduels³⁴² (Bertschy & Bondolfi, 2018, p. 256; Mauras & Gourion, 2018, p. 246). Ces symptômes résiduels sont notamment : l'apathie et le défaut de motivation, les troubles du sommeil, la fatigue, l'anxiété, les troubles sexuels (Bertschy & Bondolfi, 2018, p. 254-256). Les rémissions partielles sont définies par la présence de symptômes résiduels, qui ne sont ni assez nombreux ni assez significatifs pour permettre un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (Bertschy & Bondolfi, 2018; Nieto, 2018). Les dépressions « résistantes » sont définies par l'échec (l'absence de rémission) après deux lignes de traitements bien conduits (Delhaye et al., 2018,

³⁴² Des échelles de mesure spécifiques des symptômes résiduels existent en plus des échelles de mesure générales de la dépression, ainsi, que plus récemment, des auto-questionnaires pour évaluer la perception subjective de la rémission partielle (Mauras & Gourion, 2018, p. 246-250) : l'évaluation des symptômes résiduels est délicate, par exemple concernant la pertinence de les évaluer de façon séparée ou globale, ou de considérer une dépression résiduelle comme résistante, etc. Cela appelle à développer de nouveaux outils de mesure puisque bien les évaluer est crucial en termes de pronostic (Bertschy & Bondolfi, 2018; Delhaye et al., 2018; Mauras & Gourion, 2018; Nieto, 2018).

p. 263), et les dépressions « chroniques »³⁴³, par la persistance de symptômes dépressifs pendant au moins deux années consécutives (Moirand & Haesebaert, 2018, p. 275).

Les traitements sont les médicaments (antidépresseurs, ISRS, tricycliques, IMAO, les médicaments anxiolytiques, parfois des médicaments antipsychotiques), les autres traitements biologiques non médicamenteux (par exemple les sels de lithium, la stimulation du nerf vague, la stimulation magnétique transcrânienne, l'électroconvulsivo-thérapie), et les psychothérapies. Face à la dépression résistante³⁴⁴ et dans certains cas face aux symptômes résiduels, le psychiatre a deux options principales qui sont de maintenir le traitement en cherchant à en potentialiser les effets (par augmentation de la posologie ou ajout de traitements complémentaires comme les sels de lithium en accompagnement d'un antidépresseur par exemple), ou bien de changer de traitement (par exemple de type d'antidépresseurs, les IMAO étant plus efficaces dans les cas chroniques, ou bien en ayant recours aux électrochocs) (Bertschy & Bondolfi, 2018, p. 256; Moirand & Haesebaert, 2018, p. 281; Nieto, 2018, p. 293). Le traitement d'un épisode dépressif comporte généralement une phase aiguë ou curative de 4 à 6 mois, une phase de consolidation de 4 à 12 mois et une phase de maintenance ou d'entretien de 6 à 24 mois (Nieto, 2018, p. 287).

Pour rassembler tous ces éléments, des approches en termes de « staging » de la maladie ont été proposées (Nieto, 2018). Elles consistent à distinguer différents stades de la maladie associés à un pronostic et à des recommandations thérapeutiques spécifiques, en fonction des connaissances cliniques et des hypothèses étiologiques : un stade prodromique avec des symptômes faibles où la prise en charge a pour but la prévention d'un épisode

343 Le DSM-III (Pichot et al., 1983) et le DSM-IV-TR (Crocq et al., 2004) contenaient la notion de « dysthymie » pour des troubles dépressifs d'évolution chronique mais avec des symptômes dont l'intensité et la fréquence ne permettaient pas un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, ainsi que d'autres formes de dépression chronique comme la dépression chronique secondaire à un épisode dépressif caractérisé (DSM-III), la dépression majeure récurrente avec rémission incomplète et la dépression majeure chronique (DSM-IV-TR) ; le DSM-5 a rassemblé tous ces troubles sous la notion de « trouble dépressif persistant », ou dysthymie (Moirand & Haesebaert, 2018). Le risque d'évolution d'un épisode dépressif vers la chronicité est de 20%, et 30% des patients ayant eu un épisode dépressif au cours de leur vie ont souffert de dépression chronique (Moirand & Haesebaert, 2018, p. 278). Les facteurs de chronicisation sont l'âge précoce du premier épisode, sa durée, la présence d'antécédents familiaux, et les facteurs de risque de dépression chronique sont notamment les événements de vie stressants voire traumatiques précoces (Moirand & Haesebaert, 2018, p. 279).

344 La dépression résistante doit bien être distinguée d'une erreur de diagnostic (notamment de trouble bipolaire) ou d'un échec thérapeutique lié à une mauvaise observance des traitements ; elle a des facteurs connus comme les comorbidités psychiatriques ou somatiques, certains déterminants socio-économiques, et des déterminants anatomiques biologiques et génétiques ; elle s'accompagne de perturbations neuro-anatomiques au niveau de boucles fronto-sous-corticales et de perturbations neuro-endocriniennes notamment au niveau de l'axe corticotrope, qui sont des marqueurs biologiques importants ; cependant elle reste mal comprise alors qu'elle se produit dans 15 à 30% des épisodes dépressifs caractérisés (Delhayé et al., 2018).

dépressif caractérisé, un stade d'épisode dépressif caractérisé où il faut viser la rémission complète, un stade de rémission où il faut chercher à éviter la rechute ou la récurrence, ou bien la chronicisation ou la résistance si la rémission est partielle, et enfin un stade de trouble récidivant ou chronique, où l'on peut avoir recours à l'association de plusieurs traitements, parfois dans un objectif de potentialisation d'un traitement ayant fait ses preuves, ou alors au changement de traitement (Nieto, 2018).

Tout cela me permet de proposer trois idéaux-types de la dépression.

Marie

Pour le premier cas, je reprends l'exemple qui m'a servi à illustrer ma théorie de l'humeur dépressive dans la partie précédente, celui de Marie, une jeune adulte qui est d'humeur dépressive après avoir subi un échec professionnel important (échec au recrutement ou licenciement alors qu'il s'agissait du poste idéal, celui qu'elle rêvait d'avoir un jour depuis le début de son parcours). Imaginons maintenant que l'humeur dépressive de Marie persiste durant plusieurs semaines. Marie s'enferme dans des ruminations sur son échec, remet en question tout son projet professionnel, s'en attriste profondément, se décourage de parvenir à se réorienter vers une autre voie, car elle se croit désormais incapable de réussir quoique ce soit, ou vouée à échouer en tout par la fatalité. Elle perd toute motivation à se présenter à des entretiens d'embauche, mais aussi toute envie de se distraire, de sortir de chez elle, de voir ses amis.

Sa conduite se caractérise par de petits actes de renoncement. Une fois elle décide de ne pas rendre visite à sa famille qui vit dans une autre ville pour l'anniversaire de sa sœur alors qu'elle avait pourtant pris ses billets de train ; une autre fois elle cesse de répondre au téléphone à quelqu'un qu'elle avait commencé à fréquenter jusqu'à ce que cette personne cesse d'appeler. Les jours passent et elle laisse traîner des livres qu'elle avait achetés avec le désir de les lire, elle cesse d'aller à son cours de danse du lundi soir, elle annule plusieurs fois des sorties avec ses amis, elle n'écoute plus la radio. Elle a stoppé depuis des jours voire des semaines ses recherches d'emploi, elle n'a plus d'autre activité, presque plus de contact avec sa famille, plus de vie sociale en dehors des voisins qu'elle croise parfois en allant faire ses courses. Au fil du temps, même cela lui devient très difficile et elle passe des journées entières sans manger, assise ou allongée dans son salon, les rideaux tirés. Elle s'endort tard

devant la télévision allumée, se réveille aussi très tard le lendemain, mais a souvent tout de même besoin de faire une sieste dans l'après-midi.

Au bout de quelques mois de chômage où Marie a donné de moins en moins de nouvelles, sa mère finit par venir la voir chez elle et la découvre ainsi en plein état dépressif. Marie s'effondre en larmes, elle ne sait plus quoi faire, elle pense à la mort. La mère de Marie l'emmène chez un médecin qui au vu de ses pensées de mort l'adresse immédiatement à un psychiatre. Si l'état de Marie était moins inquiétant, sans idée de mort, avec une souffrance moindre, et une moindre altération de son fonctionnement, par exemple une difficulté à poursuivre ses recherches d'emploi sans incapacité totale, le médecin généraliste pourrait la suivre lui-même. Comme Marie pense à la mort mais n'est pas suicidaire, elle n'a pas besoin d'être hospitalisée, le psychiatre va donc lui prescrire un antidépresseur et un suivi régulier pour contrôler l'évolution de l'état dépressif et ajuster le dosage du médicament : il la verra d'abord une fois par semaine pendant les six premiers mois, puis, avec l'amélioration de son état, une fois toutes les deux semaines pendant encore huit mois, puis une fois par mois pendant encore dix-huit mois.

Grâce au médicament, la souffrance affective et l'anxiété de Marie sont moins fortes, elle cesse de penser à la mort et elle retrouve un peu de motivation pour ses tâches quotidiennes. Mais se remettre à chercher un emploi ou à fréquenter ses amis lui semble insurmontable. Les entretiens avec le médecin la rassurent mais ne suffisent pas à faire évoluer son état : elle reste trop fatiguée pour se concentrer sur un livre ou aller faire une promenade. Le médecin lui conseille une psychothérapie. Marie diffère la décision pendant plusieurs semaines puis elle se rend chez une psychothérapeute et finit par ressentir des améliorations dans le cours du traitement. Son impression d'être prise dans un cul-de-sac, tous ses horizons étant bouchés, se dissipe : peu à peu il se met de nouveau à lui sembler possible de trouver un emploi qui correspondra à ses attentes, elle retrouve l'envie de sortir de chez elle, de faire du sport, de voir ses amis. En voyant que toutes ces activités lui apportent de la satisfaction, sa motivation croît et elle retrouve finalement son niveau d'activité antérieur. Elle n'a plus de tendance générale à renoncer, il est plus rare qu'elle se sente triste, anxieuse ou découragée, elle parvient à surmonter par elle-même ces émotions négatives, elle n'entretient que rarement des pensées pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes. Au bout d'un an et demi, Marie a retrouvé un emploi, et terminé sa psychothérapie. Quelques mois encore et elle stoppe l'antidépresseur après avoir diminué les doses : le traitement aura duré

presque trois ans. Mais Marie est « guérie » : elle connaît une rémission totale de son épisode dépressif.

Une variante de ce cas serait celui où l'épisode dépressif surviendrait dans des circonstances qui ne l'expliquent apparemment pas, n'étant pas de valence négative, mais neutre ou positive. Marie pourrait sombrer dans la dépression sur fond de circonstances neutres, par exemple au cours de ses études, alors qu'en apparence elle se trouve bien dans la voie qu'elle a choisie et ne rencontre aucune difficulté personnelle. Elle pourrait sombrer dans la dépression sur fond de circonstances positives si cela arrivait alors que tout lui réussit, comme la « Golden girl » citée par Seligman, une jeune femme pleine de succès qui s'effondre alors qu'elle réussit brillamment ses études et ravit tous les cœurs (Seligman, 1975). Ces cas ne sont ici que pour nous rappeler que les circonstances ne valent que du point de vue de leur appréciation subjective, si bien qu'il semble vain de vouloir départager des dépressions « justifiées » et « injustifiées » par les circonstances envisagées objectivement.

Pascal

Pascal est suivi en ambulatoire dans un hôpital pour une dépression chronique. Ce suivi en ambulatoire fait suite à un séjour de deux mois et demi en hospitalisation pendant lequel Pascal a reçu des antidépresseurs IMAO, qui nécessitent une prescription spécifique, mais aussi un traitement d'électroconvulsivothérapie (ECT) : douze séances d'électrochocs, à raison de deux par semaines pendant six semaines, qui ont suffisamment amélioré son état pour lui permettre de quitter l'hôpital après quatre semaines de surveillance. Le suivi ambulatoire doit permettre au psychiatre de s'assurer que l'état de Pascal se maintient avec l'antidépresseur ordinaire (un ISRS), assorti d'un anxiolytique que Pascal prend au coucher, et ponctuellement quand il est submergé par l'angoisse.

Pascal avait été adressé à son hôpital de secteur par son psychiatre de ville, qui le suivait pour un état dépressif depuis déjà plusieurs mois : cet état s'était nettement dégradé d'un coup, Pascal étant très ralenti, apathique, inexpressif, ayant visiblement presque cessé de s'alimenter, ne formulant que quelques mots à peine audibles en réponse aux questions qui lui étaient adressées. Pascal exprimait peu ou pas de pensée suicidaire, à son arrivée à l'hôpital de secteur, pas plus que d'émotion, mais le ralentissement était tel que les psychiatres ont décrit son état dépressif comme catatonique et l'ont envoyé à un autre hôpital, équipé pour lui

administrer le traitement d'ECT. Alimenté, lavé et couché par les soignants, Pascal est d'abord resté prostré du matin au soir dans sa chambre sans en bouger en dehors des séances d'ECT. Sous l'effet de ce traitement, Pascal a retrouvé au cours de la deuxième semaine un peu d'expressivité, ses traits affichant de nouveau un vécu émotionnel allant de la souffrance à un début de joie lorsque le psychiatre qui le voyait une fois par semaine lui faisait une petite plaisanterie. Ses gestes se sont faits moins lents, son débit de parole aussi, il a recommencé à s'alimenter par lui-même. Lorsqu'il s'exprimait, c'était toutefois pour dire qu'il avait raté sa vie, qu'il était un raté, un boulet pour la société. Mais ces jugements sont devenus plus rares au fil des semaines, et contrebalancés par l'expression de nouveaux désirs, comme celui de s'engager dans un projet de reconversion professionnelle. L'état dépressif a continué d'aller en s'améliorant jusqu'à la sortie de l'hôpital ; mais le suivi en ambulatoire n'est pas près de s'arrêter et le psychiatre se tient prêt à ré-hospitaliser Pascal aux premiers signes de rechute.

C'est le troisième épisode dépressif pour lequel Pascal est hospitalisé. Le premier s'est produit quand il avait vingt-cinq ans, après la mort de sa mère, le second peu après ses trente ans, ayant entraîné sa séparation d'avec sa conjointe : Pascal avait passé respectivement trois mois et cinq mois dans son hôpital de secteur, ayant exprimé des pensées suicidaires au médecin généraliste qu'il avait vu la première fois, et au psychiatre consulté la seconde fois. Les deux fois le tableau dépressif de Pascal était dominé par l'abattement. Il s'exprimait peu mais ses jugements étaient toujours extrêmement pessimistes, pour dire que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. Les deux fois Pascal s'était rétabli et après le deuxième épisode il avait même cessé au bout de quelques mois de prendre l'antidépresseur et de consulter son psychiatre de ville, avec l'accord de ce dernier. Fils unique, fâché avec son père, il avait quelques amis mais par ailleurs vivait seul, menant une vie routinière mais stable, avec quelques loisirs en dehors de son travail. Peu avant ses quarante ans, il avait commencé à se sentir à nouveau triste, découragé, épuisé, perdant peu à peu la motivation à aller travailler. Au bout de quelques mois il avait consulté un généraliste qui l'avait placé sous antidépresseurs. Son état était resté stationnaire pendant quelques mois supplémentaires avant de se dégrader : il était retourné voir son médecin qui l'avait alors mis en arrêt maladie et adressé à un psychiatre. S'en étaient suivis trois ans d'arrêts maladie sans cesse reconduits, alternant avec de courtes périodes de reprise de son travail. Pascal s'était peu à peu coupé de ses activités et de ses fréquentations, tournant en rond dans son appartement pendant que ses perspectives devenaient de plus en plus incertaines, jusqu'à l'hospitalisation. Contrairement aux deux dépressions précédentes, celle-ci ne passe pas avec les traitements habituels : de

chronique, la dépression est donc devenue résistante, justifiant l'emploi de l'électroconvulsivothérapie en tant que « traitement de dernier recours ». Pascal ne s'est jamais engagé dans une psychothérapie, même s'il a à deux reprises consulté un psychothérapeute pour une première séance : au vu des questions qui lui ont été posées, il n'a pas vu l'intérêt de cette prise en charge.

Irène

Irène approche de la soixantaine : elle est hospitalisée dans son hôpital de secteur après s'être présentée aux urgences dans un état de grande panique, se disant sur le point d'attenter à ses jours. Le dernier de ses enfants, dont elle s'est occupée toute sa vie, a quitté la maison l'année précédente. Son mari l'avait abandonnée quelques années plus tôt pour une femme plus jeune. Irène travaille comme secrétaire médicale, ce qui semble lui avoir toujours convenu. Irène n'a jamais vu un psychiatre, ni n'a été diagnostiquée pour un épisode dépressif auparavant par un généraliste. Il n'est pas sûr qu'elle ait seulement déjà bénéficié d'un arrêt-maladie. Elle est issue d'une famille nombreuse et s'était mariée jeune. Elle est restée dans la petite ville où elle avait grandi et où vivent certains de ses frères et sœurs. Elle les voit de temps en temps. Un seul de ses enfants s'y trouve encore, les autres lui rendent rarement visite mais lui téléphonent souvent. En dehors du travail, Irène ne fait pas grand-chose ; elle entretient sa maison et son jardin, et rend visite à ses voisines et à quelques amies qu'elle a depuis de nombreuses années.

Depuis quelques mois, Irène se sent mal, elle n'a plus goût à rien, dort très peu, est prise de montées d'angoisse à des moments imprévisibles. Elle se réveille très tôt, ne parvient pas à se rendormir. Elle sort marcher dans le quartier avant d'aller travailler, se sent très agitée surtout en fin de matinée, reste au travail aussi tard que possible le soir, fait des courses et le ménage presque tous les jours en début de soirée, fait la cuisine toute la soirée en écoutant les nouvelles. Elle cuisine en grande quantité, si bien qu'il n'est pas rare qu'elle mange trop ou apporte le surplus à ses voisins. Les soirs où l'un de ses enfants doit l'appeler, elle guette le téléphone sans parvenir à penser à autre chose. Parfois elle fond en larmes apparemment sans raison, puis reste prostrée, profondément découragée, plusieurs minutes voire plusieurs heures. D'abord cela arrive quand elle est chez elle, le soir ou dans l'après-midi un samedi ou un dimanche. Puis cela se met à lui arriver au travail, où elle finit par être aussi gagnée par les crises d'angoisse. Une ou deux fois on lui donne sa demi-journée et une

collègue la raccompagne chez elle. Son état suscite une inquiétude croissante de la part de ses collègues, comme de l'une de ses filles qui lui conseille de consulter un médecin ; Irène voudrait la voir elle, mais sa fille habite dans une autre ville, elle est mariée, a trois enfants, travaille, et ne trouve pas le temps d'organiser cette visite.

C'est un soir où l'angoisse et la tristesse étaient trop fortes qu'Irène s'est présentée aux urgences : elle a eu peur de prendre sa voiture pour foncer dans un arbre ou vers la sortie de la ville pour sauter depuis le pont qui surplombe l'autoroute. Elle est immédiatement hospitalisée et mise sous hautes doses d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Son état se stabilise dans les jours qui suivent mais Irène reste très déprimée. Elle est assise dans son lit d'hôpital, ne parvenant pas à lire ou regarder les films qui lui ont été apportés : sa fille lui a finalement rendu visite, ainsi que son fils qui habite dans la même ville, une voisine, deux amies, et une collègue de travail. Irène est bien entourée. Cependant ses entretiens hebdomadaires avec le psychiatre montrent un état dépressif stationnaire, même si les anxiolytiques calment l'angoisse. Irène fait des efforts pour sourire au médecin mais lorsqu'elle n'en fait pas, ses traits expriment une souffrance insondable. Elle plaisante parfois mais il lui arrive aussi de dire que la vie est une tragédie, que le monde n'est rempli que de souffrances et de malheurs bien trop grands pour être supportés, qu'elle est trop faible pour continuer à vivre, qu'elle ne sait pas ce qui arrivera lorsqu'elle sera de nouveau seule chez elle. Les larmes restent fréquentes. Les psychiatres n'envisagent pas de mettre fin à son hospitalisation dans l'immédiat.

2. L'adaptation de la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000) à la dépression

A partir de ces idéaux-types et des sciences cliniques, je vais d'abord mettre en évidence un caractère objectivement préjudiciable de l'humeur dépressive elle-même, dans la mesure où ses manifestations et effets diminuent la capacité de l'individu à mobiliser certaines capacités de premier ordre : en particulier sa capacité générale à agir, et sa capacité de régulation de ses émotions et cognitions, dont dépend sa capacité à agir. Dans un état dépressif global induit par une humeur dépressive persistante, la diminution de la capacité à mobiliser ces capacités de premier ordre peut aller jusqu'à une incapacité à les mobiliser. Or

la persistance de l'humeur dépressive est entraînée dans un premier temps, et entretenue, par les manifestations des croyances dépressives au niveau de la conduite et des états mentaux : le préjudice objectif entraîné par l'humeur dépressive en termes de diminution de la capacité à mobiliser ces capacités de premier ordre peut donc atteindre une incapacité à les mobiliser dans le cadre d'un état dépressif global, où cela résulte du rôle conjoint de cette humeur et de ces croyances. Ces capacités de premier ordre (agir, et réguler ses émotions et cognitions), étant nécessaires pour chercher à réaliser ses aspirations fondamentales, donc pour atteindre un bien-être minimal, l'incapacité à les mobiliser est une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Lorsque le préjudice atteint cette incapacité, l'état dépressif en question est « pathologique » suivant la conception du pathologique en termes d'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal que j'ai proposée pour adapter la conception du pathologique de Nordenfelt (2000) à la dépression. Dans cet état dépressif global, si la diminution de la capacité à agir devient une incapacité de fait à mobiliser cette capacité, c'est parce qu'il y a un renoncement à agir, causé par les croyances dépressives que l'humeur dépressive rend « actives ». Je vais donc également mettre en évidence le caractère objectivement préjudiciable de ces croyances dépressives en termes de diminution de la capacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre, et dans leur cas il s'agira avant tout de cette capacité à agir. Je vais expliquer par une modulation du rôle causal de ces croyances par l'humeur dépressive que ce préjudice puisse aller jusqu'à une incapacité à mobiliser cette capacité à agir, notamment en vue de réaliser ses aspirations fondamentales.

a. Le préjudice objectif induit par l'humeur dépressive

D'après la caractérisation que j'en ai faite, l'humeur dépressive se manifeste par une phénoménologie affective distinctive dont un aspect est la « douleur morale » : avec cette manifestation cette humeur induit donc un préjudice subjectif, en termes de souffrance affective. Mais la persistance de cette souffrance contribue aussi à entraîner un état physique et mental marqué par une incapacité de second-ordre de l'individu à mobiliser certaines capacités de premier ordre qui lui seraient utiles pour chercher à atteindre un état de bien-être minimal, induisant dès lors un préjudice objectif. Il en est de même des autres manifestations de cette humeur : l'état de fatigue, l'état corporel global altéré et les perturbations des fonctions végétatives, la baisse de motivation et le ralentissement psychomoteur ou l'agitation

psychomotrice, et la baisse des désirs et des émotions. A cela s'ajoute l'altération des fonctions cognitives qui peut être un effet de l'humeur dépressive : celle-ci compromet particulièrement la capacité de l'individu à mobiliser certaines capacités de premier ordre qui lui permettraient de chercher à atteindre un bien-être minimal.

i. Le préjudice objectif induit par la phénoménologie affective de l'humeur dépressive : la diminution de la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions et de la capacité à agir

La notion de « douleur morale », en tant qu'aspect de la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive, signifie que celle-ci se traduit par une souffrance affective qui peut être intense (Masson & Muirheid-Delacroix, 2014; Mirabel-Sarron, 2002; Shneidman, 1999; Tossani, 2013). Cette souffrance affective n'induit cependant pas seulement un préjudice subjectif mais aussi un préjudice objectif dans la mesure où en se pérennisant elle peut priver l'individu de la capacité à mobiliser des capacités qui lui permettraient de chercher à atteindre le bien-être, soit une situation satisfaisant ses aspirations. Pourquoi, à long terme, le prive-t-elle de cette capacité ? Cette souffrance signifie une privation de bonheur. Or le bonheur est l'état subjectif, psychologique, dans lequel nous savons que nous sommes dans une situation qui satisfait nos aspirations, et avons un ressenti affectif positif : il est donc favorisé, voire normalement engendré, par une telle situation. Il est possible que l'on ne ressente pas le bonheur alors que l'on se trouve dans une situation satisfaisant nos aspirations, soit une situation de bien-être. Cependant d'une part, une situation identique dans laquelle on ressentirait du bonheur pourrait être considérée comme une situation de plus grand bien-être, le bonheur apparaissant dès lors comme une composante du bien-être (Dézèque, 2021). D'autre part, l'absence de bonheur sur le long terme, et *a fortiori* un état affectif négatif, douloureux, pourraient finir par causer une diminution du bien-être lui-même, en privant la personne de sa capacité à mobiliser des capacités de premier ordre lui permettant d'atteindre une situation satisfaisant ses aspirations. Illustrons cela par un exemple.

On peut considérer qu'Irène est initialement dans une situation de bien-être minimal dans la mesure où sa situation semble satisfaire ses aspirations fondamentales : elle possède une situation de vie à première vue en adéquation avec ces aspirations, en termes de confort

matériel, de vie professionnelle, d'entourage social. Pourtant elle est empêchée de ressentir du bonheur du fait de son humeur dépressive consciente-P, dont la phénoménologie comporte une dimension de souffrance affective. Dès lors, non seulement elle n'est pas heureuse, mais de plus elle n'est pas dans un état de bien-être total, pour autant que l'on considère que ce bien-être total supposerait de ressentir du bonheur, en adéquation avec sa situation. Surtout, la persistance de son humeur dépressive finit par entraîner une dégradation de sa situation, relativement à la satisfaction de ses aspirations, parce qu'elle la rend peu à peu incapable de mobiliser certaines capacités de premier ordre qu'elle doit mettre en œuvre pour satisfaire ses aspirations. En particulier, la souffrance affective peut compromettre sa capacité à mobiliser ses capacités cognitives en général, et par conséquent sa capacité à agir qui suppose la mise en œuvre de ses capacités cognitives pour planifier son action et la mener à bien. En compromettant sa capacité à mobiliser ses aptitudes à penser et agir de manière générale, la souffrance affective d'Irène l'empêche de continuer d'assurer, par ses activités, la pérennité d'une situation qui satisfait ses aspirations : par exemple elle peine à assurer son activité professionnelle et à maintenir ses relations interpersonnelles, dont le maintien est pourtant nécessaire à son bien-être, à une situation globale dans laquelle ses aspirations sont satisfaites. La difficulté à mobiliser ses capacités cognitives concerne en particulier les capacités lui permettant de réguler ses émotions et ses pensées négatives : à cause de sa souffrance affective, Irène entretient des émotions négatives et des ruminations. Réguler ces émotions et ces pensées lui permettrait au contraire de libérer des ressources affectives et cognitives qu'elle pourrait consacrer à son activité professionnelle et à ses relations interpersonnelles, donc à chercher à réaliser ses aspirations fondamentales, qui incluent le maintien de cette activité et de ses relations. A l'inverse, en perdant la capacité à les réguler, Irène voit son état physique et mental se dégrader d'une manière qui diminue d'autant plus sa capacité globale à mettre en œuvre certaines capacités de premier ordre pour chercher à réaliser ses aspirations : par exemple son sommeil est perturbé, ce qui lui cause une fatigue qui la rend d'autant moins capable de mobiliser les capacités cognitives et sa capacité à agir. Son état persistant, elle devient incapable de mobiliser ces capacités cognitives, notamment de régulation des émotions et de planification de l'action, qu'elle devrait pourtant nécessairement mettre en œuvre pour être une professionnelle efficace, et maintenir ses relations d'amitié : dans la mesure où cela fait partie de ses aspirations fondamentales, elle se trouve donc dans un état d'incapacité de second ordre à atteindre son bien-être minimal. Cela entretient sa souffrance affective en retour, au point de finalement précipiter une crise suicidaire qui la conduit à l'hôpital. La souffrance affective a donc ici conduit à un préjudice objectif en termes de

capacité de second-ordre d'Irène à atteindre un bien-être minimal, une situation satisfaisant ses aspirations fondamentales, en la rendant incapable de mobiliser certaines capacités de premier ordre nécessaires à s'efforcer d'atteindre une telle situation, notamment des capacités cognitives impliquées dans la régulation de ses émotions, et, en conséquence, sa capacité à agir.

Cet exemple illustre ce que montrent les données cliniques sur la souffrance affective. Sur le plan mental, la souffrance affective peut entraîner des émotions négatives qui sont douloureuses et difficiles à réguler, comme la colère, et des pensées négatives également difficiles à réguler, prenant la forme de ruminations (Wenzlaff, 2003) : elle compromet donc la capacité à mobiliser des capacités de régulation de ces émotions, qui l'entretiennent en retour. Ces émotions et ces pensées peuvent ainsi être des facteurs de passage à l'acte suicidaire (Mohamed Wahba & Gaber Hamza, 2022; Uğur & Polat, 2021). Dans la dépression cette souffrance est très liée au sentiment d'un rejet social, ou au sentiment d'être un poids pour les autres, qui entraînent un risque suicidaire (Lear et al., 2018; Meerwijk & Weiss, 2013). La souffrance affective peut alimenter les difficultés sociales, interpersonnelles et donc conduire à une dégradation de la situation de l'individu sur ce plan, ce qui entretient cette souffrance en retour³⁴⁵ (Fossati, 2018). Cette souffrance est en elle-même un facteur décisif de passage à l'acte suicidaire lorsqu'elle persiste, particulièrement lorsqu'elle est sociale, liée à des difficultés dans les relations avec autrui (Chávez-Hernández et al., 2009; Conejero et al., 2018; Ducasse et al., 2017; Villain et al. in Laurent & Vandell, 2016; Orbach et al., 2003). Nous pouvons résumer ces aspects cliniques en disant que la souffrance affective, donc la « douleur morale » qui est un des aspects de la phénoménologie de l'humeur dépressive, compromet la capacité de l'individu à mobiliser certaines capacités psychologiques de premier ordre, notamment des capacités de régulation des émotions négatives ; or il s'agit de capacités engagées dans des aspects essentiels au bien-être minimal des individus, comme les relations interpersonnelles. Cela est reflété par le fait que leur dégradation entretient en retour la souffrance affective, et est ainsi un facteur de passage à l'acte suicidaire. Cette diminution de la capacité à réguler ses émotions et cognitions négatives s'accompagne d'une diminution de la capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations : l'horizon en est une incapacité à

³⁴⁵ Rappelons que les témoignages recueillis par Ratcliffe (2014) exprimaient le sentiment d'une distance à autrui et d'une impossibilité à communiquer comme source de la souffrance affective, de la « douleur morale » constitutive de la phénoménologie de l'humeur dépressive.

mobiliser ces capacités, donc à chercher à satisfaire ses aspirations, y compris fondamentales, soit une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal.

ii. Le préjudice objectif induit par les manifestations corporelles et comportementales de l'humeur dépressive, notamment en termes de diminution de la capacité à agir

Chacune des manifestations corporelles les plus courantes de l'humeur dépressive (fatigue, état corporel global altéré voire état inflammatoire, perturbations végétatives), puisqu'elle correspond à une dégradation de l'état physique de l'individu, peut contribuer à induire un état global dans lequel sa capacité de second ordre d'atteindre le bien-être est compromise, car il lui est plus difficile de mobiliser l'ensemble de ses capacités de premier ordre. En effet ces manifestations sont de nature à constituer un état physique dans lequel l'individu ne peut pas mobiliser ou acquérir de capacités qu'il lui faudrait pourtant mettre en œuvre pour chercher à satisfaire ses aspirations, à obtenir une situation de bien-être, en particulier sa capacité à réguler ses émotions et cognitions négatives, et sa capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations.

Cette dégradation de l'état physique et mental de l'individu et l'incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal qui en résultent sont reflétées par le fait que certaines de ces manifestations sont des facteurs d'augmentation du risque suicidaire : d'après certaines études, c'est le cas de la fatigue et des perturbations du sommeil, du fait de leurs conséquences sur l'état physique et mental plus global, aussi bien dans le « syndrome de fatigue chronique » que dans la dépression (Jason et al., 2006; Johnson et al., 2022; Kapur & Webb, 2016). Des études montrent par ailleurs non seulement que les patients avec une moins bonne qualité de sommeil sont davantage à risque, mais aussi que la dégradation du sommeil est bien un facteur favorisant le passage à l'acte suicidaire, en conduisant par exemple à des ruminations suicidaires (Bernert & Nadorff, 2015; Villain et al. in Laurent & Vandel, 2016; Pigeon et al., 2012; Sabo et al., 1991; Wojnar et al., 2009). De même, l'état corporel dégradé, qui peut être un état inflammatoire mais aussi être constitué d'autres perturbations neurobiologiques (perturbations du système sérotoninergiques et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou « axe du stress ») crée une « vulnérabilité suicidaire », soit une

prédisposition spécifique au suicide car ces perturbations biologiques diminuent la capacité à répondre à des événements de vie négatifs (Villain et al. in Laurent & Vandel, 2016, p. 151-152). L'humeur dépressive se traduit donc clairement par un état corporel dont la persistance peut entraîner une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Il est plausible que celle-ci tienne à une incapacité à mobiliser des capacités psychologiques de régulation des émotions et des cognitions négatives, et d'action, dont la mobilisation est nécessaire pour chercher à atteindre ce bien-être.

Le ralentissement psychomoteur et l'agitation psychomotrice sont des manifestations comportementales de l'humeur dépressive qui ne sont pas systématiquement présentes mais contribuent de manière évidente à diminuer la capacité globale à mettre en œuvre certaines capacités de premier ordre, en particulier des capacités cognitives et la capacité à agir : elles entraînent dès lors une gêne à l'égard des activités personnelles, sociales, professionnelles, au travers desquelles l'individu peut chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, et dans lesquelles il doit faire appel à de telles capacités de premier-ordre.

Le ralentissement psychomoteur est un symptôme particulièrement préoccupant dans la dépression, qui prédit une sévérité d'autant plus forte de celle-ci qu'il est plus marqué, que ce soit au niveau clinique ou du point de vue de ses biomarqueurs (Iverson, 2004; Syed et al., 2017). Il perturbe l'action, au niveau de sa planification et de la prise de décision, mais aussi au niveau de la gestion de la performance, c'est-à-dire de la capacité à évaluer si le but de l'action a bien été atteint (Schrijvers et al., 2008). En compromettant à la fois sa motricité globale et sa motricité fine, son expressivité faciale et ses capacités cognitives, le ralentissement psychomoteur crée une gêne significative dans les activités quotidiennes de la personne (Bennabi et al., 2013; Caligiuri & Ellwanger, 2000). La baisse des capacités cognitives induite par le versant psychologique ou cognitif de ce ralentissement psychomoteur est particulièrement gênante, par exemple la baisse d'attention (Lemelin & Baruch, 1998). Ce ralentissement atteint en effet les fonctions exécutives et la mémoire (Baudic et al., 2007; Brébion et al., 1997). Une gêne similaire, à la fois motrice et cognitive, est entraînée par l'agitation psychomotrice. Dans l'exemple de Pascal, le ralentissement psychomoteur est très prononcé au point de constituer, plus qu'une gêne, un véritable handicap, qui pousse son psychiatre à décider d'une hospitalisation tant les capacités de Pascal, ses performances dans ses tâches quotidiennes, sont diminuées par cette manifestation de son humeur dépressive. Le

ralentissement peut être extrême, se traduisant par des états de catatonie ou de stupeur dans lesquels il peut y avoir un risque vital par déshydratation ou dénutrition, comme je l'ai mentionné dans l'introduction générale.

Les manifestations comportementales de l'humeur dépressive participent donc clairement d'un état physique et mental global marqué par une diminution voire une incapacité de l'individu à mobiliser certaines capacités de premier ordre, qui sont particulièrement des capacités cognitives et sa capacité générale à agir, à la fois sur le plan cognitif et sur le plan moteur.

iii. Le préjudice objectif induit par les effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux : la diminution de la capacité à agir entraînée par la baisse de la motivation, des désirs et des émotions

La baisse de motivation est repérée cliniquement en tant que telle, à travers la baisse globale des activités, ou bien à travers la perte d'intérêt et de plaisir ou anhédonie, dans la mesure où celle-ci peut concerner l'ensemble des fonctions hédoniques, et inclut donc une anhédonie de motivation. J'ai considéré que l'anhédonie reflète donc également une baisse globale des désirs. La baisse des émotions est repérée en tant qu'émoussement affectif, insensibilité émotionnelle, baisse de l'expressivité émotionnelle, avec la notion clinique d'alexithymie. Ces trois manifestations systématiques de l'humeur dépressive compromettent de façon générale la capacité de premier ordre de l'individu à agir en vue de réaliser ses aspirations fondamentales, donc de chercher à atteindre un bien-être minimal : en effet agir ainsi requiert un niveau minimal de motivation, mais aussi d'être plus spécifiquement porté à agir par certains désirs et d'y être motivé par certaines émotions.

Les études soulignent ce préjudice car elles montrent que l'anhédonie et la baisse de motivation d'une part, et la baisse des émotions d'autre part prédisent une plus grande sévérité de la dépression et un risque suicidaire accru : cela montre que ces manifestations de l'humeur dépressive participent d'un état d'incapacité à mettre en œuvre certaines capacités de premier ordre permettant de chercher à atteindre un bien-être minimal. De plus ces études suggèrent que la principale capacité de premier ordre qui est diminuée est la capacité à agir, en particulier pour réaliser ses aspirations.

La perte d'intérêt et de plaisir conduit à une dégradation de la situation de l'individu, notamment sur le plan social, parce qu'elle le pousse à mettre fin à certaines de ses activités, d'autant plus que l'un de ses aspects est une baisse de motivation à faire ce qui suscite habituellement son plaisir ou son intérêt (Gold et al., 2012; Pizzagalli, 2014). Il en est de même de la perte de motivation et de la baisse des émotions. L'individu peut donc se désocialiser, et être mis en difficulté dans sa vie familiale ou professionnelle. Avec l'exemple de Pascal, nous voyons qu'un individu qui perd peu à peu toute motivation, en lien avec une perte d'intérêt et de plaisir y compris pour des activités qui auparavant lui plaisaient, et qui de surcroît est de plus en plus affectivement indifférent, du fait d'une baisse globale de ses émotions, est en incapacité de mettre en œuvre sa capacité de premier ordre à agir pour tenter de réaliser ses aspirations, y compris fondamentales.

De plus, nous avons vu que la baisse des émotions reflète en partie des difficultés de régulation des émotions négatives, qui elles-mêmes résultent de l'altération des fonctions cognitives causée par l'humeur dépressive. Il pourrait en être de même de l'anhédonie. Outre le fait d'entraîner une incapacité à mobiliser une capacité de premier ordre à agir (notamment en vue de la satisfaction de ses aspirations fondamentales), ces deux symptômes reflèteraient alors une incapacité à mobiliser une capacité de premier ordre qui serait la régulation des émotions négatives, capacité elle-même nécessaire à la mise en œuvre de la capacité d'action en vue de la recherche d'un bien-être minimal.

Ainsi l'anhédonie prédit un plus grand risque suicidaire, et serait dans certains cas un facteur du suicide (Auerbach et al., 2015; Coryell & Young, 2005; Villain et al. in Laurent & Vandel, 2016; Nock & Kazdin, 2002; Winer et al., 2014). La baisse des émotions est corrélée à la sévérité de l'état dépressif et au risque suicidaire. En particulier l'alexithymie est corrélée à la sévérité de la dépression, et prédit des complications, notamment un risque suicidaire, même s'il n'est pas clair qu'elle soit en elle-même un facteur de suicide, indépendamment de la dépression : dans la dépression, son intensité marquée peut cependant augmenter le risque suicidaire parce qu'elle signale une moindre capacité de régulation des émotions négatives pouvant pousser au suicide (Bergmans et al., 2021; Bordalo & Carvalho, 2022; Hemming et al., 2019; Hintikka et al., 2004; Iskrac et al., 2020; Mohamed & Ahmed, 2022). Ces différents marqueurs de sévérité de la dépression sont vraisemblablement pris en compte par le psychiatre de Pascal lorsqu'il décide de l'hospitaliser, faisant suspecter un risque suicidaire. Ces données montrent que si l'humeur dépressive entraîne une diminution de la capacité à agir, du fait qu'elle entraîne une baisse de la motivation, des désirs, et des émotions, c'est au

moins en partie parce qu'elle entraîne en premier lieu une diminution de la capacité à réguler ses émotions et cognitions négatives (qui explique au moins en partie cette baisse de la motivation, des désirs et des émotions). Or cela résulte d'un autre effet de cette humeur qui est d'entraîner une altération des fonctions cognitives.

iv. Le préjudice objectif induit par les effets de l'humeur dépressive sur les états mentaux : l'incapacité à réguler ses émotions et ses cognitions entraînée par l'altération des fonctions cognitives

Au travers des aspects cognitifs du ralentissement psychomoteur, et des déficits cognitifs impliqués dans les difficultés de régulation des émotions qui se traduisent par la baisse globale des émotions, nous voyons que l'altération des fonctions cognitives entraînée par l'humeur dépressive participe de façon centrale au fait que cet état mental s'accompagne d'une incapacité de second-ordre de l'individu à atteindre un bien-être minimal : en effet les fonctions cognitives altérées sont mises en jeu par la plupart des capacités psychologiques de premier ordre qu'un individu est susceptible de mobiliser pour chercher à atteindre la satisfaction de ses aspirations fondamentales donc un état de bien-être minimal, particulièrement par sa capacité à réguler ses émotions et cognitions, et par sa capacité générale à agir, la seconde dépendant en partie de la première. Cela est reflété par le fait que l'intensité de cette altération des fonctions cognitives, qui tend à persister en cas de rémission partielle, est corrélée au risque de récurrence de l'épisode dépressif (Gauthier & Lecardeur, 2018, p. 358).

Rappelons que ces fonctions cognitives sont : l'attention, la vitesse de traitement de l'information, la flexibilité mentale, l'inhibition, la mémoire autobiographique, la mémoire hédonique, la planification et l'initiation des actions, l'attribution d'états mentaux à autrui, la métacognition, la projection dans le futur, le traitement des émotions et les capacités sociales (Gauthier & Lecardeur, 2018, p. 355). Or nous avons également vu que cette altération des fonctions cognitives se manifeste cliniquement par le ralentissement psychomoteur et par la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou l'indécision, qui sont des critères cliniques de l'épisode dépressif caractérisé (Crocq et al., 2015, p. 188), et qu'elle est aussi impliquée dans d'autres aspects de la symptomatologie dépressive, par exemple dans la perte

d'intérêt et de plaisir, les difficultés de régulation des émotions négatives, la baisse de l'estime de soi (cognitions auto-dévalorisantes). Par exemple, l'altération de l'inhibition, qui est une des fonctions exécutives, est particulièrement en cause dans les difficultés de régulation des émotions négatives, et des cognitions avec lesquelles elles entretiennent des cercles vicieux (Joorman, 2010 ; Joorman & Gotlib, 2010) : l'altération de l'inhibition se traduit dès lors particulièrement par des ruminations, et par des stratégies défaillantes de régulation des émotions aboutissant à une baisse globale des émotions. L'exemple de Marie montre que son humeur dépressive altère ses fonctions cognitives d'une manière qui la rend incapable de réguler correctement ses émotions et cognitions négatives, notamment en inhibant certains contenus négatifs, si bien qu'elle rumine, ce qui l'empêche de se consacrer à une réévaluation de sa situation qui lui permettrait ensuite de trouver comment agir pour l'améliorer. De plus, ces émotions négatives mal régulées, loin de la motiver à agir, l'entretiennent dans l'inaction, tandis que l'altération de ses fonctions cognitives l'empêche de planifier une action qui serait efficace pour retrouver un emploi correspondant à ses aspirations.

L'altération des fonctions cognitives causée par l'humeur dépressive diminue donc la capacité à mettre en œuvre certaines capacités de premier ordre nécessaires pour chercher à atteindre un bien-être minimal : en particulier la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et la capacité générale à agir. Maintenant, comment les croyances dépressives, en se manifestant conjointement avec l'humeur dépressive, aboutissent-elles, du fait de la modulation de leur causal par cette humeur, à porter cette diminution à une incapacité de fait à mobiliser la capacité à agir, particulièrement en vue de chercher à satisfaire ses aspirations ?

b. Le préjudice objectif induit par les croyances dépressives sous l'effet de la modulation de leur rôle causal par l'humeur

Dans un premier temps, je vais bien souligner le caractère objectivement préjudiciable des croyances dépressives en elles-mêmes, c'est-à-dire le fait qu'elles sont défavorables à la mise en œuvre de la capacité à agir, particulièrement en vue de chercher à satisfaire ses aspirations. Elles le sont directement, au niveau de la conduite, où elles se manifestent par une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, et indirectement, parce

qu'elles se manifestent également par des émotions et des cognitions qui défavorisent une telle conduite. Cependant le fait que ces croyances soient défavorables à la mise en œuvre de cette capacité d'action ne veut pas dire qu'elles entraînent une incapacité à la mobiliser : ce serait cependant le cas, *de facto*, si ces croyances se manifestaient de façon envahissante, omniprésentes, au niveau de la conduite et des états mentaux, tout en étant très difficiles voire impossibles à remettre en question. Or je vais montrer que c'est bien la manière dont elles se manifestent dans un état dépressif problématique, dans lequel leur rôle causal est modulé par une humeur dépressive persistante : pour le montrer, je vais passer par une analogie entre les caractéristiques fonctionnelles de ces croyances dépressives et les caractéristiques fonctionnelles de certaines croyances religieuses pour certains croyants, en faisant appel à la manière dont Wittgenstein les caractérise dans les *Leçons sur la croyance religieuse* (1966). S'ajoutant au caractère préjudiciable de ces croyances dépressives, ces caractéristiques fonctionnelles portent alors le préjudice qu'elles induisent au niveau d'une incapacité à mobiliser la capacité de premier ordre à agir, particulièrement en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales. Je le mettrai en évidence en soulignant que des croyances dépressives revêtues de ces caractéristiques fonctionnelles sont de nature à entraîner une conduite de renoncement à agir qui se généralise à tous les contextes, éventuellement via les émotions et les cognitions qu'elle cause. Je mettrai en évidence le fait qu'un caractère subi d'une telle conduite dans le vécu dépressif, permet de la définir comme contrainte au sens d'une conduite s'accompagnant d'une privation de liberté de la volonté au sens de Frankfurt (1988). Dans la mesure où c'est l'humeur dépressive qui empêche par ailleurs la régulation de ces émotions et cognitions, et qui module le rôle causal de ces croyances, l'incapacité à mobiliser la capacité à agir, particulier en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, sera ici un préjudice objectif conjointement causé par cette humeur et ces croyances. S'agissant de l'incapacité à mobiliser une capacité de premier ordre dont la mobilisation serait nécessaire pour atteindre un bien-être minimal, il s'agira d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, ce qui caractérisera l'état dépressif global conjointement induit par cette humeur et ces croyances comme « pathologique », en lui adaptant la définition de Nordenfelt (2000).

i. Le caractère préjudiciable des croyances dépressives

Qu'elles soient ou non objectivement fondées, les croyances dépressives sont préjudiciables. En effet, étant des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité pour l'individu d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations, elles le conduisent à adopter une conduite dépressive de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, or cette conduite tend à avoir pour résultat que ces aspirations ne soient effectivement pas satisfaites. Cela tient en particulier à une double caractéristique d'au moins une partie des croyances dépressives, qui est d'être anticipatrices et de l'être à propos d'états de choses dont la réalisation dépend au moins en partie de la conduite individuelle. Dès lors les croyances dépressives, en se manifestant dans sa conduite, et éventuellement dans ses états mentaux occurrents (émotions ou cognitions) ont pour conséquence que certaines aspirations de l'individu ne seront effectivement pas satisfaites : une généralisation de cette conduite pourrait avoir pour conséquence que cela s'étendrait à des aspirations fondamentales, et l'individu serait dès lors privé de son bien-être minimal. Or une telle généralisation de la conduite de renoncement à agir serait suscitée par un état mental problématique, dans lequel ces croyances domineraient et ne pourraient pas être modifiées. Un tel état mental problématique serait donc caractérisé par une incapacité de second-ordre de l'individu à chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, donc à atteindre un bien-être minimal : il serait « pathologique » au sens du préjudice objectif, que j'ai adopté.

Par exemple Marie renonce à tenter de changer d'emploi en raison de croyances pessimistes, défaitistes et auto-dépréciatives quant à la possibilité d'atteindre une situation future qui satisferait ses aspirations : elle renonce à chercher des offres d'emploi dans tel domaine car elle est pessimiste à propos des perspectives futures de ce secteur d'activité, elle renonce à se présenter à tel entretien d'embauche car elle est défaitiste à propos de ses chances d'être recrutée, ou encore elle renonce à relancer un employeur qui la laisse sans nouvelle après un entretien parce qu'elle est persuadée qu'il ne veut pas la recruter du fait de sa médiocrité. Or cette conduite entraîne une dégradation objective de sa situation, puisqu'elle diminue de fait ses chances de trouver un emploi qui correspondrait à ses compétences et d'être embauchée : puisque ce sont ses croyances dépressives qui se manifestent par cette conduite, elles participent ici d'un état dépressif dans lequel Marie ne cherche pas à satisfaire ses aspirations fondamentales, et peut en conséquence finir par être privée d'un bien-être minimal.

Pour reprendre le cas de Styron, sa conduite dépressive consiste dans un renoncement à participer pleinement aux célébrations qui suivent la cérémonie au cours de laquelle il reçoit

un prix littéraire prestigieux à Paris : replié sur lui-même pendant le dîner auquel il a d'ailleurs envisagé de ne pas se rendre, il rentre au plus vite à son hôtel, puis aux Etats-Unis (Styron, 2010). Ce sont des actes par lesquels il renonce à ce qui le définit de la façon la plus centrale, soit son activité professionnelle d'écrivain prestigieux. Cette conduite lui est dictée par des croyances auxquelles nous accédons au travers des jugements explicites qu'il formule : il ne mérite pas le prix littéraire ; ce prix n'a pas tant de valeur ; tout le succès médiatique dont il jouit est en partie infondé, et cela risque de finir par se révéler au grand jour ; il est promis à un échec retentissant tôt ou tard ; au vu de son état il n'est plus capable de mener cette activité professionnelle ; mieux vaut être à l'abri chez lui que sous le feu des projecteurs ; il ne vaut rien, il est un usurpateur ; il ne mérite pas cette gloire... (Styron, 2010) Ce sont des croyances pessimistes à propos de ses perspectives d'évolution de carrière, des croyances défaitistes à propos de ses chances de rencontrer le succès attendu, et des croyances autodépréciatives à propos de sa valeur personnelle. Or la conduite que lui dictent ces croyances entraîne également une dégradation objective de sa situation, puisqu'il se prive d'un moment de gloire, de certaines rencontres, de certaines opportunités qui auraient pu en découler : cela précipite le recul de sa carrière et de sa renommée, qu'il redoute. Les croyances dépressives qui lui dictent cette conduite sont donc préjudiciables, particulièrement celles qui sont anticipatrices et dont la réalisation dépend en partie de sa conduite : par la conduite de renoncement à agir qu'il adopte du fait de ces croyances, Styron ne mobilise pas sa capacité de premier ordre à agir, notamment en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales, et finit par se trouver dans une situation où elles ne le sont pas et où il est donc privé d'un bien-être minimal. Ce préjudice objectif induit par ces croyances ne vient pas seulement du fait qu'elles se manifestent ainsi dans sa conduite, mais aussi de leurs manifestations au niveau de ses états mentaux. Styron est en effet envahi par les jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants manifestant ces croyances, mais aussi par un profond découragement, un désespoir, et une anxiété paroxystique, émotions également causées par ces croyances. Ces émotions et jugements qui s'entretiennent réciproquement favorisent sa conduite préjudiciable. Les cercles vicieux entretenus par ces émotions et ces jugements les rendent envahissants dans son activité mentale, l'empêchant de se consacrer à autre chose, et le poussent d'autant plus à renoncer à agir.

Maintenant, pourquoi serions-nous fondés, pour Marie comme Styron, à considérer le fait qu'ils ne mobilisent pas leur capacité de premier ordre à agir, notamment en vue de

satisfaire leurs aspirations fondamentales, comme traduisant une incapacité à mobiliser cette capacité ? Premièrement nous avons vu que leur humeur dépressive se traduit par une phénoménologie distinctive, et des manifestations corporelles et comportementales, ainsi que des effets sur les états mentaux, qui diminuent leur capacité générale à agir. Deuxièmement, nous avons que cette humeur, en altérant les fonctions cognitives, diminue leur capacité à planifier l'action, donc à agir, et à réguler les émotions et cognitions négatives par lesquelles leurs croyances dépressives se manifestent, qui entretiennent leur conduite de renoncement à agir. Troisièmement, nous voyons surtout que la modulation du rôle causal de ces croyances par l'humeur dépressive qui les recrute et les pousse à se manifester dans la conduite a pour conséquence que ces croyances s'y manifestent de manière envahissante, omniprésente, tout en étant impossibles à remettre en question. Cet état mental problématique a pour conséquence qu'ils renoncent à agir en vue de satisfaire leurs aspirations dans la plupart des contextes, donc il entraîne pour eux une incapacité *de fait* à mobiliser leur capacité à agir en vue de satisfaire ces aspirations. Le caractère problématique de cette conduite, et donc de l'état mental qui l'explique, est reflété par le fait que cette conduite de renoncement à agir a un caractère subi, elle est vécue par Marie et Styron comme étant contrainte. Finalement c'est leur état dépressif tout entier, comme état physique et mental global, que nous considérons comme s'accompagnant d'une incapacité à mobiliser leur capacité de premier ordre à agir, notamment en vue de chercher à satisfaire leurs aspirations fondamentales. Or cette incapacité est une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, dès lors que la capacité en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales doit être mobilisée pour atteindre une situation où ces aspirations sont satisfaites, soit une situation de bien-être minimal.

Ainsi, si le caractère préjudiciable des croyances dépressives en termes de capacité à atteindre le bien-être peut aller jusqu'à une incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal, c'est dans le cas où les croyances dépressives deviennent vraiment prépondérantes par rapport à la plupart des autres croyances, et impossibles à remettre en question. Dans ce cas, la conduite de renoncement peut finir, dans ses conséquences ultimes, par constituer dans un renoncement intégral à soi³⁴⁶, par le fait de se laisser mourir, ou par un renoncement à la vie au travers d'un passage à l'acte suicidaire. Les jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants et les émotions négatives peuvent être si pénibles, les émotions induisant un

346 Ce renoncement s'exprime chez les patients dépressifs par des phrases typiques telles que : « Je baisse les bras. », « J'abandonne. », « Je suis hors circuit, je suis complètement en dehors de tout, alors je laisse tout tomber. »

ressenti affectif si douloureux, qu'ils peuvent également créer les conditions d'un passage à l'acte suicidaire. L'individu a alors perdu, du fait d'une manière dont ses croyances dépressives se manifestent, sa capacité à agir en vue de chercher à améliorer sa situation, en partie du fait qu'il a également perdu sa capacité à réguler ses émotions négatives. Le premier cas est bien illustré par l'exemple de Pascal, qui abandonne peu à peu toutes ses activités, jusqu'à son activité professionnelle, et ses activités les plus quotidiennes, allant jusqu'à cesser de s'alimenter. Le second cas est bien illustré par l'exemple d'Irène, qui rumine en permanence ses cognitions négatives alimentant ses émotions douloureuses, sa tristesse et son anxiété, renonçant de plus en plus à ses activités, et étant finalement poussée à une crise suicidaire. Dans les deux cas, si les croyances portent atteinte à la capacité de second-ordre de l'individu à atteindre un bien-être minimal, c'est parce que ses croyances dépressives sont constamment mobilisées dans sa conduite, ses pensées et ses émotions, et qu'en même temps il y adhère fortement et ne peut s'en défaire : elles lui dictent systématiquement une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales, donc le rendent de fait incapable de mobiliser sa capacité de premier ordre à agir en vue de satisfaire ces aspirations. Autrement dit, parce qu'il croit qu'il lui est impossible d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations, soit le bien-être, et que cette croyance détermine sa conduite et ses états mentaux en toutes circonstances, tout en étant impossible à remettre en question, l'individu est rendu de fait incapable d'agir en vue de chercher à atteindre un bien-être minimal : il s'agit d'une incapacité de second-ordre à atteindre ce bien-être minimal.

Je vais maintenant montrer que ces croyances dépressives, dans un état dépressif problématique, dans lequel leur rôle causal est modulé par une humeur dépressive persistante, revêtent en effet ces caractéristiques fonctionnelles : elles deviennent omniprésentes, envahissantes, prépondérantes en termes de mobilisation dans la conduite et les états mentaux, et impossibles à remettre en question.

ii. La modulation du rôle causal des croyances dépressives par l'humeur dépressive : intangibilité et gouvernance cognitive étendue

J'ai envisagé les croyances, suivant leur conception standard, comme des dispositions mentales³⁴⁷ : dès lors elles se manifestent en causant³⁴⁸ des actions, des conduites, des états mentaux affectifs (émotions) et des états mentaux cognitifs (notamment des jugements), lorsqu'elles sont recrutées, dans un certain contexte. Elles se forment elles-mêmes à la suite de certaines émotions ou certains jugements occurrents. Nous les révisons lorsque nous sommes confrontés à des preuves (faits ou raisonnements) qui les infirment, et ce à la suite d'un processus cognitif qui peut rester inconscient-A mettre en jeu des états mentaux conscients-A, notamment des jugements. L'évolution de nos croyances au long cours se manifeste à travers l'évolution globale de notre conduite et de nos états mentaux, qu'elles déterminent. Mais de plus, dans un contexte donné, une partie seulement de l'ensemble de nos croyances sont mobilisées et se manifestent dans notre conduite et nos états mentaux. Or à ce titre, certaines croyances peuvent se manifester davantage que d'autres, si elles déterminent la conduite et les états mentaux dans un plus grand nombre de contextes. Par ailleurs, certaines croyances peuvent être plus difficiles à réviser que d'autres, certaines paraissant dans une certaine mesure insensibles aux preuves, c'est-à-dire qu'elles se maintiennent alors même que l'on reçoit une preuve montrant qu'elles sont erronées ou du moins mal fondées.

Les modèles comportementaux et cognitifs que j'ai évoqués dans la partie précédente ont montré que la conduite dépressive, consistant dans un renoncement à agir, mais aussi les émotions négatives et cognitions dépressives, étaient sous-tendues par des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes (Abramson et al., 1978; Abramson et al. 1989, 1995; Alloy et al. 1988; Beck, 1963, 1964, 1979; Beck, 2017b; Seligman et al., 1979; Seligman, 1975). Ces modèles ont montré à la fois que dans la dépression, cette conduite et ces émotions et cognitions deviennent omniprésentes, quasi permanentes, et que les croyances qui les sous-tendent sont extrêmement difficiles à remettre en question. Suivant Beck (2017b), les croyances dépressives valent comme de véritables « règles » de conduite, puisqu'elles déterminent la conduite dans la plupart des contextes, et elles sont profondément ancrées. Pour autant, elles peuvent rester inconscientes-A si la conduite dépressive est adoptée sans s'accompagner de jugements par lesquels le dépressif serait amené à s'auto-attribuer ces croyances : c'est ainsi que se présente le tableau dépressif de Pascal, parmi les idéaux-types envisagés.

347 Dans le chapitre précédent, en faisant référence à la *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Schwitzgebel, 2021).

348 Suivant la conception standard d'une disposition selon laquelle elle cause ses manifestations (Choi & Fara, 2021).

D'après la théorie des « croyances dépressives actives », l'humeur dépressive recrute ces croyances et les rend davantage susceptibles de se manifester : dès lors, lorsque cette humeur persiste, elle les recrute quel que soit le contexte, et les rend en permanence davantage susceptibles de se manifester. Les manifestations de ces croyances au niveau de la conduite (renoncement à agir) et des états mentaux (tristesse, anxiété, découragement, culpabilité, jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants...) tendent à maintenir en retour, de par leurs conséquences, tout autant l'humeur dépressive que ces croyances elles-mêmes. Cela peut aboutir à les rendre de plus en plus difficiles à remettre en question. En effet ces conséquences sont des situations qui, plutôt que de conduire à la formation de nouvelles croyances, qui pourrait amener à la remise en question de ces croyances dépressives, tendent à les renforcer, éventuellement par la formation de nouvelles croyances dépressives. Ainsi si je renonce à essayer d'améliorer ma situation en raison de croyances pessimistes, je demeure dans une situation insatisfaisante dans laquelle je peux être amenée à former des jugements concernant le fait que mes anticipations pessimistes se confirment, puis de nouveaux jugements pessimistes sur une évolution ultérieure de cette situation, et ainsi de nouvelles croyances pessimistes. C'est ainsi que l'on peut concevoir que la persistance de l'humeur dépressive, qui a pour rôle causal de rendre les croyances dépressives « actives », entraîne une modulation de leur propre rôle causal en les rendant omniprésentes dans la conduite et les états mentaux mais aussi de plus en plus difficiles à remettre en question. Je vais maintenant défendre cette conception en passant par une analogie entre le rôle causal des croyances dépressives et celui de certaines croyances religieuses : il va s'agir de croyances religieuses qui ont un rôle très étendu dans la détermination de la conduite et des états mentaux d'un croyant, et qui sont très difficiles voire impossible à remettre en question. Cette analogie ne s'applique donc pas à toutes les croyances religieuses, et pourrait à l'inverse aussi être faite avec d'autres types de croyances, par exemple des croyances morales ou des croyances à propos de soi-même, qui seraient tout aussi déterminantes et profondément ancrées.

La possibilité d'une analogie avec certaines croyances religieuses est suggérée par la caractérisation du croyant que nous livre Wittgenstein dans les *Leçons sur la croyance religieuse* (Wittgenstein, 1966). D'après Wittgenstein, la spécificité de certaines croyances religieuses n'est pas une spécificité de contenu mais de statut pratique.

« La différence entre ces énoncés et d'autres ne viendrait pas seulement de ce sur quoi ils portent. Ce sont leurs tenants et leurs aboutissants, qui sont complètement différents, qui en feraient des croyances religieuses, et on peut aisément imaginer des transitions telles que, sur

notre tête, nous ne saurions si on doit les appeler des croyances religieuses ou scientifiques. »
(Wittgenstein, 1966, p. 115)

Les transitions, c'est-à-dire les liens sémantiques entre les croyances, ne nous permettent pas d'opérer une démarcation entre ces croyances religieuses et des croyances scientifiques : ce sont les tenants et les aboutissants des croyances religieuses qui les singularisent, c'est-à-dire la manière dont elles interviennent en pratique, donc dans la conduite des individus. Wittgenstein caractérise tout d'abord ces croyances religieuses comme des règles de conduite fondamentales pour le croyant :

*« Supposez un homme qui se donnerait pour cette vie la règle de conduite suivante : croire au Jugement dernier. C'est ce qui est présent à son esprit chaque fois qu'il fait quelque chose. D'un certain point de vue, comment allons-nous savoir si nous pouvons dire qu'il croit ou non que le Jugement dernier va arriver ? Le lui demander ne suffit pas. Il dira probablement qu'il a des preuves. Mais ce qu'il a, c'est ce que vous pourriez appeler une croyance inébranlable. Cela ressortira non pas d'un raisonnement ou d'une référence aux raisons habituelles que l'on invoque à l'appui d'une croyance, mais bien plutôt du fait que **tout dans sa vie obéit à la règle de cette croyance**. Renoncer aux plaisirs, se référer toujours à cette image du Jugement, c'est un fait d'une force bien plus considérable. C'est là en un sens ce qu'il faut appeler la plus ferme de toutes les croyances, parce que cet homme, eu égard à elle, risque des choses qu'il n'irait pas faire pour des choses qui pour lui sont de loin mieux assurées. Encore qu'il fasse la distinction entre des choses bien et mal assurées. »* (Wittgenstein, 1966, p. 107)

Ainsi la croyance au Jugement dernier peut être assimilée à une règle de conduite, celle d'agir suivant cette croyance (en tenant compte du Jugement dernier, en toute circonstance, comme s'il était certain qu'il aurait lieu). Cette règle est fondamentale puisqu'elle est une règle à laquelle tout, dans la vie du croyant, obéit : si toute croyance, du fait de son rôle causal de guidage de la conduite, peut être envisagée comme une règle de conduite, une telle croyance se distingue des autres parce qu'elle est recrutée plus souvent, dans un grand nombre de contextes.

De plus, Wittgenstein souligne que ces croyances religieuses sont profondément ancrées : les réflexions, les délibérations, les laissent inchangées, et ce qui compte ordinairement comme une preuve ne compte pas comme tel en face de ces croyances religieuses, comme si elles reposaient sur des raisons spéciales.

« Si vous me demandiez si je crois ou non à un Jour du Jugement, au sens dans lequel les esprits religieux y croient, je ne répondrais pas : « Non. Je ne crois pas qu'il se produira une telle chose. » Parler ainsi me paraîtrait pure folie. Puis je donne une explication : « Je ne crois pas en... », mais c'est alors la personne d'esprit religieux qui ne croit jamais ce que je décris. Je ne saurais dire, je ne saurais contredire cette personne. [...] Ces controverses semblent tout à fait différentes des controverses normales. Ces raisons semblent complètement différentes des raisons normales. En un sens elles ne sont pas du tout concluantes. En fait s'il y avait preuve – c'est là toute l'affaire – ce problème dans son ensemble s'évanouirait. »
(Wittgenstein, 1966, p. 111)

Enfin Wittgenstein suggère que le statut spécial de ces croyances religieuses provient de leurs conditions de formation : lors d'une expérience affective déterminante, qui les a rendues à la fois intangibles et déterminantes de façon fondamentale pour la conduite.

« Un grand écrivain a dit que lorsque son père lui donnait une tâche à exécuter alors qu'il était encore enfant, il sentait soudain que rien, pas même la mort, ne pouvait lui enlever la responsabilité [de l'exécuter]; c'était son devoir de l'exécuter et rien, pas même la mort, ne pouvait faire que ce ne fût pas son devoir. C'était là d'une certaine façon, à ce qu'il disait, une preuve de l'immortalité de l'âme - parce que [la responsabilité n'était pas vouée à disparaître] si l'âme survivait. Ce qui donne l'idée, c'est ce que nous appelons la preuve. Bon, si c'est là l'Idée, [soit]. » (Wittgenstein, 1966, p. 132)

Ce qui tient lieu de preuve aux croyances religieuses comme l'immortalité de l'âme, d'après Wittgenstein, c'est *ce qui en donne l'idée*, donc la manière dont elles ont été formées : autrement dit ces croyances sont crues parce qu'elles ont une certaine origine et non en raison d'un certain fondement, ce qui peut expliquer qu'elles aient un rôle pratique si crucial tout en ayant un contenu difficile à fonder rationnellement. Cette origine concerne les conditions de formation de ces croyances. Ici l'écrivain s'est mis à croire à l'immortalité de l'âme parce qu'il avait le sentiment que même la mort ne pourrait lui enlever la responsabilité de remplir une certaine tâche confiée par son père, or ce sentiment ne lui a paru pouvoir être justifié que si l'âme est immortelle, ce qui seul donnerait en effet la possibilité de continuer à porter une responsabilité au-delà de la mort. En un sens la croyance justifie le sentiment. Mais inversement cette expérience affective investit la croyance, lorsqu'elle se forme, d'une certitude absolue qui la place au-delà des preuves.

Ainsi Wittgenstein a introduit une tierce approche des croyances religieuses, entre deux approches plus classiques de ces croyances : comme étant fondées sur la foi, ou confiance en Dieu, dans la tradition thomiste, ou comme ayant un fondement pragmatique, dans la tradition issue de William James³⁴⁹. Comme le souligne Pouivet, Wittgenstein les aborde plutôt comme étant constitutives d'une manière de vivre et de donner du sens à sa vie (Pouivet 2020). Suivant cette conception, la religion, ou plus exactement « être croyant » serait avant tout une « forme de vie », c'est-à-dire un ensemble structuré de dispositions à agir, à se conduire d'une certaine manière dans un certain nombre de contextes (Pouivet 2020). Cette conception des croyances religieuses par Wittgenstein, explicitée par Pouivet,

³⁴⁹ Ces deux approches cherchent à expliquer comment ces croyances peuvent être fondées, alors qu'il semble difficile de prouver leur contenu par des raisonnements et des faits, ce qui est l'approche « évidentialiste » classique du fondement des croyances en général : il reste néanmoins possible de défendre également une telle approche à propos des croyances religieuses, comme l'affirment des philosophes contemporains comme Swinburn ou Plantinga.

n'est pas consensuelle : elle ne saurait donc s'appliquer à toutes les croyances religieuses, ou valoir pour tous les croyants. Cependant elle suggère un parallèle intéressant avec les croyances dépressives : le point commun de certaines croyances religieuses et des croyances dépressives est que, qu'elles soient ou non objectivement fondées, ce qui peut être difficile à déterminer, c'est plutôt leur valeur pratique qui importe. Ainsi certaines de ces croyances religieuses pourraient être objectivement infondées mais avoir un intérêt pratique, étant des règles de conduite utiles, bénéfiques pour le croyant : elles vaudraient alors la peine d'être conservées. A l'inverse, les croyances dépressives, quand bien même elles seraient objectivement fondées, sont nuisibles en pratique pour le dépressif, ce qui fait que l'on peut considérer qu'il est nécessaire de les remettre en question, de les modifier, quand bien même cela reviendrait à adopter une représentation moins objective de la situation. Ainsi en abordant les croyances religieuses du point de vue de leur statut pratique et de leurs conséquences globales pour la vie du croyant, l'approche de Wittgenstein permet de remarquer que c'est également de ce point de vue qu'il convient d'aborder les croyances dépressives. Or de ce point de vue, ce qui les rend particulièrement nuisibles dans le cadre d'un état dépressif, c'est qu'en plus d'être préjudiciables de par leur contenu (comme peuvent l'être nombre d'autres croyances), elles y deviennent omniprésentes et impossibles à remettre en question, comme pourraient l'être certaines croyances religieuses : la conjonction de leur caractère préjudiciable et de cette modulation de leur rôle causal expliquerait alors que le préjudice qu'elles induisent atteigne une incapacité de fait à mobiliser la capacité de premier ordre à agir en vue de chercher à réaliser ses aspirations fondamentales, et dès lors une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Nous pourrions envisager la conduite suicidaire comme l'expression la plus extrême de cette incapacité, pour autant que l'on puisse l'inscrire dans la conduite de renoncement à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales. En effet, en caractérisant cette conduite suicidaire dans la partie précédente, nous avons vu qu'elle se présente comme un ultime renoncement dans une situation ne semblant offrir aucune perspective d'action susceptible de l'améliorer.

Ainsi, dans mes exemples, Marie adhère très profondément aux croyances pessimistes selon lesquelles ses perspectives professionnelles ne vont pas s'améliorer, aux croyances défaitistes selon lesquelles toute tentative de retrouver un emploi est vouée à l'échec, et aux croyances auto-dévalorisantes selon lesquelles tout cela est dû à sa médiocrité. Ces croyances peuvent se manifester par des émotions, si Marie ressent de la tristesse, du découragement ou de l'anxiété en raison de tout ce qu'elle croit. Elles peuvent aussi se manifester par des

jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, si Marie formule de tels jugements. Enfin elles se manifestent dans sa conduite de renoncement à agir qui se généralise de plus en plus : elle renonce successivement à chercher un emploi, à toutes ses activités, à sortir de chez elle...

La façon dont Wittgenstein aborde les croyances religieuses permet dès lors de faire apparaître, par analogie, deux caractéristiques fonctionnelles que revêtent les croyances dépressives lorsque leur rôle causal est modulé par une humeur dépressive qui persiste :

- Ces croyances dépressives sont profondément ancrées, particulièrement difficiles à remettre en question, même face à des preuves contraires : on peut parler de croyances « intangibles »³⁵⁰. Or cette intangibilité semble leur avoir été conférée par une expérience affective, qu'il s'agisse d'une expérience émotionnelle (lors d'un échec, d'un deuil, d'une déception...) ayant conduit à leur formation, ou de l'humeur qui les « active », si celle-ci est engendrée dans un autre contexte que celui de la formation de ces croyances (donc par d'autres facteurs que la formation de ces croyances elles-mêmes, ou l'expérience émotionnelle ayant entraîné cette formation).
- Comme toutes les croyances, ces croyances dépressives valent comme règles de conduite au sens où elles guident la conduite, directement ou via des états mentaux occurrents. De plus, si l'on appelle le rôle de détermination des croyances à l'égard de la conduite et des états mentaux la « gouvernance cognitive » (Levy, 2017; Van Leeuwen, 2014), on peut alors dire que les croyances dépressives ont une « gouvernance cognitive » très étendue. Elles se manifestent de façon prépondérante dans le guidage de la conduite, et dans les états mentaux (émotions et jugements) occurrents, elles y sont constamment mobilisées.

Ces caractéristiques fonctionnelles, résultant de la modulation du rôle causal des croyances dépressives par l'humeur dépressive, particulièrement lorsque celle-ci persiste, sont compatibles avec le fait que ces croyances restent inconscientes-A, notamment si elles se manifestent uniquement au niveau de la conduite, sans se manifester par des états mentaux occurrents (émotions et jugements) via lesquels elles pourraient devenir conscientes-A. C'est

³⁵⁰ Cependant une croyance se devant d'être sensible aux preuves, on peut considérer qu'une croyance impossible à modifier n'est à la limite plus une véritable croyance, comme l'a suggéré Helton (2020).

par exemple le cas des croyances dépressives intervenant dans un tableau dépressif principalement « comportemental », comme celui de Pascal.

Ainsi l'état mental global et la conduite par lesquels les croyances dépressives se manifestent consistent à tenir une situation de satisfaction de ses aspirations, c'est-à-dire une situation de bien-être, pour inatteignable, (par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation), et par conséquent à renoncer à agir en vue de l'obtenir. L'installation durable de cet état mental et de cette conduite de renoncement à agir, finit par rendre *de facto* inatteignable à l'individu une situation où ses aspirations fondamentales seraient satisfaites donc une situation de bien-être minimal, en le rendant *de facto* incapable de mobiliser sa capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales. Cette façon d'envisager les croyances dépressives est suggérée par l'approche wittgensteinienne des croyances religieuses, car elles génèrent à ce titre quelque chose de comparable à la « forme de vie » que certaines croyances religieuses peuvent constituer pour un croyant, qui à l'inverse peut être bénéfique, pourvoyeuse d'une forme de bien-être, d'une situation satisfaisant ses aspirations. Mais les croyances dépressives sont au contraire préjudiciables, de par leur contenu : dès lors, si ce contenu s'assortit de caractéristiques fonctionnelles comparables à celles des croyances religieuses envisagées (soit l'intangibilité et l'extension de leur gouvernance cognitive étendue), le fait qu'elles engendrent quelque chose d'analogue à une « forme de vie » tend à augmenter ce préjudice. En effet cela signifie qu'elles s'étendent à déterminer la conduite générale de la personne, sa ligne de conduite, en lien avec son état mental global, de façon prépondérante. Donc cela veut dire que la conduite de renoncement à agir par laquelle elles se traduisent se généralise, rendant le bien-être minimal inatteignable.

Cela étant dû à une modulation du rôle causal de ces croyances par l'humeur dépressive, nous sommes fondés à considérer qu'il s'agit d'une incapacité à mobiliser la capacité à agir, donc d'une incapacité de second-ordre à atteindre ce bien-être minimal. Je vais maintenant caractériser plus précisément cette incapacité en tant qu'elle est due à la fois au contenu spécifique des croyances dépressives et à ces caractéristiques fonctionnelles d'intangibilité et d'extension de leur gouvernance cognitive qu'elles revêtent du fait de la modulation de leur rôle causal par l'humeur dépressive. Je vais montrer que cela aboutit en effet à ce que l'on renonce *de fait* à agir, c'est-à-dire à mobiliser sa capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations, dans de nombreux contextes où l'on aurait au contraire mis cette capacité en œuvre si l'on n'avait pas eu cet état mental global problématique (ces croyances ainsi modulées, dans leur rôle causal, par cette humeur dépressive).

iii. L'incapacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations induite conjointement par l'humeur dépressive et les croyances dépressives

Ce qui fait qu'un état dépressif problématique s'accompagne de la généralisation d'une conduite de renoncement à agir, c'est que cet état dépressif fait intervenir des croyances dépressives qui causent une telle conduite, mais aussi une humeur dépressive qui module le rôle causal de ces croyances, en leur conférant notamment une gouvernance cognitive très étendue : c'est du fait de cela que ces croyances sont constamment mobilisées dans la conduite, aboutissant à ce que la capacité à agir (en vue de satisfaire ses aspirations) cesse au contraire d'être mobilisée. Pour justifier le fait de considérer cela comme une *incapacité de fait* à mobiliser cette capacité à agir, je vais cependant montrer que le renoncement à la mobiliser se produit alors dans de nombreux contextes où il ne se serait pas produit si les croyances dépressives ne s'étaient pas manifestées. Autrement dit, je vais montrer que lorsque leur gouvernance cognitive s'étend du fait de la modulation de leur rôle causal par l'humeur dépressive, les croyances dépressives se manifestent de façon inadéquate dans de nombreux contextes, ce qui rend inadéquate la conduite qui en découle, au sens où une autre conduite (mobilisant la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations) aurait été justifiée. Je vais expliciter ce caractère inadéquat principalement dans les termes d'un caractère prudemment inadapté de ces croyances lorsqu'elles sont recrutées dans ces contextes, ainsi que des émotions et des cognitions qu'elles causent, et qui entretiennent la conduite de renoncement à agir. Je montrerai aussi que le caractère subi de cette conduite, dans le vécu dépressif, est bien de nature à être vu comme une situation de contrainte, de privation de liberté de la volonté au sens de Frankfurt (1988), car elle s'explique par l'ineffectivité de désirs de premier ordre, entraînée par l'humeur dépressive, en même temps que persistent des désirs de second-ordre par lesquels l'individu voudrait être porté à agir. Ce double caractère inadéquat et subjectivement contraint de la conduite de renoncement à agir conjointement causée par l'humeur dépressive et les croyances dépressives justifie de considérer qu'elle reflète une incapacité à mobiliser la capacité à agir (en vue de chercher à satisfaire ses aspirations) et pas seulement un renoncement de fait à la mobiliser.

Les croyances dépressives sont rendues intangibles par l'humeur dépressive, qui augmente aussi leur gouvernance cognitive, ce qui veut dire qu'elles sont à la fois presque impossibles à remettre en question, et mobilisées en permanence dans la conduite et les états mentaux *occurrents*³⁵¹. En conséquence, elles se manifestent de façon particulièrement problématique au niveau des états mentaux *occurrents* et de la conduite. Avant d'examiner le caractère problématique de leurs manifestations à ces deux niveaux, je vais mettre en évidence le caractère inadéquat, particulièrement au sens de prudemment inadapté, de ces croyances elles-mêmes, dans la manière dont elles sont recrutées et rendues davantage susceptibles de se manifester, lorsque leur gouvernance cognitive s'étend.

- Le caractère prudemment inadapté des croyances dépressives lorsque leur gouvernance cognitive s'étend

Les croyances en général ont pour rôle fonctionnel, pour contribution principale aux capacités de l'individu de lui permettre d'agir en guidant sa conduite, directement ou indirectement, via des états mentaux *occurrents*, en fournissant une représentation adéquate du monde. Or on peut entendre ici « adéquate » de deux manières : comme « vraie et justifiée », ou comme « prudemment adaptée », c'est-à-dire conduisant au bien-être. Les croyances dépressives peuvent donc être inadéquates, premièrement, au sens d'être erronées, fournissant une représentation fautive du monde³⁵². Mais nous pouvons considérer que les croyances dépressives ne sont pas nécessairement erronées. De plus ces croyances sont en partie anticipatrices, et dès lors ne sauraient être ni justes ni erronées, puisqu'elles représentent alors des états du monde qui ne se sont pas encore réalisés : elles peuvent alors seulement être plus ou moins objectivement fondées. Cependant, même dans ce cas, le pessimisme d'une

³⁵¹ Certains modèles cognitifs récents de la dépression, issus des neurosciences computationnelles, mettent en avant une « rigidité » des croyances dépressives par rapport au contexte se traduisant par le fait qu'elles ne sont pas « mises à jour » en fonction des évolutions du contexte (Bottemanne et al., 2021, 2022). Ces modèles adoptent une conception bayésienne du fonctionnement mental et cérébral, celle du « cerveau prédictif » : le fonctionnement du cerveau est conçu par des boucles entre prédictions sur l'environnement, guidant l'action, et du « feedback » sensorimoteur obtenu à propos de l'environnement et des résultats des actions, conduisant à ajuster ces prédictions. Ces prédictions sont encodées par le système des croyances qui sont donc habituellement modifiées suivant l'évolution du contexte.

³⁵² Comme l'affirment respectivement, à propos des croyances dépressives, le modèle cognitif de Beck (Beck, 1963, 1964, 1979), et les modèles comportementaux de Seligman et Abramson (Abramson et al., 1978, 1989, 1995; Alloy et al., 1988; Seligman, 1975).

personne dépressive par exemple, n'est pas nécessairement dépourvu de tout fondement objectif³⁵³. Dans un tel cas, il est pourtant problématique ces croyances se manifestent, notamment de façon envahissante, omniprésentes en termes de guidage de l'action et d'orientation des états mentaux occurrents, ce qui est le cas lorsque la persistance de l'humeur dépressive qui module leur rôle causal a conduit à l'extension de leur gouvernance cognitive.

En effet il peut être objectivement fondé, au moins en partie, d'être pessimiste quant à la possibilité d'atteindre une situation de satisfaction de ses aspirations fondamentales, par exemple parce qu'une telle situation exigerait un état de sécurité, de santé et d'aisance matérielle dont on se trouve objectivement très éloigné. Mais pour autant, il est problématique que ce pessimisme soit en permanence au premier plan, et se manifeste en toutes circonstances par le fait que l'on renonce à essayer de changer sa situation, qu'on la juge désespérée, ou que l'on se sente triste ou découragé. D'une part cela pourrait conduire à une évaluation erronée de la situation dans certaines circonstances, c'est-à-dire que la situation serait représentée de manière incorrecte par de nouvelles croyances, formées à la suite de jugements incorrects, eux-mêmes formés sous l'influence des croyances pessimistes antérieurement formées : par exemple, je pourrai former de manière erronée la croyance selon laquelle ma situation est en train d'empirer, à la suite du jugement correspondant, lui-même en partie causé par des croyances pessimistes antérieures, à la suite d'un événement qui laisse pourtant la situation objectivement inchangée. Or une telle croyance erronée peut ensuite orienter ma conduite dans un sens défavorable à une amélioration objective de ma situation. Ce serait d'autant plus le cas s'il s'agissait d'une croyance non susceptible d'être erronée, car anticipatrice, même si elle était objectivement fondée : en effet la réalisation de croyances anticipatrices peut en partie dépendre de la conduite individuelle. Dès lors les états mentaux et la conduite causés par de telles croyances pessimistes, sont inappropriés au sens où ils défavorisent une amélioration objective de cette situation. Ces croyances sont alors inadéquates au sens de prudemment inadaptées : il est inadapté, relativement à mon bien-être, que ces croyances se manifestent dans telle situation, par cette conduite et ces états mentaux.

353 Il est difficile d'évaluer à quel point les croyances dépressives le sont dans le cas général. La théorie du « réalisme dépressif » suggère même que le pessimisme des personnes dépressives serait plus réaliste que l'optimisme des personnes non dépressives, qui mettrait en jeu davantage de distorsions cognitives (Allan et al., 2007). A première vue, cela est cohérent avec le fait psychologique selon lequel toute personne « saine » présente un « biais d'optimisme », c'est-à-dire une représentation de sa situation et des anticipations excessivement optimistes par rapport à qu'elle est objectivement fondée à avoir (Sharot, 2011; Sharot et al., 2020).

Finalement toutes les croyances dépressives sont objectivement préjudiciables, diminuant notre capacité à agir en vue du bien-être, parce qu'elles sont inadéquates au sens de prudemment inadaptées : c'est à la fois le cas des croyances dépressives justes ou erronées, et de celles qui ne sont ni justes ni erronées parce que ce sont des croyances anticipatrices, même objectivement fondées. Dans tous les cas, ces croyances conduisent à un renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, parce qu'on tient leur réalisation pour impossible, ce qui est défavorable à leur réalisation et ainsi à la possibilité d'atteindre le bien-être. C'est du moins le cas si la gouvernance cognitive de ces croyances s'est étendue au point où elles sont constamment mobilisées dans la conduite et les états mentaux, et se manifestent donc dans la plupart des contextes : en effet si on peut concevoir qu'il y a certains contextes spécifiques où il serait avantageux à long terme, en vue de la satisfaction de ses aspirations fondamentales, de renoncer à les satisfaire à court terme, cela ne saurait être le cas dans tous les contextes. Lorsque la gouvernance cognitive des croyances dépressives est très étendue, il y a donc nécessairement des contextes où elles sont inadéquates au sens de prudemment inadaptées : si ces croyances sont recrutées quel que soit le contexte, il y a des contextes où il serait davantage bénéfique au bien-être de l'individu qu'elles ne soient pas recrutées, mais que d'autres croyances le soient, et se manifestent à leur place dans la conduite et les états mentaux. Cela va notamment être le cas de croyances dépressives anticipatrices, dont la réalisation dépend en partie de la conduite même de l'individu.

Pour reprendre l'exemple de Marie, tant qu'elle est d'humeur dépressive, ses croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation future satisfaisant ses aspirations se maintiennent et sont mises au premier plan : elles sont recrutées par cette humeur, et se manifestent dans le guidage de sa conduite et dans l'orientation de ses émotions et de ses jugements, quel que soit le contexte. Dès lors elles peuvent être inadéquates en deux sens.

- Premièrement elles peuvent être erronées : Marie peut avoir la croyance dépressive erronée selon laquelle elle est inemployable. Cette croyance peut se manifester en causant des jugements erronés l'amenant à former de nouvelles croyances dépressives erronées : dans un contexte où elle reçoit une proposition d'entretien d'embauche, sous l'influence de sa croyance erronée dans son inemployabilité, Marie forme le jugement erroné, et donc la nouvelle croyance erronée, selon laquelle cette opportunité n'est qu'une illusion, ne lui étant offerte que sur des éléments de CV qui ne reflètent pas ses compétences réelles. Elle peut aussi se mettre à croire de façon objectivement

infondée qu'elle est donc vouée à échouer si elle la saisit, et que cette opportunité ne constitue donc pas une amélioration réelle de sa situation. Ses croyances dépressives erronées ou infondées se manifesteraient alors de plus par une conduite de renoncement à saisir cette opportunité, et par des émotions négatives comme de l'anxiété réagissant à l'anticipation d'un nouvel échec, se basant sur une évaluation erronée de la situation, alors même que Marie a objectivement des chances d'être recrutée.

- Deuxièmement il peut y avoir des contextes où la situation de Marie reste objectivement mauvaise, étant correctement représentée par ses croyances dépressives, mais où il aurait été prudemment préférable que d'autres croyances soient recrutées : en se manifestant dans la conduite et les états mentaux de Marie, ces autres croyances auraient permis une amélioration de sa situation en vue de son bien-être, ce que ne permettent pas ses croyances dépressives. C'est notamment le cas des croyances dépressives de Marie qui sont des anticipations à propos d'une mauvaise évolution de sa situation, dont la réalisation dépend au moins en partie de la façon dont Marie se conduit, et évalue la situation par ses émotions et ses cognitions, ce qui détermine également sa conduite. Imaginons un contexte où Marie, ayant interrompu depuis longtemps ses recherches d'emploi, est objectivement en mauvaise posture pour retrouver un emploi qui lui permettrait de satisfaire ses aspirations fondamentales. Une amélioration de sa situation relativement à son bien-être pourrait être obtenue si des croyances anticipatrices optimistes, même objectivement moins bien fondées que ses croyances pessimistes, pouvaient se manifester dans sa conduite et ses états mentaux, car elles porteraient alors Marie à agir d'une manière susceptible de la rapprocher d'une satisfaction de ses aspirations, donc du bien-être. Cela n'est pas possible tant que l'humeur dépressive persistante de Marie recrute ses croyances anticipatrices dépressives et les rend davantage susceptibles de se manifester dans sa conduite et ses états mentaux.
- Le caractère inadéquat des émotions et jugements causés par les croyances dépressives lorsque leur gouvernance cognitive s'étend

L'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives « actives » conduit à ce que certaines émotions et certains jugements spécifiques soient causés de façon prépondérante. Ces émotions sont la tristesse, qui évalue les situations en termes de perte, le découragement qui les évalue en termes de privation de perspectives futures pourvoyeuses d'entrain et de sens, ou encore l'anxiété qui les évalue en termes de probabilité que de mauvaises perspectives futures se réalisent. A ces émotions peuvent s'en ajouter d'autres, comme la honte qui évalue le soi comme inférieur à certains standards, ou la culpabilité qui évalue le soi comme défaillant par rapport à des standards moraux. Les jugements sont des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants. L'extension de la gouvernance cognitive de ces croyances, a dès lors pour conséquence que de telles émotions et de tels jugements vont être causés dans des contextes où ils n'auraient pas été causés, en l'absence de ces croyances et de la modulation de leur rôle causal par l'humeur dépressive. Ces émotions et ces jugements vont dès lors être occurrents dans des contextes où ils seront inadéquats, d'autant plus que l'humeur dépressive empêche de les réguler en causant une altération des fonctions cognitives. Mais en quel sens ces émotions et ces jugements peuvent-ils être inadéquats ? Ils peuvent l'être en trois sens différents.

- (i) Premièrement la situation peut ne pas présenter d'élément objectif justifiant qu'elle soit évaluée négativement, par ces émotions et ces jugements, relativement à la réalisation des aspirations du sujet : cela correspond au cas où ces émotions et ces jugements sont causés par des croyances inadéquates au sens d'être erronées plutôt que vraies et justifiées, ou du moins sans fondement objectif, s'il s'agit de croyances anticipatrices. Dans ce cas la conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, favorisée par ces émotions et jugements, équivaut à une incapacité à mobiliser sa capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations au sens où elle est guidée par une représentation erronée ou objectivement infondée de la situation : une autre conduite aurait été adoptée, mobilisant cette capacité à agir, si l'on avait eu une représentation juste de la situation.
- (ii) Deuxièmement ces émotions et ces jugements peuvent être causés par des croyances vraies et justifiées mais inadéquates d'un point de vue prudentiel : dès lors ces émotions et jugements sont eux-mêmes inadéquats d'un point de vue prudentiel, c'est-à-dire qu'il aurait été préférable pour l'individu en termes de bien-être de ne pas les avoir. Dans ce cas la conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, favorisée par ces émotions et jugements, équivaut à une incapacité à

mobiliser sa capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations au sens où elle est guidée par le fait que les croyances dépressives se manifestent de façon prudentiellement inadaptée : on aurait au contraire agi en vue de chercher à satisfaire ses aspirations si l'on avait eu des émotions et jugements causés par des croyances prudentiellement adaptées.

- (iii) Troisièmement, comme le fait même de procéder à l'évaluation subjective de la situation par ces émotions et ces jugements est contingent, le fait de les avoir est soumis à une norme sociale. Celle-ci consiste dans des régularités concernant le type d'émotions et de jugements que l'on a dans un certain nombre de contextes. Dès lors l'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives peut entraîner ce type d'émotions et de jugements négatifs dans des contextes où la plupart des gens n'y auraient pas eu ces états mentaux occurrents. Dans ce cas la conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, favorisée par ces émotions et jugements, équivaut à une incapacité à mobiliser sa capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations au sens où la plupart des individus auraient mobilisé cette capacité dans ce même contexte.

Illustrons ces trois cas.

(i)

Le cas où les émotions et jugements causés par des croyances dépressives sont inadéquats au contexte au sens d'être fondés sur une représentation erronée de la situation peut être illustré par l'exemple d'Irène, qui est triste après une conversation téléphonique avec son fils parce qu'elle croit qu'il ne pense plus à elle. Cette croyance est erronée, elle a été mal formée, et se manifeste en causant cette tristesse. Irène est d'humeur dépressive (celle-ci pouvant avoir été engendrée par la formation de cette croyance), et son humeur recrute cette croyance, et la pousse à se manifester durant toute la soirée, en causant à Irène cette tristesse, mais aussi des jugements pessimistes concernant son futur, anticipant une vieillesse solitaire. Cette émotion et ces jugements sont inadéquats au sens où ils sont causés par une croyance erronée. En conséquence de ces états mentaux occurrents, Irène renonce à aller passer la soirée chez l'une de ses amies. Si son humeur dépressive ne mettait pas ses croyances dépressives au premier plan dans ce contexte, augmentant leur gouvernance cognitive, Irène ne renoncerait pas à la visite qu'elle avait prévue, ce qui lui aurait permis d'agir en vue de maintenir cette relation d'amitié, dont le maintien fait partie de ses aspirations : on peut donc

envisager sa conduite comme une incapacité à mobiliser sa capacité à agir causée par la modulation du rôle causal de croyances dépressives erronées par son humeur dépressive.

(ii)

Le cas où les émotions et jugements causés par les croyances dépressives sont inadéquats au sens de prudemment inadaptés au contexte peut être illustré par un cas où Irène a le même type d'émotions et de jugements que dans le cas précédent, mais où ces derniers sont causés par une croyance correcte dans le fait que son fils ne pense plus à elle. Irène a correctement perçu des indices de désaffection dans sa conversation téléphonique avec son fils. Cependant il serait préférable d'un point de vue prudentiel que d'autres croyances que cette croyance dépressive, soient recrutées durant la soirée, et qu'elles causent d'autres émotions et d'autres jugements que sa tristesse et ses jugements pessimistes. Son humeur dépressive recrute cette croyance, ainsi que d'autres croyances dépressives, et les pousse à se manifester par cette émotion et ces jugements. Mais le bien-être d'Irène serait plus grand si les croyances recrutées par cette situation étaient des croyances dans le caractère passager de cette désaffection, ou des croyances dans le peu de signification d'une simple conversation téléphonique à l'égard d'une relation. Ces croyances pourraient se manifester par des jugements plus neutres voire optimistes, et des émotions moins pénibles comme une légère déception. Ces jugements et émotions seraient plus adéquats au contexte d'un point de vue prudentiel, puisqu'ils s'accompagneraient d'un bien-être plus grand pour Irène : au lieu de favoriser une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, ils pousseraient Irène à rendre visite à son amie, ce qui entretiendrait sa relation d'amitié avec elle, et améliorerait objectivement sa situation. La conduite de renoncement à agir favorisée par des émotions et jugements occurrents prudemment inadaptés (causés par les croyances dépressives lorsque leur gouvernance cognitive s'étend), peut donc également être envisagée comme une incapacité à mobiliser la capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales.

(iii)

Enfin, les émotions et jugements manifestant les croyances dépressives peuvent être inadéquats au sens d'être occurrents dans des contextes où cela enfreint certaines régularités, que l'on peut considérer comme une norme sociale, lorsque la gouvernance cognitive de ces

croyances s'étend. Par exemple Irène peut avoir raison de croire que son fils ne pense plus à elle : elle peut avoir bien formé cette croyance, en interprétant correctement certains indices, et cette croyance est alors correcte, elle représente correctement la situation. Cependant il est contingent non seulement qu'Irène possède d'autres croyances dépressives, et qu'elle éprouve une humeur dépressive qui recrute ces croyances, mais aussi que ces dernières se manifestent effectivement en lui causant des émotions comme de la tristesse, de l'anxiété, du découragement, et des jugements pessimistes, défaitistes, et auto-dévalorisants. Or l'humeur dépressive persistante d'Irène continue de recruter ces croyances et de les pousser à se manifester ainsi durant toute la journée du lendemain, alors qu'Irène est au travail : dès lors elle y présente des émotions et des jugements que l'on peut considérer comme inadéquats au contexte relativement à une norme sociale. En effet, suivant certaines régularités psychologiques, on peut penser que quelqu'un qui ne serait pas d'humeur dépressive, n'aurait pas de telles émotions et de tels jugements le lendemain. Il ne penserait plus à cette conversation téléphonique et aurait des pensées et des émotions plus positives, ayant cessé d'évaluer négativement sa propre situation par de tels états affectifs et cognitifs. C'est relativement à cette norme sociale, que les émotions et jugements d'Irène sont inadéquats. Si toute personne peut se trouver occasionnellement dans une telle situation d'inadéquation pour des états affectifs et cognitifs et variés, le fait que cela se généralise à tous les contextes en concernant spécifiquement les émotions et jugements manifestant les croyances dépressives, est une conséquence distinctive de la persistance d'une humeur dépressive qui entraîne l'extension de la gouvernance cognitive de ces croyances. Autrement dit, une humeur dépressive persistante qui met systématiquement les croyances dépressives au premier plan, a pour conséquence que la fréquence avec laquelle la personne manifeste les émotions et les jugements causés par ces croyances finit par constituer un écart à une norme sociale concernant la tendance à avoir ces émotions et jugements. Dès lors ces états mentaux occurrents entretiennent chez Irène une conduite générale de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales que la plupart des individus n'auraient pas adoptée : relativement à ces individus, Irène est incapable de mobiliser sa capacité de premier ordre à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales.

- Le caractère contraint de la conduite de renoncement à agir

L'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives entraîne la généralisation d'une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations. Dans la partie précédente j'ai montré qu'une telle conduite est causée conjointement par l'humeur dépressive, qui se traduit en partie par une baisse de la motivation et des désirs, et par ces croyances dépressives que cette humeur recrute. Nous voyons maintenant que c'est de plus la modulation du rôle causal de ces croyances dépressives par l'humeur dépressive qui entraîne la généralisation de cette conduite. Pour montrer qu'elle traduit une incapacité à mettre en œuvre la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, je vais montrer qu'on peut la caractériser comme une conduite contrainte, du fait de l'état mental problématique, induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives, qui l'explique. Pour cela je vais m'appuyer sur la théorie de Frankfurt (1988) concernant la liberté de la volonté.

Rappelons que l'état dépressif global induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives s'accompagne d'une « altération du fonctionnement » (professionnel, familial ou autre) : cette altération est ressentie avec une gêne par l'individu, ce qui permet aux cliniciens de parler d'une « plainte fonctionnelle », lorsque la plainte du patient porte principalement sur cet aspect, par opposition à la « plainte affective », qui porte principalement sur la souffrance affective, la douleur morale. Cette conduite de renoncement à agir est donc en partie subie : cela signifie que la personne conserve des désirs de second ordre par lesquels elle voudrait que ses désirs de premier ordre soient effectifs, la portent à agir³⁵⁴. Cela montre que, plus précisément, l'humeur dépressive d'une part se traduit par une baisse globale de motivation (ce qui est son aspect motivationnel en tant qu'état affectif occurrent), et d'autre part entraîne une ineffectivité des désirs de premier ordre, c'est-à-dire qu'ils ne portent pas l'individu à agir (ce qui est l'un de ses effets sur les états mentaux). Au lieu que ces désirs ne puissent causer des actions qui pourraient permettre à la personne de satisfaire certaines aspirations, en recrutant des croyances adéquates, ils sont ineffectifs. En revanche l'humeur dépressive recrute les croyances dépressives et les pousse à se manifester par la conduite de renoncement à agir. Mais comme la personne conserve des désirs de second ordre que ces désirs de premier

354 La notion d'« inhibition de l'action », longtemps utilisée par les cliniciens pour désigner la suspension de l'action volontaire dans la dépression, par exemple dans la théorie du « ralentissement dépressif » (Widlöcher, 1983) suggère également l'ineffectivité de désirs de premier ordre, plutôt que leur disparition, voire également la présence de volitions de second-ordre portant sur ces désirs de premier ordre, voulant qu'ils soient effectifs.

ordre soient effectifs, elle se trouve dans un état de privation de liberté de sa volonté, au sens de Frankfurt (1988). Dès lors, la persistance de l'humeur dépressive, entraînant l'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives, a pour conséquence une généralisation de la conduite de renoncement à agir et de la privation de liberté de la volonté dont elle s'accompagne. Je vais détailler cela en exposant la théorie de la volonté de Frankfurt (1988) et sa définition de la liberté de la volonté.

Frankfurt appelle « effectif » un désir de premier ordre qui porte à agir (c'est-à-dire qui conduit à une action effective), et stipule que la « volonté » d'un agent s'identifie à celui ou ceux de ses désirs de premier ordre qui sont effectifs, c'est-à-dire en vertu desquels il agit, (ou agira, ou agirait, s'il n'agit pas actuellement au moment considéré) :

« Identifier la volonté d'un agent, c'est ou bien identifier le désir (ou les désirs) par le(s)quel(s) il est motivé à quelque action qu'il accomplit, ou bien identifier le désir (ou les désirs) par le(s)quel(s) il sera motivé quand il agira ou il serait motivé s'il agissait. Ainsi la volonté d'un agent s'identifie à un ou plusieurs de ses désirs de premier ordre. Mais la notion de volonté telle que je l'emploie, n'est pas co-extensive avec la notion de ses désirs de premier ordre. Ce n'est pas la notion de quelque chose qui pousse simplement un agent, dans une certaine mesure, à agir d'une certaine manière. C'est plutôt la notion d'un désir effectif – un désir qui motive (ou motivera ou motiverait) une personne jusqu'à la porter à agir. Donc la notion de la volonté n'est pas co-extensive avec la notion de ce qu'un agent a l'intention de faire. »³⁵⁵ (Frankfurt, 1988, p. 8)

Frankfurt définit alors les désirs de second-ordre comme des désirs qui portent sur des désirs de premier ordre, et montre qu'il peut y en avoir deux types. Certains désirs de second ordre peuvent porter sur des désirs de premier ordre que nous n'avons pas : cela correspond à des cas où nous souhaiterions être mus par un certain désir, pour faire l'expérience de ce désir, mais tel n'est pas le cas, et il n'y a pas lieu d'identifier de tels désirs à notre volonté. Frankfurt prend l'exemple d'un médecin qui voudrait avoir le désir de consommer une certaine drogue, car cela lui permettrait de comprendre ce que ressentent ses patients qui ont ce désir ; mais il n'a pas le désir de consommer la drogue, voire a le désir contraire, celui de ne pas la consommer (Frankfurt, 1988, p. 9). Son désir de second ordre d'avoir le désir de premier ordre n'est donc pas vraiment un désir que sa volonté soit différente de ce qu'elle est. D'autres désirs de second ordre portent en revanche sur des désirs de premier ordre que nous

³⁵⁵ “To identify an agent's will is either to identify the desire (or desires) by which he is motivated in some action he performs or to identify the desire (or desires) by which he will or would be motivated when or if he acts. An agent's will, then, is identical with one or more of his first-order desires. But the notion of the will, as I am employing it, is not coextensive with the notion of first-order desires. It is not the notion of something that merely inclines an agent in some degree to act in a certain way. Rather, it is the notion of an effective desire - one that moves (or will or would move) a person all the way to action. Thus the notion of the will is not coextensive with the notion of what an agent intends to do.” (Frankfurt, 1988, p. 8)

avons, et consistent alors à vouloir que certains de désirs de premier ordre, qui sont ineffectifs, soient effectifs, plutôt que d'autres désirs de premier ordre qui le sont. Frankfurt prend l'exemple d'une personne avec une addiction, qui a un désir de premier ordre qui la porte à consommer de la drogue, mais aussi un désir de second-ordre par lequel elle voudrait que ce désir soit ineffectif et qu'en revanche son désir contraire, de ne pas consommer de la drogue, soit effectif (Frankfurt, 1988, p. 12-13). Une telle personne voudrait donc que sa volonté soit différente. Frankfurt appelle alors « volitions de second-ordre » les désirs de second ordre portant sur des désirs de premier ordre que nous avons.

*« Quelqu'un a un désir de second ordre ou bien quand il veut simplement avoir un certain désir, ou quand il veut qu'un certain désir soit sa volonté. Dans des situations du dernier type, j'appelle ces désirs de second-ordre « volitions de second-ordre » ou « volitions de second ordre ». »*³⁵⁶ (Frankfurt, 1988, p. 10)

Plus précisément donc, Frankfurt appelle « volition de second-ordre » non pas un désir de second-ordre d'avoir un certain désir de premier ordre que l'on n'a pas, mais plutôt un désir de second-ordre qu'un certain désir de premier ordre soit effectif, porte à agir : il dit que pour un agent donné une volition de second-ordre, c'est un désir de second-ordre qu'un certain désir de premier ordre soit sa volonté, or nous avons vu précédemment que la volonté s'identifie aux désirs de premier ordre qui sont effectifs, qui portent effectivement à agir. Ainsi, avoir des volitions de second-ordre consiste à avoir des préférences à propos de ses désirs de premier ordre, donc à s'identifier à certains plutôt qu'à d'autres, en voulant qu'ils soient effectifs, donc constitutifs de sa volonté (Frankfurt, 1988, p. 12-13). Dès lors, si ces volitions de second-ordre portent sur ceux de nos désirs de premier ordre qui sont effectifs, nous faisons l'expérience d'une liberté de notre volonté. Au contraire si ces volitions de second-ordre sont en désaccord avec nos désirs de premier ordre, parce qu'elles expriment une préférence pour des désirs de premier ordre qui sont ineffectifs par opposition à ceux qui sont effectifs, alors nous sommes privés de cette liberté de la volonté.

« C'est donc en assurant la conformité de sa volonté à ses volitions de second-ordre qu'une personne exerce la liberté de sa volonté. Et c'est par un écart entre sa volonté et ses volitions de second-ordre, ou par la conscience que leur coïncidence n'est pas de son propre fait mais

³⁵⁶ "Someone has a desire of the second order either when he wants simply to have a certain desire or when he wants a certain desire to be his will. In situations of the latter kind, I shall call his second-order desires "second-order volitions" or "volitions of the second order." (Frankfurt, 1988, p. 10)

n'est qu'un heureux hasard, qu'une personne qui n'a pas cette liberté en ressent le manque. »³⁵⁷ (Frankfurt, 1988, p. 15)

Ainsi la liberté de la volonté consiste dans la satisfaction de certains désirs de second ordre, ceux qui portent sur des désirs de premier ordre que l'on a, qu'ils soient effectifs ou ineffectifs, tandis que l'absence de cette liberté consiste dans la frustration de ces désirs.

*« Jouir d'une volonté libre signifie la satisfaction de certains désirs – des désirs du second ordre ou d'ordres supérieurs – tandis que son absence signifie leur frustration. Dans le cas d'une telle satisfaction, on peut dire de la personne qu'elle a une volonté qui lui est propre. Dans le cas de la frustration correspondante, on peut dire de la personne qui en souffre qu'elle est éloignée d'elle-même, ou se trouve être le spectateur impuissant ou passif des forces qui la mettent en mouvement. »*³⁵⁸ (Frankfurt, 1988, p. 17)

L'état de privation de liberté de la volonté tel que le définit ainsi Frankfurt caractérise alors une personne avec une humeur dépressive persistante : c'est parce qu'en persistant, cette humeur confère à ses croyances dépressives une gouvernance cognitive étendue, qui fait qu'elles se manifestent dans la plupart des contextes par un renoncement à agir, alors même que la personne a des volitions de second ordre par lesquelles elle voudrait que certains désirs de premier ordre soient effectifs et la portent à agir. Or de façon générale, nous ne sommes dans un tel état de privation de liberté de la volonté que dans certains contextes, à l'égard de *certaines* de nos désirs de premier ordre : au contraire, la persistance de l'humeur dépressive et l'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives qu'elle active, aboutissent à généraliser cet état à la plupart des contextes, en gagnant la plupart des désirs de premier ordre. Au fur et à mesure de la persistance de l'humeur dépressive, la personne dépressive tend vers une ineffectivité de l'ensemble de ses désirs de premier ordre, dont l'horizon est une suspension totale de l'action. On peut alors considérer que cet horizon est celui d'une privation totale de liberté de la volonté, pour autant que persistent chez la personne dépressive des désirs (volitions) de second ordre par lequel elle voudrait que ses désirs de premier ordre la portent à agir.

Cette privation de liberté de la volonté peut être illustrée par l'exemple de Pascal, qui renonce peu à peu à ses activités, son aboulie allant jusqu'à un état d'inaction quasi-totale qui

³⁵⁷ "It is in securing the conformity of his will to his second-order volitions, then, that a person exercises freedom of the will. And it is in the discrepancy between his will and his second-order volitions, or in his awareness that their coincidence is not his own doing but only a happy chance, that a person who does not have this freedom feels its lack." (Frankfurt, 1988, p. 15)

³⁵⁸ "The enjoyment of a free will means the satisfaction of certain desires-desires of the second or of higher orders – whereas its absence means their frustration. The satisfactions at stake are those which accrue to a person of whom it may be said that his will is his own. The corresponding frustrations are those suffered by a person of whom it maybe said that he is estranged from himself, or that he finds himself a helpless or a passive bystander to the forces that move him." (Frankfurt, 1988, p. 17)

inquiète son psychiatre et le pousse à l'hospitaliser. En premier lieu, Pascal a repris les consultations avec ce médecin : s'il consulte, c'est qu'il ressent une gêne, liée à son propre état d'inaction. Cette gêne suppose que par des états mentaux de second-ordre il voudrait être porté à agir par des désirs de premier ordre³⁵⁹. Mais ces derniers sont ineffectifs, ne causant aucune action qui chercherait à les réaliser. Ils sont rendus ineffectifs par son humeur dépressive qui de plus recrute ses croyances dépressives, pour causer conjointement avec elles sa conduite de renoncement à agir : Pascal renonce peu à peu à l'ensemble de ses activités professionnelles, sociales et personnelles. Sa gêne traduit le vécu d'un caractère subi de sa propre conduite, que l'on peut effectivement considérer, à la suite de Frankfurt (1988) comme contrainte : elle est adoptée dans une situation de privation de liberté de la volonté, correspondant au fait que Pascal ait des désirs (volitions) de second-ordre portant sur des désirs de premier ordre ineffectifs. Sa volonté n'est pas libre car elle s'identifie à des désirs de premier ordre ineffectifs : Pascal ne se sent pas libre de vouloir (de manière effective) ce qu'il veut, il est donc privé de liberté de la volonté, subjectivement contraint, dans cette conduite de renoncement à agir.

J'en conclus que l'on peut penser le caractère subi de la conduite de renoncement à agir causée conjointement par les croyances dépressives et l'humeur dépressive comme effectivement (subjectivement) contrainte au sens de refléter une situation de privation de liberté de la volonté au sens de Frankfurt (1988). Cela signifie qu'on peut effectivement la considérer comme reflétant une incapacité de l'individu à mobiliser sa capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales, ce qui supposerait d'être porté à agir par ses désirs privilégiés. Dès lors, cette conduite de renoncement à agir, dont la généralisation traduit l'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives, reflète une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Cela me permet d'adapter, à l'état dépressif qui l'explique, la définition de Nordenfelt (2000), pour le considérer comme « pathologique ».

359 On peut supposer que certains états d'aboulie extrême, de catatonie, ne s'accompagnent pas de telles volitions de second ordre. Néanmoins un état d'absence totale de volition de second ordre est tout aussi inhabituel qu'une privation globale de liberté de la volonté : Frankfurt le fait remarquer en faisant de la capacité à avoir des volitions de second ordre (et donc de faire l'expérience ou bien d'une liberté de la volonté, ou bien d'une absence de liberté de la volonté), le trait essentiel d'une « personne » (Frankfurt, 1988). Cette structure de la volonté serait ce qui caractérise de la façon la plus essentielle ce que nous entendons habituellement par la notion de « personne ». Dès lors cesser d'avoir des volitions de second ordre, c'est cesser d'exister en tant que « personne », ce qui, pour un être humain, constitue un état que nous pouvons légitimement considérer comme inhabituel voire « anormal ». Il y a donc dans tous les cas quelque chose de dysfonctionnel à l'égard de la capacité d'agir, résultant des manifestations de l'humeur dépressive et des croyances dépressives qu'elle recrute à ce niveau-là.

En conclusion, lorsque l'humeur dépressive qui rend les croyances dépressives « actives » persiste, et module leur rôle fonctionnel en les rendant intangibles et en conduisant à l'extension de leur gouvernance cognitive, elles se manifestent par des émotions et des jugements qui entretiennent une conduite de renoncement à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations, mais aussi directement par une telle conduite. L'humeur dépressive entraîne par ailleurs une incapacité à réguler ses émotions et ces cognitions, puisqu'elle cause une altération des fonctions cognitives mobilisées par cette régulation. Ces émotions et jugements peuvent devenir envahissants et favoriser une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire certaines aspirations dans de nombreux contextes où elle n'aurait pas été adoptée sans eux : on peut donc considérer qu'elle reflète une incapacité à mobiliser la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations. Cette humeur entraîne également l'ineffectivité des désirs, tout en causant conjointement avec les croyances dépressives la conduite de renoncement à agir. Le fait que l'on ait par ailleurs des désirs de second-ordre par lesquels on voudrait que certains désirs soient effectifs, portent au contraire à agir, confère à la conduite de renoncement à agir son caractère subi, subjectivement contraint au sens de s'accompagner d'un sentiment de privation de liberté de la volonté. Ce caractère contraint justifie également de voir la conduite de renoncement à agir comme reflétant une incapacité à mobiliser la capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations. Cette conduite entraîne dès lors une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. L'état dépressif constitué de cette humeur, de ces croyances, et de leurs manifestations conjointes et respectives est dès lors objectivement préjudiciable dans les termes de cette incapacité, donc « pathologique », en lui adaptant le critère de Nordenfelt (2000). Maintenant, à quelle théorie de la dépression cela nous permet-il d'aboutir ?

3. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression

A partir de la manière dont j'ai adapté la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000) à l'état dépressif, je peux objectiver la dépression en termes de « croyances dépressives » autoréalisatrices. Je vais formuler cette théorie, puis expliciter la conception du trouble psychiatrique qui en découle.

a. La dépression : quand les croyances dépressives deviennent auto-réalisatrices

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression explique la structure et la dynamique d'un état dépressif, ainsi que son caractère problématique, dans les termes d'un préjudice objectif qui peut aller jusqu'à le rendre pathologique, à partir de deux constituants essentiels : l'humeur dépressive et les croyances dépressives. Elle définit la dépression comme une situation globale de vie, une situation d'auto-réalisation de croyances dépressives qui sont des croyances dans l'impossibilité d'atteindre le bien-être (une situation de satisfaction de ses aspirations fondamentales) ; cette situation est une maladie car elle est la situation d'une personne qui est affectée d'un état physique et mental global qui est l'état dépressif³⁶⁰, celui-ci étant pathologique, car il s'accompagne d'une privation de certaines capacités.

Pour résumer cette théorie : *l'humeur dépressive rend les croyances dépressives auto-réalisatrices, en induisant un état dépressif global dans lequel les manifestations de ces croyances entraînent une incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal, soit un état dépressif pathologique au sens que j'ai adopté d'après Nordenfelt (2000).* Cette humeur « active » ces croyances, dont les manifestations l'entretiennent en retour et la rendent persistante ; sa persistance confère en retour à ces croyances une intangibilité et une gouvernance cognitive étendue. Du fait de cette modulation de leur rôle causal, ces croyances entraînent, conjointement avec l'humeur dépressive, une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal en conséquence de la façon dont elles se manifestent, qui empêche de mobiliser une capacité de premier ordre, la capacité à agir, notamment en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales. Or cette incapacité, du fait que ces croyances sont des croyances dans l'impossibilité d'atteindre le bien-être, correspond à une réalisation de ces croyances : étant due à leurs propres manifestations, il s'agit d'une autoréalisation de ces croyances par la conduite, sous la contrainte de l'humeur dépressive.

Je vais exposer cette théorie en répondant à une série de questions : En quoi consistent l'humeur dépressive et les croyances dépressives ? Quels sont leurs causes et leurs effets ?

³⁶⁰ Cet état dépressif se manifeste par un ensemble de symptômes dépressifs (donc un syndrome dépressif) dont l'enregistrement clinique constitue un épisode dépressif ou trouble dépressif.

Quelles relations fonctionnelles entretiennent-elles ? Comment induisent-elles un état dépressif global et en quoi consiste celui-ci ? En quoi cet état dépressif est-il problématique et en quel sens peut-il devenir pathologique ?

1) En quoi consistent l'humeur dépressive et les croyances dépressives ?

L'humeur dépressive est un état affectif qui se caractérise par une phénoménologie distinctive qui a trois aspects principaux : le ressenti d'un état corporel altéré, un ressenti de distance au monde, et de la « douleur morale » (souffrance affective). Cette phénoménologie peut dans certains cas se réduire au ressenti de l'état corporel.

Les croyances dépressives sont des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation qui satisferait ses aspirations, c'est-à-dire le bien-être.

2) Quelles sont leurs causes ?

L'humeur dépressive peut avoir des causes mentales : elle peut être induite par des états mentaux, particulièrement par la formation de croyances dépressives. C'est probablement le cas lorsque l'humeur dépressive est engendrée dans des circonstances de vie adverses, lors d'événements douloureux, comme l'illustre l'exemple de Marie : en situation d'échec professionnel, elle forme des croyances dépressives, ce qui engendre son humeur dépressive. Mais l'humeur dépressive peut aussi être induite par des facteurs biologiques endogènes, des déséquilibres neurobiologiques.

Les croyances dépressives peuvent se former dans des circonstances qui induisent aussi l'humeur dépressive ; ces croyances et cette humeur peuvent de plus induire un état dépressif qui se prolonge, un épisode dépressif. Là encore, ce cas est illustré par l'exemple de Marie. Mais elles peuvent aussi s'être formées par le passé, dans des circonstances antérieures à la situation où l'humeur dépressive est engendrée et se manifeste, éventuellement en étant demeurées inconscientes-A. Elles peuvent cependant être recrutées par l'humeur dépressive pour intervenir dans un état dépressif global qu'elles engendrent alors conjointement.

3) Quels sont leurs effets respectifs ?

3.1. L'humeur dépressive se manifeste directement :

- par sa phénoménologie affective distinctive, sauf dans les cas où seul un état corporel est ressenti, l'humeur étant inconsciente-P *en tant qu'humeur* ;

- par des manifestations corporelles (état corporel global altéré, fatigue, perturbations végétatives principalement) ;
- par des manifestations comportementales qui sont une baisse globale de motivation et parfois un ralentissement psychomoteur ou une agitation psychomotrice ;
- par une ineffectivité des désirs et une baisse globale des émotions.

3.2. Les croyances dépressives se manifestent :

- dans tous les cas, au niveau de la conduite : par un renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'atteindre une situation qui satisferait ses aspirations.
- dans certains cas, au niveau des états mentaux : par des émotions spécifiques (tristesse, découragement, anxiété, culpabilité) ou des jugements spécifiques (pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisants).

4) Quelles sont leurs relations fonctionnelles ?

4.1. L'humeur dépressive « active » les croyances dépressives, c'est-à-dire les recrute et les rend davantage susceptibles de se manifester (que ces croyances aient été formées en même temps que l'humeur dépressive, qu'elles l'aient engendrée, ou qu'elles aient été formées antérieurement à l'engendrement de cette humeur par d'autres causes).

4.2. Les manifestations des croyances dépressives entretiennent en retour l'humeur dépressive : elle est engendrée directement par les émotions négatives et les jugements dépressifs, et indirectement par la conduite de renoncement à agir (dont les conséquences engendrent plus généralement des états affectifs négatifs). Ces manifestations tendent aussi à renforcer les croyances dépressives elles-mêmes.

On peut donc dire que l'humeur dépressive et les croyances dépressives entretiennent des relations fonctionnelles circulaires.

5) Comment l'humeur dépressive et les croyances dépressives induisent-elles un état dépressif global et en quoi consiste celui-ci ?

5.1. L'humeur dépressive active les croyances dépressives. Celles-ci se manifestent par une conduite de renoncement à agir et dans certains cas par des émotions et jugements négatifs spécifiques. Ces manifestations des croyances dépressives entretiennent l'humeur dépressive en retour. Étant ainsi entretenue, l'humeur dépressive persiste, continuant d'activer les croyances dépressives.

5.2. Un état dépressif global est ainsi induit, consistant dans l'humeur dépressive et les croyances dépressives, ainsi que leurs manifestations et effets. L'humeur dépressive se manifeste par (i) des modifications corporelles (état corporel global altéré, état de fatigue, perturbations végétatives), (ii) une baisse de la motivation et (iii) une ineffectivité des désirs et une baisse des émotions. Elle se manifeste aussi, mais pas systématiquement, par (iii) une phénoménologie affective, (iv) des symptômes psychomoteurs. Les croyances dépressives (activées par l'humeur) se manifestent par (v) une conduite de renoncement à agir, et parfois par (vi) des émotions de tristesse ou d'anxiété, ou de découragement ou de culpabilité, ou par des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants.

6) En quoi cet état dépressif est-il problématique et en quel sens peut-il devenir pathologique ?

6.1. L'état dépressif global induit l'humeur dépressive et les croyances dépressives est *problématique* parce que *préjudiciable*, les manifestations et effets de l'humeur et des croyances étant *préjudiciables*.

De par ses manifestations et effets l'humeur dépressive est en elle-même *préjudiciable* : elle s'accompagne d'une souffrance affective, et porte atteinte au bien-être parce que cette souffrance et ses autres manifestations corporelles, comportementales, ainsi que ses effets au niveau des fonctions cognitives et des états mentaux, peuvent diminuer la capacité à mobiliser sa capacité générale à agir ainsi que certaines capacités cognitives, en particulier une capacité à réguler ses émotions et ses cognitions. Ces capacités étant nécessaires pour chercher à satisfaire ses aspirations donc pour se rapprocher d'une situation qui les satisfait, soit une situation de bien-être, la diminution de la capacité à les mobiliser est une diminution de la capacité de second-ordre à atteindre le bien-être, pouvant aller jusqu'à une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal si certaines aspirations fondamentales ne sont pas satisfaites.

Les manifestations des croyances dépressives sont *préjudiciables* car la conduite de renoncement à agir est une conduite par laquelle l'individu ne cherche pas à réaliser ses aspirations donc à atteindre le bien-être, et les émotions et les jugements dépressifs entretiennent cette conduite. Ce préjudice peut aller jusqu'à une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal dans le cas où les croyances dépressive se manifestent de sorte à rendre impossible la mobilisation de la capacité de premier ordre à agir en vue de satisfaire ses aspirations, même fondamentales.

6.2. De par les relations fonctionnelles circulaires de l'humeur dépressive et des croyances dépressives (cf. 4), l'état dépressif tend à se maintenir. (i) Cela se traduit par une humeur dépressive *persistante*, qui, en activant de façon persistante les croyances dépressives, module leur rôle causal de façon problématique. (ii) En conséquence de cela, le caractère *problématique* de l'état dépressif qu'induisent conjointement l'humeur dépressive et les croyances dépressives augmente : ce caractère problématique tient à son caractère *objectivement préjudiciable*, qui tient lui-même à une diminution de la capacité à mobiliser certaines capacités. (iii) Ce préjudice peut aller jusqu'à une incapacité à mobiliser ces capacités, or comme elles sont nécessaires pour atteindre un bien-être minimal, l'état dépressif s'accompagne dès lors d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, du fait de laquelle il devient *pathologique*.

(i) La persistance de l'humeur dépressive module le rôle causal des croyances dépressives de façon problématique.

- Recrutées par l'humeur dépressive persistante, les croyances dépressives ne peuvent plus être remises en question, elles deviennent *intangibles*.

- Rendues en permanence davantage susceptibles de se manifester par l'humeur dépressive persistante, les croyances dépressives deviennent omniprésentes en termes de manifestations au niveau de la conduite et des états mentaux : leur *gouvernance cognitive* s'étend.

(ii) Cette modulation de leur rôle causal a pour conséquence que les croyances dépressives, conjointement avec l'humeur dépressive, entraînent une diminution significative de la capacité à mobiliser sa capacité de premier ordre à agir, notamment en vue de satisfaire certaines aspirations fondamentales.

Comme elles sont intangibles, il est très difficile de les remettre en question, par exemple suite à la formation de nouvelles croyances, qui au contraire pourraient se manifester par des états mentaux et une conduite susceptibles de chercher à satisfaire des aspirations fondamentales, et éventuellement permettre ainsi d'atteindre un bien-être minimal.

Comme par ailleurs leur gouvernance cognitive est devenue très étendue, ces croyances dépressives sont constamment mobilisées dans la conduite, entraînant une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'atteindre le bien-être, qui se généralise. Elles peuvent aussi (mais pas nécessairement) se manifester par des émotions et des cognitions envahissantes : de la tristesse, du découragement, de l'anxiété, parfois de la culpabilité ou de la honte, et des jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants, or ces émotions et cognitions entretiennent la conduite de renoncement à agir. Celle-ci peut être envisagée comme traduisant une diminution

de la capacité à mobiliser sa capacité de premier ordre à agir en vue de réaliser ses aspirations. C'est d'une part en raison du caractère inadéquat des croyances dépressives, qui seront nécessairement prudemment inadaptées si elles se manifestent constamment (dans tous les contextes). Lorsque les émotions et les jugements qui manifestent ces croyances et entretiennent cette conduite sont présents, ils partagent ce caractère inadéquat. C'est d'autre part en raison du caractère subi, subjectivement contraint, de cette conduite, auquel participe le caractère incontrôlable des émotions et jugements qui l'entretiennent, lorsqu'ils sont présents. Ce caractère subi peut être objectivé en termes de privation de liberté de la volonté grâce à la théorie de Frankfurt (1988), puisqu'il reflète l'ineffectivité des désirs de premier ordre qui sont privilégiés (par des « volitions de second ordre »). Or c'est seulement en agissant suivant certains de ces désirs que l'on agirait en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales. On agirait alors suivant d'autres croyances que les croyances dépressives : l'extension de leur gouvernance cognitive du fait de l'humeur dépressive qui rend les désirs inefficaces, en se traduisant par la généralisation de la conduite de renoncement à agir, reflète ainsi une privation de la capacité à mobiliser sa capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations. Le caractère incontrôlable des émotions et jugements qui l'entretiennent, lorsqu'ils sont présents, en participe également, et il tient à la fois à l'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives qui les causent et à la diminution de la capacité à les réguler qu'entraîne l'humeur dépressive.

(iii) La persistance de l'état dépressif conjointement induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives fait qu'il finit par s'accompagner, d'une incapacité à mobiliser principalement les deux capacités qu'elles atteignent : la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et la capacité à agir, notamment en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, dont la mise en œuvre dépend en partie de celle de la capacité de régulation. Lorsque le préjudice objectif induit par cet état dépressif atteint le degré de cette incapacité, on peut considérer que cet état dépressif s'accompagne d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, ce qui permet de le considérer comme « pathologique » en lui adaptant la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000). C'est principalement parce que la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations doit être mobilisée pour que l'on puisse atteindre une situation de satisfaction de ses aspirations fondamentales, donc de bien-être minimal. Or à ce stade, puisqu'un bien-être minimal est de fait inatteignable, cela correspond à une auto-réalisation des croyances dépressives, celles-ci étant des croyances dans l'impossibilité d'atteindre le bien-être. La dépression est alors cette situation d'auto-réalisation des croyances dépressives, soit la situation globale de la personne affectée d'un

état dépressif persistant, qui est un état physique et mental global problématique, objectivement préjudiciable au point d'être pathologique : on peut alors considérer la dépression comme une maladie en ce sens.

Nous voyons que ce caractère auto-réalisateur des croyances dépressives survient lorsque leur rôle causal est modulé par l'humeur dépressive dans le cadre d'un état dépressif persistant qu'elles induisent conjointement, et qui inclut également leurs manifestations respectives et effets respectifs. Cela permet à cette théorie de tenir compte de la dynamique de l'état dépressif. La différence entre une déprime passagère et un état dépressif pathologique, dans lequel le préjudice objectif va jusqu'à une incapacité à mobiliser certaines capacités, qui est une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, tient précisément à ce caractère auto-réalisateur des croyances dépressives.

Remarquons que cette théorie, si elle explique la dépression par des causes proximales qui sont l'humeur dépressive et les croyances dépressives, reste agnostique sur les causes distales de la dépression, considérant qu'elles sont multiples et non spécifiques. Celles-ci sont d'une part les causes possibles de l'humeur dépressive, qui sont multiples et non spécifiques, pouvant aussi bien être physiques que morales. Elles sont d'autre part les causes de la formation des croyances dépressives, pouvant inclure des facteurs comme des processus cognitifs défaillants, comme dans le modèle des distorsions cognitives de Beck. Ces causes variées sont à considérer comme les causes de la dépression dans son ensemble.

b. Quelle conception du trouble psychiatrique pour la dépression avec la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » ?

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » considère que l'état dépressif induit par une humeur dépressive persistante, et par les croyances dépressives qu'elle rend « actives », est pathologique dans la mesure où il est un état mental et physique dans lequel l'individu est incapable de mobiliser des capacités de premier ordre qui lui permettraient de satisfaire ses aspirations fondamentales et ainsi d'atteindre un bien-être minimal. Quelle conception du trouble psychiatrique est adoptée par cette théorie ? Zachar et Kendler distinguent six dimensions selon lesquelles on peut déterminer une conception de ce qu'est un trouble psychiatrique : cette conception doit être située (i) entre « causalisme » et « descriptivisme », (ii) entre « essentialisme et nominalisme », (iii) entre « objectivisme » et

« évaluativisme », (iv) entre « externalisme » et « internalisme », (v) entre une approche du trouble centrée sur des « entités » ou des « agents », et (vi) entre approche « catégorielle » et dimensionnelle » (Zachar & Kendler, 2007). La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » a une conception de la dépression en tant que trouble psychiatrique : (i) intermédiaire entre causalisme et descriptivisme, (ii) essentialiste modérée (ou nominaliste modérée), (iii) évaluativiste et objectiviste, (iv) externaliste modérée, (v) centrée sur des agents, et (vi) catégorielle. Je vais justifier rapidement ce positionnement par rapport aux dimensions (i) et (v), puis de façon plus détaillée par rapport aux quatre autres.

- La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » part de l'approche clinique contemporaine qui est descriptiviste, c'est-à-dire qui définit les troubles psychiatriques par leurs symptômes plutôt que par des causes, mais elle est compatible avec une position intermédiaire entre le causalisme³⁶¹ et un descriptivisme fort³⁶² : une position suggérée par Zachar et Kendler, selon laquelle certains facteurs causaux peuvent ou pourront un jour être utiles pour définir certaines catégories de troubles psychiatriques (Zachar & Kendler, 2007, p. 557-558). En effet, comme nous le verrons de façon détaillée dans le chapitre suivant qui situe la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » par rapport aux modèles étiologiques de la dépression, cette théorie est agnostique à propos des causes de l'humeur dépressive et des croyances dépressives dont les relations fonctionnelles problématiques induisent un état dépressif pathologique, donc la dépression à proprement parler : cette théorie explique donc causalement la dépression au sens où elle fait intervenir un mécanisme causal qui met en jeu l'humeur dépressive et les croyances dépressives, mais dans la mesure où celles-ci sont aussi constitutives de l'état dépressif pathologique, ce sont plutôt leurs causes qui devraient être envisagées comme les causes de la dépression. Or ces causes sont multiples, certaines étant connues et mises en évidence par certains modèles étiologiques partiels de la dépression : la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » ne peut pas exclure qu'elles auront un jour une pertinence pour définir la dépression comme catégorie de trouble psychiatrique dans les classifications.

³⁶¹ Le causalisme s'attend à ce que l'on découvre l'étiologie des troubles mentaux et à ce qu'on puisse un jour les classer suivant cette étiologie (Zachar & Kendler, 2007, p. 557).

³⁶² Le descriptivisme fort affirme que la structure causale des troubles mentaux est si complexe qu'elle ne pourra jamais permettre de les classer (Zachar & Kendler, 2007, p. 557).

- La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » aborde le trouble psychiatrique non pas comme une « entité » dont l'agent serait le véhicule, mais comme un problème de l'agent lui-même, inséparable de son point de vue subjectif, de ses intentions, ses buts, son caractère...

De plus, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » présente la dépression comme un trouble psychiatrique suivant une approche catégorielle, plutôt que dimensionnelle, une conception externaliste modérée, une conception essentialiste modérée (ou nominaliste modérée) et évaluativiste.

- Une approche catégorielle du trouble psychiatrique

L'approche de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » est catégorielle car elle reconnaît et étaye la validité de la catégorie « dépression » : d'après cette théorie il est possible de déterminer si des personnes (ou des cas cliniques) tombent sous le diagnostic de dépression (font partie de cette catégorie ou classe d'éléments) suivant un critère qui est le fait qu'elles possèdent des croyances dépressives rendues auto-réalisatrices par une humeur dépressive. Une personne qui a des croyances dépressives mais que celles-ci ne sont pas auto-réalisatrices, ou qu'elles le sont mais sans la contrainte de l'humeur dépressive, ne tombe pas sous ce diagnostic.

Bien entendu, il peut être cliniquement difficile dans certains cas de déterminer si la personne a ou non de telles croyances et si celles-ci sont ou non auto-réalisatrices du fait d'une humeur dépressive. Il peut exister des cas limites de la catégorie. Mais à première vue ces cas ne devraient pas être en plus grande proportion que les cas décidables. En effet il semble que l'on puisse généralement déterminer sans ambiguïté si une personne est d'humeur dépressive (au vu des manifestations de celles-ci), tout autant que si une personne est convaincue de l'impossibilité d'atteindre un bien-être minimal (une situation de satisfaction de ses aspirations fondamentales), et renonce à agir en raison de cela : les manifestations des croyances dépressives au niveau de la conduite et des états mentaux d'une personne, sont accessibles au clinicien dans l'entretien, parfois via le témoignage de l'entourage. Or elles le sont d'autant plus que ces croyances sont intangibles et ont une gouvernance cognitive étendue : dès lors, les croyances dépressives sont d'autant plus aisées à attribuer à quelqu'un

qu'elles sont auto-réalisatrices. Dans la mesure où les cas limites d'une catégorie définie en termes de croyances dépressives rendues auto-réalisatrices par une humeur dépressive ne devraient pas être la règle plutôt que l'exception, le fait qu'il puisse y en avoir n'invalide pas cette catégorie.

De même, cette catégorie est compatible avec la présence de degrés dans les symptômes de la dépression, donc dans cette étiquette diagnostique. Les croyances dépressives d'une personne peuvent être plus ou moins radicales car elles constituent un ensemble variable de croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations : cet ensemble de croyances peut se limiter à impliquer qu'une aspiration fondamentale en particulier est impossible à réaliser, ce qui condamne la personne à se trouver en-dessous de son bien-être minimal sans être dans une situation absolument désespérée ; mais à l'extrême opposé, ces croyances peuvent conjointement impliquer l'impossibilité de réaliser toutes les aspirations fondamentales et donc une condamnation à se trouver dans une situation radicalement désespérée. Par exemple Marie a des croyances dépressives quant à la possibilité d'obtenir le statut professionnel auquel elle aspire ; celui-ci est une de ses aspirations fondamentales, car en être privée la fait tomber au-dessous d'un état de bien-être minimal. Mais elle n'a pas des croyances dépressives à propos de l'impossibilité de satisfaire toutes ses autres aspirations fondamentales, comme son aspiration à être en bonne santé physique ou son aspiration à entretenir des liens avec sa famille par exemple. Au contraire, on peut penser que Pascal entretient des croyances dépressives à propos de la plupart de ses aspirations fondamentales : il les juge quasiment toutes impossibles à réaliser. En conséquence, l'état dépressif de Pascal est d'un degré de sévérité plus grand que celui de Marie. Cela se traduit par des manifestations plus fortes des croyances dépressives de Pascal par rapport à celles de Marie : au niveau de la conduite, sa conduite de renoncement à agir va jusqu'à cesser de s'alimenter, alors que celle de Marie ne concerne que ses interactions sociales. D'un point de vue clinique, cela correspond à des symptômes plus marqués et à une dépression plus sévère pour Pascal que pour Marie. Mais la possibilité de distinguer des degrés de radicalité des croyances dépressives et de leurs manifestations n'inscrit pas pour autant la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » dans une approche dimensionnelle, car cela concerne une

spécification de la sévérité du diagnostic une fois le trouble déclaré présent plutôt qu'absent, donc à l'intérieur de la catégorie³⁶³.

Une approche dimensionnelle de la dépression consisterait à la considérer comme l'expression plus marquée d'un trait que l'on peut également posséder sous une forme non problématique si cette expression est moins accusée. Une approche véritablement dimensionnelle est adoptée par le modèle évolutionniste de Nettle qui explique la dépression par le fait que certains individus auraient une réactivité affective très marquée, et seraient donc soumis à des perturbations affectives plus importantes et plus longues que d'autres individus après des événements interpersonnels identiques (Nettle, 2004, p. 98). Si avoir un degré trop élevé ou trop bas de réactivité affective à des événements interpersonnels négatifs est problématique, en avoir un degré intermédiaire est avantageux, car cela augmente la compétitivité et les chances de succès pour atteindre ses buts lorsque l'on est assez résilient pour supporter les effets négatifs des états affectifs négatifs : cela pousse à lutter intensément pour obtenir ce que l'on désire et éviter ce dont on ne veut pas, ce qui peut augmenter les chances de survie et de reproduction (la « fitness ») (Nettle, 2004, p. 98). Dès lors, l'hypothèse évolutionniste de Nettle est que ce trait se serait stabilisé dans la population suivant une distribution variable de ses différents degrés d'expression, à savoir faible pour un degré très haut ou très bas, et beaucoup plus courante pour le degré intermédiaire qui est adaptatif : cette distribution normale se serait stabilisée au cours de l'évolution, entraînant le fait qu'une partie de la population possède un degré très élevé de réactivité émotionnelle, ce qui rend vulnérable à des troubles de l'humeur (Nettle, 2004, p. 99). Cette réactivité émotionnelle, se traduisant par des traits de personnalité comme le « névrotisme » ou « l'émotionnalité négative », entraîne en effet, lorsqu'elle est trop marquée, une dégradation de la santé physique et mentale et un échec à maintenir ses relations interpersonnelles (Nettle, 2004, p. 98). Cependant dans certains cas, avoir une réactivité émotionnelle élevée pourrait être avantageux, par exemple si cela augmente la créativité : ce seraient les interactions entre les traits hérités et l'environnement qui rendraient compte de ce caractère avantageux ou non, cela ayant pu contribuer à la stabilisation d'une distribution normale du trait dans la population (Nettle, 2004, p. 99).

³⁶³ Cependant certains psychiatres considèrent déjà l'introduction de degrés dans les symptômes et les étiquettes diagnostiques comme une manière de s'inscrire méthodologiquement dans une approche dimensionnelle (Demazeux, 2008, p. 74-75).

Dans ce modèle, nous voyons qu'une approche dimensionnelle se traduit par le fait d'aborder la dépression non pas comme une catégorie dans laquelle tombent ou non certains individus, mais comme la conséquence, déterminée par des facteurs environnementaux, de l'expression d'un trait phénotypique que tous les individus possèdent à un degré variable. Une telle approche n'est pas celle de la théorie des croyances dépressives rendues auto-réalisatrices par une humeur dépressive, puisque celles-ci sont possédées uniquement par certains individus, et ne le sont pas en conséquence d'une expression atypique d'un trait phénotypique que tous les individus possèderaient.

- La conception externaliste modérée du trouble psychiatrique

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » s'inscrit de plus dans une approche « externaliste » modérée du trouble psychiatrique, par opposition à une approche « internaliste », mais aussi par opposition à une approche « externaliste » plus radicale. Zachar et Kendler définissent l'approche « internaliste » comme la position qui considère que la compréhension et la définition des troubles dépendent de façon critique d'événements qui se produisent à l'intérieur du corps (par exemple un déficit en sérotonine) ou « à l'intérieur de la tête » (comme l'incapacité à tolérer un affect négatif), et que les événements extérieurs sont d'importance secondaire (Zachar & Kendler, 2007, p. 558). Au contraire une approche « externaliste » radicale considère que la compréhension des événements intérieurs est moins pertinente que celle des événements extérieurs : les troubles viendraient de changements dans l'environnement de la personne et non de changements qui l'affectent en elle-même, par exemple la dépression serait réactionnelle, le stress post-traumatique serait déterminé par les circonstances traumatisantes, et les troubles du comportement alimentaire par les standards sociaux irréalistes à propos du corps féminin (Zachar & Kendler, 2007, p. 559). L'approche « externaliste » modérée adopte une position « interactive » dans laquelle ce qui se passe « dans la tête » d'un individu ne peut pas être isolé de ses interactions avec le monde : suivant cette approche, pour comprendre les troubles psychiatriques, il faut accorder une réelle importance à des facteurs externes, et non les prendre en considération de façon secondaire, mais les événements intérieurs (comme par exemple des facteurs « internes », individuels de vulnérabilité ou de protection contre des circonstances potentiellement traumatiques)

expliquent de manière importante les différences interindividuelles (Zachar & Kendler, 2007, p. 559).

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » se situe du côté d'une approche « externaliste » modérée. Elle explique la dépression comme un état dépressif global qui est un état mental et physique de la personne, « pathologique » du fait du rôle fonctionnel d'une humeur dépressive et de croyances dépressives, soit d'états mentaux de cette personne, qui la mettent dans un état d'incapacité à atteindre un bien-être minimal. Elle fait donc dépendre la dépression d'interactions de la personne avec le monde, dans la mesure où les croyances dépressives se sont formées dans certaines circonstances, ainsi que les aspirations de cette personne. Elle fait aussi dépendre la dépression d'interactions avec le monde dans la mesure où les conséquences problématiques de l'humeur dépressive persistante et des croyances dépressives que cette persistance rend auto-réalisatrices se définissent comme telles par rapport à des circonstances extérieures : la rigidité des croyances par rapport au contexte, l'ineffectivité de désirs de premier ordre envers certaines conditions du bien-être, et l'inadéquation des émotions et des jugements par rapport au contexte. Enfin, le bien-être minimal, étant une situation de satisfaction des aspirations fondamentales de la personne, a des conditions de réalisation plus ou moins difficiles à réunir selon les circonstances extérieures.

Illustrons ces différents aspects.

- Les facteurs « extérieurs » significatifs pour la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » concernent tout d'abord les situations typiquement susceptibles d'induire la formation de croyances dépressives, qui sont des croyances dans l'impossibilité d'atteindre une situation de satisfaction de ses aspirations, ou situation de bien-être : par exemple l'échec professionnel de Marie ou la solitude d'Irène sont des facteurs « extérieurs » qui jouent un rôle déterminant dans leur dépression car ce sont des circonstances dans lesquelles elles forment leurs croyances dépressives, leurs croyances dans l'impossibilité d'atteindre une situation qui satisferait leurs aspirations (à exercer un métier qui lui correspond dans le cas de Marie, à vivre entourée des siens dans le cas d'Irène).
- Ces facteurs concernent d'autre part le contenu des aspirations de l'individu, que celui-ci croit impossibles à satisfaire et qui le sont de fait lorsque son état dépressif le rend incapable d'y parvenir : c'est également en interaction avec le monde que Marie

ou Irène ont, au cours de leur histoire personnelle, formé ces aspirations en leur accordant une importance fondamentale.

- Des facteurs extérieurs interviennent, notamment du point de vue d'un observateur qui serait un membre de leur entourage ou un clinicien, pour déterminer le fait que leurs croyances dépressives sont recrutées quelle que soit la situation, du fait de la persistance de leur humeur dépressive, puisque la situation est dès lors justement prise en compte. La situation est aussi prise en compte pour constater que leurs désirs de premier ordre sont ineffectifs, parce que leur humeur et leurs croyances causent un renoncement à agir de leur part : un tel renoncement à agir consiste dans une suspension de l'action alors même que la situation pourrait permettre qu'une action de leur part leur permette de progresser en vue de la satisfaction d'une certaine aspiration, par exemple quand Marie ne se présente pas à un entretien d'embauche où elle aurait des chances d'être recrutée. La situation est aussi prise en compte à l'égard de l'inadéquation des émotions et des jugements au contexte induite par l'extension de la gouvernance cognitive des croyances dépressives : par exemple quand Irène se sent extrêmement triste ou forme des jugements pessimistes lors d'une soirée ordinaire, le caractère ordinaire de cette situation, qui sous-entend une norme sociale, est pris en compte pour juger de l'inadéquation de son émotion et de ses jugements.
- Des facteurs extérieurs interviennent enfin en termes de circonstances extérieures ou environnementales dans lesquelles on détermine si l'état physique et mental de l'individu le rend ou non incapable de chercher à satisfaire ces aspirations, et donc à atteindre une situation de bien-être. Par exemple dans une société où la recherche d'emploi passerait par des outils et des processus moins complexes, moins exigeants cognitivement, l'état physique et mental de Marie, son état dépressif global induit par son humeur dépressive et ses croyances dépressives, ne la mettrait peut-être pas totalement en incapacité, comme c'est le cas dans mon exemple, de poursuivre ses recherches d'emploi, donc de chercher à satisfaire son aspiration à avoir un métier qui lui correspond.

Ainsi, dans la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », la dépression n'est pas définie exclusivement dans les termes d'un déséquilibre interne au corps, par exemple en un déséquilibre en monoamines, comme le voudrait une approche « internaliste » du trouble psychiatrique. Cette théorie ne tient pas compte de ce qui est « extérieur » à l'individu uniquement en termes de facteurs environnementaux susceptibles de causer

l'humeur dépressive : elle fait jouer un rôle déterminant à ses interactions avec le monde lors de la formation des croyances dépressives, et des aspirations individuelles que ces croyances évaluent comme impossible à satisfaire, mais aussi pour constater le caractère problématique de l'état physique et mental dépressif induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives, et le degré d'incapacité en-dessous duquel il devient impossible de développer les capacités de premier ordre qui permettraient de satisfaire ces aspirations fondamentales dans un certain environnement.

Mais cette théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » ne se situe pas non plus du côté d'une approche « externaliste » radicale, qui définirait la dépression uniquement par rapport à des circonstances extérieures, comme le sous-entend la notion de « dépression réactionnelle ». Elle fait au contraire jouer un rôle important à des facteurs « internes » : les dispositions physiques et mentales de l'individu à être d'une humeur dépressive et à former des croyances dépressives dans des circonstances de vie adverses, l'humeur dépressive et les croyances dépressives elles-mêmes, leur rôle fonctionnel à l'égard des désirs, les rendant ineffectifs, leur rôle fonctionnel à l'égard des émotions et des jugements. L'origine et la nature du « trouble », ne sont donc pas situées par cette théorie radicalement à l'extérieur de la personne, dans ses relations interpersonnelles ou avec son environnement.

Une conception plus radicalement « externaliste » de la « maladie », du trouble psychiatrique, est au contraire adoptée par l'approche systémique de la dépression : cette approche envisage la dépression comme celle d'un système d'individus reliés par certaines relations, généralement une famille, et non comme celle d'un individu, même s'il se peut qu'un individu en particulier au sein du système ait les symptômes dépressifs. Outre l'éventuelle dépression clinique de l'un des membres cette approche prend aussi en compte des « *symptômes relationnels constitutifs d'une « dépression familiale », objet du projet thérapeutique de restauration des capacités autocuratives de la famille* » (Egler & Baleyte, 2010, p. 485). La dépression clinique d'un individu est ainsi envisagée comme un symptôme de dysfonctionnements dans un système relationnel dans lequel cet individu est engagé ; de plus sa dépression clinique serait un « signe », elle adresserait un « message » aux autres membres de ce système en vue que des modifications du système s'opèrent pour restaurer son fonctionnement (Egler & Baleyte, 2010, p. 486).

« Nous proposons le terme de dépression familiale pour nommer la souffrance d'une famille confrontée à un stress insurmontable et qui lui impose un gel dans son évolution. [...] La dépression familiale peut émerger lorsqu'une famille est confrontée à un autre système

contradictoire. Ainsi, si un homme trouve sur le plan professionnel la satisfaction et la gratification qu'il n'a plus dans sa famille, les interactions qu'il noue dans le système mettent en danger les interactions familiales où il est de plus en plus absent. Sa femme peut présenter une dépression et ses enfants des troubles comportementaux afin que cet homme retrouve un rôle protecteur ou paternel au sein de sa famille, rôle qui peut mettre en danger ses interactions au niveau professionnel. » (Egler & Baleyte, 2010, p. 486-487)

Les thérapies familiales sont proposées en complément de la prise en charge d'un patient qui souffre d'un trouble psychiatrique pour soutenir la famille, mais aussi pour lui permettre de réaménager ses relations constitutives, pour la soigner en tant que système dysfonctionnel (Egler & Baleyte, 2010, p. 488). Suivant une telle approche, la dépression n'est donc pas le problème d'un individu mais du système familial ; les symptômes individuels sont des symptômes du trouble systémique et doivent être soignés en cherchant leur cause dans un dysfonctionnement de ce système. Cette approche est bien externaliste puisque la nature comme l'origine de la dépression, la cause des symptômes de dépression clinique chez un individu, sont cherchées à l'extérieur de cet individu, dans son système de relations interpersonnelles.

Un autre type de conception plus radicalement « externaliste » du trouble psychiatrique, est adopté par les modèles évolutionnistes qui abordent la dépression comme une réponse fonctionnelle de l'individu à certains facteurs environnementaux, même si elle lui est dans une certaine mesure préjudiciable à court terme. Ces modèles envisagent la dépression comme étant adaptative, comme apportant un avantage évolutif, ce qui expliquerait qu'elle ait été retenue au cours de l'évolution parmi les traits phénotypiques comportementaux humains. Elle est abordée comme une « réponse » à certains facteurs environnementaux, qui en sont dans une certaine mesure constitutifs. C'est alors la modification de l'environnement, par rapport à la période où ce trait aurait été retenu par la sélection naturelle³⁶⁴, qui expliquerait que la dépression puisse sembler ou devenir désavantageuse : en effet l'environnement contemporain l'engendrerait trop souvent ou à des intensités trop fortes pour qu'elle puisse jouer son rôle adaptatif. Lorsque les modèles évolutionnistes acceptent ce type d'explication des maladies ou des troubles psychiatriques, il s'agit d'une explication en termes d'inadéquation évolutionnaire (« *evolutionary mismatch* ») (Nesse & Williams, 1998). Dans le cas de la dépression, cela revient à l'envisager comme un problème de la relation entre l'individu et son environnement, donc « externe » à l'individu

³⁶⁴ Les principaux traits humains auraient été sélectionnés dans l'environnement d'adaptation évolutive, que la psychologie évolutionniste fait remonter au pléistocène (1,8 millions d'années à 800 000ans) depuis les travaux de Tooby et Cosmides ; il est évidemment très différent de l'environnement dans lequel nous vivons (Barkow et al., 1992).

lui-même. C'est un type d'explication que l'on peut tirer de modèles évolutionnistes présentant la dépression comme « adaptative », comme mettant en œuvre des mécanismes qui fonctionnent correctement, jouant le rôle en vue duquel ils ont été retenus par la sélection naturelle : par exemple le modèle de la navigation sociale (Watson & Andrews, 2002) ou celui de la compétition sociale (Price et al., 1994). Le modèle de la navigation sociale présente la dépression comme un processus cognitif et comportemental qui remplit deux fonctions principales : la première est une fonction de « ruminant sociale », consistant à favoriser un style cognitif permettant la résolution de problèmes, la seconde est une fonction de « motivation sociale », consistant, via l'anhédonie et les perturbations psychomotrices, à persuader des adversaires sociaux de faire des concessions (Watson & Andrews, 2002). Le modèle de la compétition sociale consiste à envisager la dépression comme un comportement visant à signaler l'acceptation de sa défaite dans une situation de compétition sociale, de manière à inciter ses adversaires à la clémence, et ses partenaires à la sollicitude (Price et al., 1994). Ces deux modèles envisagent la dépression comme fonctionnelle, tout en l'expliquant relativement à un environnement social, ce qui les inscrit déjà dans une conception « externaliste » de la dépression. Mais de plus on pourrait considérer que dans l'environnement actuel, les situations de compétition sociale sont bien plus fréquentes et bien plus complexes que dans un environnement où la dépression aurait été retenue par la sélection naturelle : cela pourrait permettre de l'expliquer en termes d'inadéquation évolutionnaire (« *evolutionary mismatch* »). Or la dépression deviendrait désavantageuse pour la survie de l'individu dans un environnement où les situations de compétition sociale sont prolongées ou fréquentes³⁶⁵ : elle pourrait alors être considérée comme un trouble non pas parce qu'elle serait dysfonctionnelle en elle-même, mais du fait d'un environnement devenu inadéquat, ce qui s'inscrirait *a fortiori* dans une approche « externaliste ».

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » s'inscrit dans une approche « externaliste » plus modérée de la dépression, abordée comme un problème d'interactions entre des circonstances extérieures et des facteurs « internes », en particulier psychologiques, qui sont déterminants dans l'apparition du trouble et les différences interindividuelles.

³⁶⁵ En effet s'il peut être avantageux d'avoir une fois été en dépression, pour survivre à une situation de compétition sociale dans laquelle on était en difficulté, cela pourrait cesser d'être avantageux, si une telle situation était amenée à se répéter fréquemment ou à se pérenniser : une dépression récurrente ou chronique cesse clairement d'être un avantage en termes de « fitness ».

- La conception essentialiste modérée du trouble psychiatrique

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » adopte une conception essentialiste modérée du trouble psychiatrique, par opposition à l'essentialisme non modéré d'une part et au nominalisme d'autre part (Zachar & Kendler, 2007, p. 558). Elle n'est pas complètement essentialiste car elle ne définit pas la dépression comme une espèce naturelle qui aurait une essence, c'est-à-dire une structure physique, matérielle, unique et fixe, par exemple sur le plan neurobiologique, qu'il resterait à découvrir. Un nominalisme radical supposerait que cette catégorie de trouble psychiatrique, définie en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices », le serait uniquement en fonction de finalités pratiques, et sans rien refléter d'une réalité indépendante de ces finalités. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » est plutôt un essentialisme modéré au sens où elle est une théorie fonctionnaliste qui définit la dépression suivant un mécanisme psychologique causal qui peut lui tenir lieu d'« essence », mais pas en un sens aussi fort que ce qu'exige un essentialisme non modéré³⁶⁶. Cette position peut aussi être envisagée comme un nominalisme modéré, position qui suppose qu'il s'agit d'une catégorie que nous pouvons définir en fonction de certaines finalités pratiques (Kendler et al., 2011, p. 558) : en l'occurrence la prise en charge de personnes affectées d'un certain type de difficultés, que nous considérons comme

³⁶⁶ Si l'on suit Cooper, l'approche fonctionnaliste des troubles psychiatriques est compatible avec le fait qu'ils puissent être des « espèces naturelles » si l'on ne cherche pas à définir celle-ci par une propriété essentielle que tous ses membres devraient posséder (Cooper, 2014, Chapitre 4). On peut considérer les troubles psychiatriques en s'inscrivant dans la tradition des espèces naturelles dans le cadre de laquelle les sciences considèrent comme telles les choses, matériaux ou processus qu'elles étudient : à la suite de Dupré (1993), Cooper souligne que le point crucial est alors que tous leurs membres sont objectivement similaires de différentes façons, ce qui permet de les regrouper dans un espace à plusieurs dimensions correspondant à leurs axes de ressemblance (Cooper, 2014, Chapitre 4). De là, un trouble psychiatrique est bien une espèce naturelle si tous les cas d'un trouble sont similaires de façon significative au regard de la théorie, et si ces similarités sont objectives, c'est-à-dire ne dépendent pas seulement de l'observateur (Cooper, 2014, Chapitre 4). Or de ce point de vue, cette conception ne rencontre pas selon Cooper d'objection pertinente de la part du point de vue fonctionnaliste sur l'esprit, selon lequel le rôle fonctionnel approprié pour définir un état mental est constitué de ses causes sensorielles typiques, de ses effets comportementaux typiques et de ses interactions typiques avec d'autres états mentaux : en effet, même si un tel état fonctionnel peut être réalisé par une pluralité d'états neurobiologiques, il y a une similarité physique entre toutes les instances d'un état mental dans sa version normale, prototypique. Cela permet d'envisager les états mentaux définis d'un point de vue fonctionnaliste comme des espèces naturelles, ainsi que les troubles mentaux définis en termes fonctionnalistes au niveau de ces états mentaux (Cooper, 2014, chapitre 4). Donc si l'on parvenait à identifier les corrélats neurobiologiques de l'humeur dépressive ou de la dépression, nous aurions la preuve qu'il s'agit d'une espèce naturelle : les théories fonctionnalistes de l'une, en termes de croyances dépressives actives, et de l'autre, en termes de croyances dépressives auto-réalisatrices, sont compatibles avec cela. Mais en l'absence d'un modèle neurobiologique unifié de la dépression, la théorie des croyances dépressives auto-réalisatrices adopte plutôt un essentialisme modéré qui équivaut à un nominalisme modéré.

« pathologiques » afin qu'un soutien de nature thérapeutique puisse leur être fourni, mais avec un critère du « pathologique » relatif au bien-être. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » est donc nominaliste modérée dans la mesure où elle est compatible avec l'idée qu'une autre définition de la dépression pourrait être défendue, se fondant sur d'autres mécanismes causaux, avec d'autres finalités de prise en charge d'un ensemble différent de patients. Cependant, puisque la notion de mécanisme causal est centrale dans cette théorie, qui explique la dépression en termes de mécanisme psychologique rendant les croyances dépressives auto-réalisatrices, et que cette notion évoque davantage un essentialisme modéré, je mets cette dernière étiquette en avant. Expliquons cela.

En quel sens cette théorie adopte-t-elle un essentialisme modéré ? Dans cette théorie les différentes manifestations de l'humeur dépressive et des croyances dépressives, sont des propriétés observables communes (même si elles sont diverses et que leurs combinaisons sont variables) aux personnes dépressives, mais elles ne sont pas arbitrairement regroupées pour catégoriser ces personnes comme dépressives : d'après la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », ces propriétés sont en effet reliées par un mécanisme causal commun, de nature psychologique, qui consiste globalement dans une action causale de l'humeur dépressive sur les croyances dépressives, qui les rend auto-réalisatrices. Or c'est cette autoréalisation qui fait de l'état dépressif un état d'incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal donc un état pathologique. Cette théorie fonctionnaliste a donc pour vocation à permettre la prise en charge de personnes souffrant d'un même type d'incapacité de second ordre à atteindre le bien-être : d'autres critères, par exemple à propos des corrélats biologiques de leur état psychologique global, auraient pu conduire à constituer un groupe différent de personnes, avec une définition de la dépression qui aurait été fondée sur d'autres aspects de la réalité. Le mécanisme causal de l'autoréalisation des croyances dépressives est susceptible de tenir lieu d'« essence » à la dépression.

Plus précisément, cette théorie est conforme au modèle des « clusters mécanistiques de propriétés », proposé par Zachar et Kendler (Kendler et al., 2011) à partir du modèle des « espèces pratiques » de Zachar (Zachar, 2006) ; ce modèle est lui-même compatible avec l'approche des troubles psychiatriques en termes de « réseaux de symptômes »³⁶⁷ défendue

³⁶⁷ Dans le modèle des « réseaux de symptômes », les troubles psychiatriques résultent d'interactions causales entre des symptômes (par exemple dans la dépression, l'anhédonie, la fatigue et l'anxiété), interactions pouvant inclure des boucles de rétroaction : ces réseaux suffisent à définir les troubles sans qu'une cause commune à tous les symptômes ait besoin d'être identifiée (Borsboom & Cramer, 2013)

par Boorsboom, puisque Zachar et Kendler soulignent l'accord de la notion de « clusters mécanistiques de propriétés » avec celle de « réseaux de symptômes » (Kendler et al., 2011, p. 1148). Ces modèles considèrent que les « espèces psychiatriques » existent sans pour autant avoir une essence en un sens fort, celui d'une structure physique, matérielle (neurobiologique). Le modèle des espèces pratiques considère que les espèces psychiatriques sont définies en fonction de certaines finalités pratiques mais en se fondant sur certaines réalités, donc suivant des raisons légitimes (Zachar, 2006). Le modèle des « clusters mécanistiques de propriétés » considère plus précisément qu'elles sont à définir par des mécanismes causaux rendant compte de leurs propriétés, c'est-à-dire des symptômes présentés par les personnes qui développent le trouble psychiatrique correspondant : ces mécanismes causaux constituent des structures explicatives robustes qui permettent de faire des explications et des prédictions à propos des troubles psychiatriques comme à propos des « espèces naturelles » en sciences en général (Kendler et al., 2011)

Zachar³⁶⁸ affirme que les différents troubles psychiatriques qui figurent dans les classifications ne sont peut-être pas tous de même nature, mais ont en commun d'avoir été définis suivant certaines raisons légitimes, avec certaines finalités pratiques, qui peuvent être multiples :

« les traitements disponibles ; les stratégies potentielles de gestion ; les effets de l'étiquetage ; la maximisation des vrais positifs et des vrais négatifs dans l'identification ; l'homogénéité à l'intérieur d'une même catégorie pour créer des groupes dans la recherche expérimentale ; le dévoilement de scénarios étiologiques (spécialement pour les troubles spectraux) ; le déroulement temporel du trouble ; la prédiction des diagnostics ; la démarcation entre trouble et pseudo-trouble ; la cohérence avec les sciences fondamentales en génétique, en physiologie et en psychologie ; le fait d'être cliniquement informatif et d'une utilisation simple, et finalement de rencontrer les standards psychométriques comme la fiabilité et la validité » (Zachar, 2006, p. 87).

Cette conception des troubles psychiatriques en termes d' « espèces pratiques » est anti-essentialiste car elle consiste à affirmer que les troubles ou espèces psychiatriques n'ont pas à avoir une « essence » en un sens fort, de structure physique, matérielle, pour être des

³⁶⁸ Zachar avait proposé le modèle des « espèces pratiques » comme une alternative à différentes conceptions incompatibles des troubles psychiatriques, qui a des points communs avec chacune, notamment parce qu'il admet que tous les troubles psychiatriques ne sont pas nécessairement de même nature : le modèle des « problèmes de vie » issu des travaux de Szasz qui considère que ces troubles « n'existent pas », les classifications de la psychiatrie ne servant qu'à médicaliser certaines formes d'inadaptation à la vie, le modèle du « cerveau brisé » qui affirme au contraire que les troubles psychiatriques correspondent à des processus biologiques pathologiques affectant avant tout le cerveau, ou encore le modèle du « dysfonctionnement préjudiciable » de Wakefield (Zachar, 2006, p. 82-83).

catégories légitimes³⁶⁹. Mais elle est compatible avec le fait que les espèces psychiatriques, ou du moins certaines, soient des espèces naturelles en un sens moins fort que celui de l'essentialisme : par exemple la conception externaliste de Griffiths selon laquelle sont des espèces naturelles les catégories que la science étudie comme telle (par exemple les espèces animales ou les éléments chimiques), ou la conception de Boyd en termes de « clusters homéostatiques de propriétés » reliées par un mécanisme causal commun (Zachar, 2006, p. 94). Cette conception des troubles psychiatriques en termes d'« espèces pratiques » est ainsi présentée par Zachar comme nominaliste modérée car elle considère que les troubles psychiatriques sont des catégories qui ne correspondent pas à des espèces naturelles au sens fort, étant découpées en fonctions de certaines finalités pratiques, mais dont le découpage se fonde sur des faits objectifs dont certains peuvent être des mécanismes causaux qui confèrent tout de même une certaine structure, une certaine réalité, aux troubles psychiatriques³⁷⁰.

Le modèle des « clusters mécanistiques de propriétés » part alors du constat selon lequel la limite du modèle des « espèces pratiques » est de ne pas donner d'indication sur la façon dont les catégories de troubles mentaux devraient être construites, puisqu'il reste agnostique sur ce qui, dans la réalité, peut légitimement servir de point d'ancrage aux catégories (Kendler et al., 2011, p. 1146). Ce modèle des clusters part alors de la position de Boyd permettant de concevoir les espèces psychiatriques à partir de mécanismes causaux, pour sortir de l'impasse entre identifier des faits biologiques ou des constructions sociales : en parlant de « clusters mécanistiques³⁷¹ de propriétés » reliées par un mécanisme causal commun, ce modèle permet de concevoir les espèces psychiatriques comme des ensembles de symptômes produits non pas par une essence sous-jacente qui en serait distincte, mais comme « *des ensembles plus ou moins stables d'interactions complexes entre le comportement,*

369 Zachar rejette l'essentialisme car il estime que dans aucun domaine scientifique il n'existe des espèces naturelles en ce sens fort, puisqu'une décision du scientifique intervient nécessairement dans la définition d'une espèce, quelle que soit son type : il souligne que même pour les éléments chimiques, nous aurions pu les classer différemment si nous ne les avions pas définis par le nombre de protons contenus dans leur noyau, permettant de définir tel élément, comme l'hydrogène, et ses isotopes ; des décisions sont de même intervenues dans le classement des espèces biologiques (Zachar, 2006, p. 84-86).

370 Zachar partage avec Ian Hacking le rejet du « structurisme inhérent » qui est la thèse selon laquelle la réalité aurait une unique structure inhérente sur laquelle nos catégories devraient se fonder pour être légitime ; il partage aussi le « réalisme volage » de Dupré selon lequel il existerait au contraire plusieurs découpages possibles et légitimes de la réalité, nos catégories étant dès lors légitimement susceptibles d'être plurielles et d'être modifiées au cours du temps (Zachar, 2006, p. 90-91). Mais il n'adopte pas pour autant l'éliminativisme (même s'il partage son argumentaire anti-essentialiste) en matière de catégories psychiatriques puisqu'elles peuvent être légitimes dès lors qu'elles sont correctement construites en vue de certaines finalités suivant des raisons légitimes (Zachar, 2006, p. 91-93).

371 Plutôt que « homéostatique » qui évoque la physiologie (Kendler et al., 2011, p. 1146)

l'environnement et la physiologie, apparues au cours du développement et de l'évolution et en interaction avec l'environnement » (Kendler et al., 2011, p. 1147). Cela donne des espèces psychiatriques une conception qui n'est pas radicalement nominaliste, car les personnes qui font l'objet d'un même diagnostic ne sont pas supposées être rassemblées de manière arbitraire, à partir de ressemblances superficielles, mais parce que leurs symptômes sont envisagés comme « *des propriétés dont la cooccurrence est expliquée par des mécanismes causaux qui assurent de façon régulière qu'elles soient instanciées ensemble* » (Kendler et al., 2011, p. 1147). On peut donc considérer cette position comme un essentialisme modéré puisque les troubles psychiatriques doivent être définis en fonction de mécanismes causaux existants, et non de manière arbitraire par les psychiatres. Cependant c'est un essentialisme modéré qu'on peut aussi envisager comme un nominalisme modéré, puisque de nombreux types de causes peuvent intervenir, mais aussi plusieurs mécanismes causaux, de manière pertinente pour la définition d'un trouble (Kendler et al., 2011, p. 1148). Certaines causes peuvent avoir un rôle seulement probabiliste à l'égard du cluster mécanistique de propriétés, et ce dernier peut mettre en œuvre différents types de mécanismes sous-jacents, ce qui pourrait donner lieu à des modifications des classifications (Kendler et al., 2011, p. 1148). Cette approche est exactement celle de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », qui explique les symptômes de la dépression comme un ensemble variable de propriétés, reliées par un mécanisme causal commun, en restant compatible avec le fait que d'autres mécanismes causaux rendant compte de ces propriétés puissent être mis en évidence ainsi que différents types de causes ayant entraîné ce mécanisme causal (en provoquant la formation des croyances dépressives et celle de l'humeur dépressive qui les recrute).

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » définit donc la dépression en termes de « cluster mécanistique de propriétés » (Kendler et al., 2011), de façon compatible avec sa définition en termes de « réseaux de symptômes » (Borsboom & Cramer, 2013) d'un point de vue clinique et psychométrique, comme l'affirment Kendler et Zachar (Kendler et al., 2011, p. 1148). C'est ce qui justifie de situer cette théorie du côté de l'essentialisme modéré (ou nominalisme modéré).

- Une conception évaluativiste et objectiviste du trouble psychiatrique

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » est évaluativiste. En effet c'est un préjudice, conçu en termes d'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal qui définit un état dépressif comme « pathologique » ; de plus ce bien-être minimal est conçu comme un état de satisfaction des aspirations fondamentales propres à un individu. Cependant, dans la mesure où le préjudice est défini en termes d'incapacité à mobiliser certaines capacités psychologiques, j'ai souligné qu'il s'agissait d'un préjudice objectif, qui permet d'envisager également cette théorie comme objectiviste.

J'ai formulé la théorie en termes de préjudice. On peut la reformuler en termes de dysfonctionnement. On peut envisager la diminution des capacités psychologiques en cause, principalement la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et la capacité à agir en vue de chercher à réaliser ses aspirations, comme conférant à l'état dépressif un caractère dysfonctionnel : il hérite ce caractère du caractère dysfonctionnel de l'humeur dépressive et des croyances dépressives au sens où elles entraînent une diminution des capacités de l'individu, font une contribution négative à ces capacités. Mais le dysfonctionnement ainsi mis en évidence équivaut à un préjudice qui est objectif. Avec cette notion de « préjudice objectif », la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » est ainsi à la fois objectiviste et évaluativiste. J'ai mis en avant son caractère évaluativiste en la formulant en termes de préjudice, celui-ci étant relatif à la notion de bien-être minimal. Cela fait de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » une théorie évaluativiste qui s'inscrit dans une approche du trouble psychiatrique en termes de préjudice telle que la défend notamment Cooper (Cooper, 2014, Chapitre 3, 2021), mais tout en adoptant une autre conception du préjudice que Cooper : un préjudice objectif et non relatif à des valeurs et normes sociales, comme celui qu'envisage Cooper (2014, 2021).

Cooper s'oppose à l'approche du trouble psychiatrique uniquement en termes de dysfonctionnement partagée par Boorse (Boorse, 1977) et Wakefield (Wakefield, 1992b) : pour le premier il y a dysfonctionnement quand un sous-système de l'organisme ne fait pas la contribution qu'il devrait aux capacités de l'organisme à la survie et à la reproduction, celles-ci étant abaissées au-dessous d'une moyenne statistique ; pour le second il y a dysfonctionnement quand un trait biologique ou psychologique ne remplit pas sa fonction adaptative. Cooper affirme qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait un tel dysfonctionnement pour qu'il y ait un trouble psychiatrique, alors qu'il est suffisant qu'il y ait préjudice, même sans dysfonctionnement. Elle rejette en particulier le dysfonctionnement relatif à une fonction adaptative : elle affirme qu'il y a des traits qui ont été retenus par la sélection naturelle mais

qui sont tout de même préjudiciables d'une manière qui justifie de les considérer comme pathologiques ; ils peuvent par exemple l'être devenus dans l'environnement actuel, qui n'est pas celui dans lequel ils ont été sélectionnés (Cooper, 2014, Chapitre 3). Cooper définit alors le trouble psychiatrique en termes de préjudice en affirmant qu'une condition est une affection (« disease ») si elle est mauvaise pour la personne, si la personne est malchanceuse de l'avoir, c'est-à-dire aurait été mieux sans, et si un traitement pourrait permettre de faire disparaître cette condition (Cooper, 2014, Chapitre 3). L'état dépressif induit par une humeur dépressive persistante et par les croyances dépressives qu'elle rend auto-réalisatrices, dans la mesure où il rend la personne incapable d'atteindre un bien-être minimal, est par définition une condition mauvaise pour la personne. De plus la personne est par la même occasion malchanceuse de l'avoir puisque cette incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal est définie comme une incapacité de second-ordre à satisfaire ses aspirations fondamentales : une situation dans laquelle elle serait chanceuse serait au contraire une situation dans laquelle ces aspirations seraient facilement satisfaites. Enfin, il existe des traitements permettant de faire disparaître cette condition puisque nous avons vu que la prise en charge thérapeutique actuelle de l'épisode dépressif caractérisé permet d'obtenir une rémission complète dans un tiers des cas. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » définit la dépression comme un trouble psychiatrique d'une manière compatible avec cette approche évaluativiste en termes de préjudice, car le préjudice objectif qu'elle met en évidence a notamment pour conséquence d'entraîner ce type de préjudice relatif à des valeurs et normes sociales (sans pour autant en dépendre).

Conclusion du chapitre

J'ai proposé une objectivation de la dépression en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices », situation entraînée par une humeur dépressive et des croyances dépressives qui induisent un état dépressif. Celui-ci est un état physique et mental global problématique parce qu'il cause un préjudice objectif, s'accompagnant d'une incapacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre : la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations. Il peut à ce titre être envisagé comme dysfonctionnel, héritant ce caractère dysfonctionnel de l'humeur dépressive et des croyances dépressives qui le sont au sens de faire une contribution négative aux capacités de l'individu. Cette humeur et ces croyances sont par là même objectivement

préjudiciables. Comme les deux capacités dont elles privent sont nécessaires pour atteindre un bien-être minimal, l'état dépressif global qu'elles induisent conjointement s'accompagne d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal : c'est ainsi que je lui adapte la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000), qui permet de le considérer comme tel. Ce caractère « pathologique » est ainsi fondé sur ce préjudice objectif en termes d'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, qui équivaut à un caractère dysfonctionnel de cet état physique et mental global.

Chapitre VII : Evaluation de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices »

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » que j'ai proposée pour la dépression met en avant le fait que la persistance de l'humeur dépressive confère un rôle pathogène à certaines croyances : des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations, soit un état de bien-être. Cette persistance module le rôle causal de ces croyances, les rendant intangibles et étendant leur gouvernance cognitive, de sorte qu'elles sont recrutées et se manifestent de façon problématique dans la conduite et les états mentaux. Les manifestations de l'humeur et des croyances induisent de la sorte un état dépressif global qui est un état physique et mental dans lequel l'individu n'a plus la capacité de mobiliser des capacités de premier ordre qui lui permettraient de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, donc d'atteindre un bien-être minimal, ce qui en fait un état pathologique, en lui adaptant la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000). Dans cette théorie fonctionnaliste, même si l'humeur dépressive a des causes qui ne sont pas la formation des croyances dépressives, par exemple des causes strictement biologiques, endogènes, il convient de prendre en compte les croyances dépressives qu'elle recrute et pousse à se manifester pour comprendre l'état dépressif qu'elle engendre : en effet c'est du fait d'une modulation du rôle causal de ces croyances par l'humeur dépressive que cet état dépressif est pathologique en ce sens.

Dans ce chapitre, je voudrai ouvrir des pistes de réflexion sur la manière dont cette théorie fonctionnaliste peut éclairer le type d'explications et de prédictions que l'on est aujourd'hui capable de faire à propos de la dépression. Les explications et les prédictions, en psychiatrie, concernent à la fois nos moyens thérapeutiques pour agir sur les troubles psychiatriques, et notre compréhension de ces troubles en eux-mêmes, d'un point de vue étiologique, « étiopathogénique », notamment. Ces deux axes des sciences cliniques interagissent, car ce sont tout autant des traitements découverts empiriquement qui ont permis historiquement de formuler des hypothèses étiologiques, que des modèles étiopathogéniques qui ont conduit au développement de nouveaux moyens thérapeutiques.

Dans un premier temps, je vais m'intéresser au cadre thérapeutique contemporain de la dépression, en montrant comment la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices »

peut permettre de rendre compte de l'action des différents types de traitement existants. A un gain heuristique s'ajoute une contribution positive de cette théorie qui est de faire valoir l'intérêt d'un traitement en particulier : les psychothérapies. Bien que l'efficacité de celles-ci soit prouvée, elles ne sont pas systématiquement utilisées, en l'absence de critère clinique bien établi pour leur prescription. Aborder la dépression en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices » suggère qu'elles auraient toujours une utilité, en expliquant à quel niveau et comment elles agissent sur l'état dépressif problématique.

Dans un second temps, je vais m'intéresser à la question de l'étiologie de la dépression, et utiliser cette théorie fonctionnaliste pour situer les différents types de modèles scientifiques de la dépression les uns par rapport aux autres. Je vais montrer que cette théorie peut ainsi avoir un rôle de mise en communication de différents « paradigmes » en psychiatrie. Cela suppose que l'on s'abstienne de toute forme de réductionnisme à l'égard des aspects et facteurs psychologiques de la dépression : cette théorie fonctionnaliste fait valoir le niveau psychologique comme étant le bon niveau explicatif pour définir la dépression.

Dans un dernier temps, j'exposerai plusieurs avantages de cette théorie fonctionnaliste à l'égard d'une clarification du concept de « dépression », permettant de restreindre son sens et son extension.

1. Le cadre thérapeutique de la dépression expliqué en termes de « croyances dépressives auto-réalisatrices »

a. Le cadre thérapeutique de la dépression

Les moyens thérapeutiques dont nous disposons sont d'une part les traitements biologiques médicamenteux et non médicamenteux, et d'autre part les psychothérapies³⁷². Les

³⁷² A ces traitements, on pourrait ajouter la remédiation cognitive qui commence à être envisagée et employée pour cibler spécifiquement les déficits de fonctions cognitives causés par l'humeur dépressive, à l'égard desquels les antidépresseurs et les psychothérapies ne montrent pas une efficacité décisive (Gauthier & Lecardeur, 2018, p. 360)

médicaments antidépresseurs³⁷³ sont nécessaires pour un épisode dépressif d'intensité modérée à sévère mais ne permettent d'obtenir la rémission que dans moins de 40% des cas (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 386). Par exemple une étude a montré un taux de rémission de 36,8% après un premier essai avec le « cilatopram » ; la réponse au traitement étant définie comme le fait de présenter une diminution des symptômes, un tiers des patients n'ont pas de réponse du tout, et le dernier tiers obtient une réponse mais pas de rémission (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 380). Les stratégies en cas d'échec sont l'optimisation posologique (augmentation maximale dans la limite de la tolérance), l'association de plusieurs antidépresseurs, le changement d'antidépresseur, et enfin la potentialisation d'un antidépresseur par un autre type de traitement (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 386). La potentialisation peut se faire par d'autres traitements médicamenteux, notamment le lithium et autres stabilisateurs d'humeur (Richard-Lepouriel & Aubry, 2018, p. 390-391), ou des antipsychotiques de deuxième génération, qui sont par ailleurs prescrits en complément des antidépresseurs dans les tableaux dépressifs avec caractéristiques psychotiques (Richard-Lepouriel & Aubry, 2018, p. 394-396). Elle peut aussi se faire par des traitements non médicamenteux, rarement utilisés en première intention : notamment l'électroconvulsivothérapie (ECT)³⁷⁴, toutefois utilisée en première intention en situation d'urgence, c'est-à-dire en cas de crise suicidaire, ou si le pronostic vital est engagé à court terme, ou encore dans un tableau clinique très grave avec caractéristiques psychotiques³⁷⁵

373 Il en existe plusieurs types : les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) et, depuis peu, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), mais aussi, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les imipraminiques, appelés aussi tricycliques ; enfin la kétamine commence à être utilisée en raison d'effets antidépresseurs (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 373-374) ce qui suggère qu'elle permet de potentialiser un traitement antidépresseur (Cavard & Poulet, 2018, p. 413). Les ISRS sont prescrits en première intention d'après les recommandations, puis les imipramines après deux échecs, et parfois un IMAO, particulièrement en cas de caractéristiques atypiques ; entre les différents médicaments existants pour chaque classe de molécule, le choix est orienté par les contre-indications éventuelles et les risques d'interactions (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 385). Ces molécules ont pour effet d'augmenter les concentrations intrasynaptiques en monoamines : sérotonine, noradrénaline et dopamine par différents mécanismes (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 375-377). Elles ont des effets secondaires indésirables (troubles digestifs, risques cardiovasculaires ou hépatiques, prise de poids, troubles sexuels...) même si des améliorations importantes ont été obtenues sur ce plan, et des contre-indications, tout rendant cruciale une surveillance du traitement aussi bien en termes de tolérance que d'efficacité (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 383-385). Rappelons que les traitements sont administrés en plusieurs phases : une phase d'attaque, ou curative, recommandée de 6 à 12 semaines (généralement de deux à six mois), puis une phase de consolidation recommandée de 16 à 20 semaines (généralement entre quatre et douze mois) pour prévenir les rechutes, généralement suivie d'une phase de maintenance (de quatre à vingt-quatre mois) (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 386; Nieto, 2018, p. 287).

374 Sous forme de cure de six à douze séances à raison de deux ou trois séances par semaine, jusqu'à obtention d'une rémission symptomatologique, pouvant aller jusqu'à vingt séances (Cavard & Poulet, 2018, p. 413)

375 Les facteurs prédictifs d'une bonne réponse aux ECTs sont la présence de caractéristiques atypiques ou psychotiques, et le fait que le tableau dépressif soit dominé par un fort ralentissement psychomoteur (Cavard & Poulet, 2018, p. 417-418).

(Cavard & Poulet, 2018, p. 413), la stimulation magnétique transcrânienne³⁷⁶ (rTMS) (Nauczyciel et al., 2018), ou la stimulation du nerf vague (SNV)³⁷⁷ (Daquin & Szekely, 2018). De tels traitements peuvent permettre de potentialiser les effets de l'antidépresseur, ou peuvent être envisagés comme des traitements complémentaires, surtout en cas de résistance thérapeutique, c'est-à-dire d'échec de deux lignes de traitements médicamenteux différents bien observés (Delhaye et al., 2018), ou de chronicisation, ou de récurrence du trouble dépressif. Le maintien d'un médicament antidépresseur au long cours est utile pour diminuer les chances de rechute (retour de l'épisode dépressif à court terme) ou de récurrence (nouvel épisode dépressif, après un intervalle libre assez long pour considérer qu'il s'agit d'un nouvel épisode) (Charpeaud & Llorca, 2018, p. 380). Cela est parfois envisagé pour d'autres types de traitements, même si cela n'est pas encadré par des recommandations précises, que ce soit pour de la rTMS de maintenance (Nauczyciel et al., 2018, p. 424) ou d'ECT de maintenance (Cavard & Poulet, 2018, p. 415). Parmi mes idéaux-types, Pascal illustre une situation de trouble dépressif au long cours qui semble être une dépression récurrente ; il souffre de symptômes résiduels entre les épisodes dépressifs proprement dits, et connaît des récurrences ou récurrences régulières ; de plus la dépression semble être devenue résistante, puisqu'il est hospitalisé, et se voit administrer des IMAO et une cure d'ECT.

Les psychothérapies sont des traitements pouvant être suivis de façon complémentaire aux traitements biologiques médicamenteux et non médicamenteux, dès le premier traitement. Une psychothérapie permet d'améliorer les chances d'obtenir une rémission, d'améliorer une telle rémission en diminuant les symptômes résiduels, et dans certains cas de maintenir cette

³⁷⁶ Cette technique consiste à exposer des zones crâniennes à une bobine que parcourt un courant électrique bref, qui induit un champ magnétique transitoire, induisant lui-même un champ électrique qui peut traverser les tissus conducteurs et modifier le potentiel trans-synaptique des neurones, ce qui peut entraîner une dépolarisation neuronale et un potentiel d'action se propageant le long des axones et se transmettant par l'intermédiaire des synapses (Nauczyciel et al., 2018, p. 420). On s'en sert généralement pour stimuler le cortex préfrontal dorsolatéral qui est impliqué dans les tâches de planification, d'organisation, de mémoire de travail et de processus attentionnels (Nauczyciel et al., 2018, p. 421). Une hypothèse sur son mécanisme d'action est qu'elle normalise la neuroplasticité des régions et des réseaux appartenant au circuit de régulation des émotions (Nauczyciel et al., 2018, p. 423).

³⁷⁷ Cette technique est utilisée depuis les années 1980 pour faire face à l'épilepsie résistante aux médicaments anticonvulsivants ; elle consiste à implanter un stimulateur électrique dans la cavité sous-claviculaire par voie chirurgicale transcutanée, pour stimuler le nerf vague, qui est le nerf crânien le plus long, se prolongeant jusque dans la cavité abdominale (Daquin & Szekely, 2018, p. 428-429). Son potentiel antidépresseur est expliqué par deux hypothèses, concernant le fait que les afférences du nerf vague sont connectées vers certaines régions cérébrales impliquées dans la régulation de l'humeur : l'hypothèse neurochimique est que la SNV favoriserait la libération de sérotonine et de noradrénaline dans cette zone, et l'hypothèse de la neuroplasticité est qu'elle favoriserait la neurogénèse et la plasticité synaptique, restaurant des réseaux cortico-limbiques perturbés (Daquin & Szekely, 2018, p. 430)

rémission au long terme c'est-à-dire de diminuer les chances de rechute ou de récurrence (Bertschy & Bondolfi, 2018, p. 258; Nieto, 2018, p. 293). Ainsi les psychothérapies semblent améliorer la résilience de la personne au long cours face aux facteurs qui pourraient susciter un nouvel épisode dépressif (de Mello et al., 2005; Driessen et al., 2016, 2017; Huber et al., 2012; Jakobsen et al., 2011; Leichsenring et al., 2004, 2008, 2013, 2015). Parmi mes exemples, Marie est ainsi soignée à la fois avec un antidépresseur et avec une psychothérapie, ce qui lui permet d'obtenir une rémission complète, et diminue ses chances de rechute ou récurrence, à plus long terme.

« Les personnes souffrant d'un EDC léger peuvent ainsi bénéficier d'une psychothérapie seule. Les personnes souffrant d'un EDC modéré ou sévère peuvent plus fréquemment bénéficier d'un médicament antidépresseur. La majorité des patients s'améliore plus rapidement avec une stratégie combinée pour obtenir une rémission complète, les antidépresseurs favorisant un soulagement rapide des symptômes dépressifs et la psychothérapie permettant de développer les compétences qui permettront à la personne de mieux affronter les difficultés de la vie. Selon le diagnostic principal et la sévérité des symptômes, le thérapeute peut prescrire un médicament et/ou recommander l'une des psychothérapies ayant montré son efficacité dans le traitement de la dépression. » (El-Hage, 2018, p. 77)

Les psychothérapies sont donc vues comme un complément utile, non comme un substitut, au traitement médicamenteux, favorisant la rémission et la diminution du taux de rechute, en particulier les psychothérapies cognitives et comportementales (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 491). Cela s'explique par le fait qu'elles réduisent les symptômes résiduels, donc favorisent une rémission complète, qui est, rappelons-le, le « graal du thérapeute », parce qu'elle s'accompagne de chances de rechute ou de récurrence beaucoup plus faibles (Mauras & Gourion, 2018). On peut considérer à ce titre qu'une psychothérapie permet de potentialiser les effets d'un traitement médicamenteux, et, réciproquement, que les traitements biologiques rendent la personne dépressive « accessible » à une psychothérapie, qui ne peut pas être mise en œuvre directement dans le cas de symptômes dépressifs très intenses, comme un ralentissement psychomoteur très marqué, une anxiété paroxystique, une crise suicidaire, etc. L'exemple d'Irène illustre ce cas : elle est hospitalisée dès son premier épisode dépressif parce qu'elle est en crise suicidaire, et ne peut pas être soignée par psychothérapie dans l'immédiat : ses symptômes dépressifs étant très forts, elle doit d'abord recevoir des traitements biologiques suffisants pour apaiser la crise et diminuer l'intensité des symptômes dépressifs.

Comment rendre compte de ce cadre thérapeutique avec la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression ? Ma suggestion est que les médicaments

antidépresseurs peuvent être vus comme agissant en premier lieu sur l'humeur dépressive elle-même, en ciblant ses corrélats neurobiologiques ; ils permettent en effet une amélioration des symptômes qui peuvent être considérés comme des manifestations directes de cette humeur, qu'il s'agisse de la souffrance affective (phénoménologie de l'humeur dépressive), de la fatigue et de la baisse d'énergie (manifestations corporelles de l'humeur dépressive), de la baisse de motivation, du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation psychomotrice (manifestations comportementales de l'humeur dépressive), de l'anhédonie de motivation, donc de l'ineffectivité des désirs, et de la baisse des émotions (manifestations de l'humeur dépressive sur les états mentaux). Ce traitement permet d'obtenir une rémission de l'épisode dépressif dans un tiers des cas : du point de vue de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », on peut alors considérer que la disparition de l'humeur dépressive qui rendait les croyances dépressives actives a entraîné la disparition de l'état dépressif global induit par leurs manifestations conjointes, ces croyances cessant de se manifester de façon problématique en l'absence de cette humeur.

Cependant dans un tiers des cas, ce traitement échoue, et dans un tiers des cas, il ne réussit que partiellement, débouchant sur une rechute ou une récurrence, souvent séparée du premier épisode dépressif par une période où se maintiennent des symptômes résiduels. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » offre ici un cadre heuristique. En effet, si les traitements antidépresseurs agissent sur l'humeur dépressive via ses corrélats neurobiologiques, nous pouvons penser qu'en revanche ils n'agissent pas sur les croyances dépressives. Dès lors ces dernières pourraient se maintenir, et dans certains cas conserver l'intangibilité et la gouvernance cognitive étendues qui leur avaient été conférées par la modulation de leur rôle causal par l'humeur dépressive, même si celle-ci cesse de se manifester sous l'effet des antidépresseurs. Les manifestations persistantes de ces croyances pourraient alors expliquer une résistance aux traitements, une chronicisation du trouble, ou bien simplement des symptômes persistants en cas de rémission partielle. Ces croyances pourraient de plus réengendrer une humeur dépressive après l'arrêt du traitement : l'humeur et les croyances induiraient alors conjointement, de par leurs manifestations, un nouvel état dépressif pathologique, ce qui expliquerait une rechute ou une récurrence d'épisode dépressif. Une humeur dépressive pourrait également être réengendrée par d'autres facteurs, et rendre à nouveau « actives » les croyances dépressives conservées entretemps, induisant pareillement un nouvel état dépressif pathologique, et donc une rechute ou récurrence d'épisode dépressif.

Dans ce cadre, l'intérêt des psychothérapies serait d'agir sur les croyances dépressives. Ces thérapies parviendraient à modifier le rôle causal de ces croyances dépressives voire à

entraîner leur abandon suite à la formation de nouvelles croyances. Avec une diminution de leur gouvernance cognitive, ces croyances seraient moins susceptibles de se manifester au niveau de la conduite et des états mentaux, donc de maintenir en retour l'humeur dépressive, et plus globalement un état dépressif. La levée de leur intangibilité correspondrait au fait qu'elles puissent être remises en question, par une réévaluation de la situation globale de la personne, ou de certains de ses aspects. Perdre ces croyances en en formant de nouvelles expliquerait alors que la personne atteigne une rémission plus complète et évite une rechute ou une récurrence. En effet ces croyances ne seraient plus là pour se manifester par des symptômes résiduels, elles ne pourraient pas non plus réengendrer une humeur dépressive après l'arrêt des traitements, ni même être réactivées par une humeur engendrée par d'autres facteurs après l'arrêt des traitements. Cela expliquerait notamment que la personne soit plus résiliente face aux risques de récurrence car elle n'aurait plus les croyances susceptibles d'être recrutées et poussées à se manifester par une humeur dépressive, induisant alors conjointement avec elle un état dépressif. Les cas de rémission complète, y compris dès le premier épisode, apparaissent dès lors comme des cas où ces croyances ont pu être remises en question, que ce soit avec ou sans l'aide d'une psychothérapie.

Pour compléter ce cadre heuristique général suggéré par la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour comprendre l'action des psychothérapies sur les croyances dépressives, je vais le spécifier pour chaque grand type de psychothérapie. Les plus anciennes sont les psychothérapies d'orientation psychanalytique, récemment renouvelées par les approches « psychodynamiques », les thérapies « interpersonnelles » et les thérapies « systémiques ». Puis sont apparues les psychothérapies comportementales et cognitives, en trois vagues successives : la vague comportementale inspirée du béhaviorisme, la vague cognitive, et la « troisième vague » centrée sur la régulation des émotions, avec le développement de nouvelles techniques comme l'acceptation et l'engagement (ACT) et la méditation de pleine conscience³⁷⁸.

378 Dans les années 1950, les thérapies comportementalistes sont introduites par des psychiatres inspirés par le béhaviorisme, par exemple Wolpe, inspiré par les théories de Skinner et Watson sur le conditionnement (Wolpe, 1990). Suite au tournant cognitiviste en psychologie, ces approches sont renouvelées par des thérapies dites cognitives dans les années 1970, dont les principaux théoriciens sont Ellis et Beck (Beck, 1979; Beck 2017b; Ellis, 1962, 1997; Ellis & Dryden, 2007). Ces approches entendent rompre avec la psychanalyse dont ces théoriciens voient les limites dans la clinique : ces théoriciens y avaient été formés, par exemple Beck, qui part d'une critique de ce que cette approche lui permet d'obtenir avec les patients qu'il soigne en tant que psychiatre. Mais de plus leur critique s'étend aux fondements théoriques de la psychanalyse, et leurs ouvrages théoriques trouvent un fondement à leur nouvelle approche clinique, comportementale et cognitive, dans le behaviorisme puis la psychologie cognitive. L'approche cognitive d'Ellis et Beck reprend en partie l'approche comportementaliste en la complétant par une prise en compte des états mentaux en plus du comportement : cette seconde approche intègre les fondements théoriques de la première. Enfin, une « troisième vague » de thérapies cognitives et comportementales est proclamée par Hayes dans les années 1980 : il fonde la thérapie par « acceptation et engagement » (ACT) dont le principe central est de développer la flexibilité psychologique à l'égard des états affectifs négatifs plutôt que de chercher à les réguler

b. L'action des psychothérapies sur les « croyances dépressives auto-réalisatrices »

i. Les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques

L'Inserm a produit en 2004 un classement des psychothérapies défavorable à la psychanalyse notamment par rapport aux psychothérapies cognitives et comportementales³⁷⁹ (Inserm dir., 2004). Les thérapies psychodynamiques et d'orientation psychanalytique restent cependant pratiquées, et font partie de celles qu'indique la Haute Autorité de Santé dans son guide de recommandation de bonnes pratiques pour le traitement de l'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte de 2017, comme étant usuelles et ayant fait leur preuve d'efficacité

par des stratégies cognitives et comportementales contraignantes (Hayes & Feldman, 2004; Hayes, 2004; Hayes & Smith, 2005). Cette dernière approche est en rupture avec les thérapies comportementales et cognitives (Hayes et al., 2013), à l'exception de la thérapie comportementale « rationnelle-émotive » d'Ellis (Ellis, 2005), car les deux se rejoignent dans la place qu'elles donnent aux émotions. Ces trois vagues de thérapies comportementales et cognitives sont particulièrement importantes pour la dépression puisque celle-ci est l'un des principaux troubles auxquels elles s'adressent, avec par exemple les troubles anxieux ou les troubles du comportement alimentaire. On peut même considérer que l'introduction de la dépression dans la nosologie psychiatrique et son ascension fulgurante depuis les années 1970 a été le moteur de l'apparition même de ces psychothérapies. Elles se sont développées au travers de nombreuses approches fondées en partie sur des principes communs : par exemple l'activation comportementale issue des travaux de Lewinsohn (Lewinsohn, 1974a, 1974b; Lewinsohn et al., 1970; Lewinsohn & Atwood, 1969), la psychothérapie d'analyse fonctionnelle également issue des approches cognitives et comportementales (Tsai et al., 2009), ou encore, plutôt issues de la « troisième vague » de psychothérapies cognitives et comportementales, les thérapies de pleine conscience (Hayes, 2004; Khoury et al., 2013; Mason & Hargreaves, 2001; Segal et al., 2018) ou la thérapie centrée sur les émotions pour la dépression (Greenberg & Watson, 2006).

Parallèlement à cela, de nouvelles approches thérapeutiques ont été introduites plutôt dans le prolongement de la psychanalyse, qu'elles renouvellent toutefois par des pratiques cliniques spécifiques : ces approches qui aménagent le cadre clinique de la psychanalyse, sans véritablement se donner un nouveau cadre théorique unifié, sont regroupées sous le terme de « psychodynamique », ou « psychothérapies psychodynamiques », et se maintiennent malgré le déclin de la psychanalyse en raison des études ayant prouvé leur efficacité clinique (Kudler et al., 2000; Leichsenring et al., 2004, 2013, 2015; Leichsenring & Rabung, 2008; Shedler, 2010; Steinert et al., 2017; Summers & Barber, 2010). Des thérapies plus spécifiques sont progressivement introduites dans le cadre de l'approche psychodynamique, tout comme au sein des approches cognitives et comportementales. En particulier, les psychothérapies interpersonnelles sont créées par Klerman et Weissman, dans les années 1980, et prennent rapidement une grande importance dans le traitement de la dépression (Klerman & Weissman, 1994; Weissman et al., 2007). Cette approche se fonde sur des théories psychologiques ayant inspiré l'approche psychodynamique, notamment la théorie de l'attachement, et a eu pour précurseurs des psychiatres de formation analytique, notamment Sullivan qui avait introduit la notion d'approche interpersonnelle en psychiatrie (Sullivan, 1951, 2013).

³⁷⁹ Certains psychanalystes ont réagi à ce rapport en contestant la possibilité d'appliquer les méthodes d'évaluation scientifique (comme les essais randomisés contrôlés) à la psychanalyse : son approche au long cours, s'adaptant à chaque cas singulier et ayant recours à la parole comme seul outil thérapeutique la rendrait difficile à évaluer par ces méthodes par rapport aux psychothérapies possédant une méthode plus standardisée. « *Faute de pouvoir constituer des groupes homogènes de patients sur des critères formels, les psychanalystes ne peuvent que témoigner de leur pratique, et encore. Le rapport détaillé du contenu d'une analyse montre des faits qui peuvent être rapprochés d'autres faits et donner lieu à des constructions, lesquelles n'ont ni valeur de démonstration ni pouvoir de prédiction, au sens statistique.* » (Patris, 2010, p. 476). Mais cette évaluation est également contestée sur son propre terrain par la psychanalyse : une étude affirme par exemple que l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques, inspirées de la psychanalyse, est empiriquement prouvée et basée sur des preuves (Prades, 2011; Shedler, 2010).

(Haute Autorité de Santé, 2017, p. 20). Les thérapies psychodynamiques de court terme et de long terme ont ainsi fait l'objet d'études favorables (Patris, 2010, p. 474-475). L'approche psychanalytique traditionnelle n'est pas très indiquée dans la dépression, elle prétend seulement expliquer certains processus psychodynamiques qui peuvent entrer en jeu dans une dépression : la culpabilité³⁸⁰, l'effondrement narcissique³⁸¹ et la perte du dynamisme vital³⁸² (Darcourt, 2010, p. 383). Mais un nombre croissant d'études récentes suggèrent que les approches psychodynamiques seraient efficaces pour traiter la dépression, particulièrement pour prévenir les récurrences à long terme (Connolly Gibbons et al., 2008; Dekker et al., 2014; Driessen et al., 2016, 2017; Fonagy et al., 2020; Leibovich & Zilcha-Mano, 2017; Leichsenring et al., 2004, 2013, 2015; Leichsenring & Rabung, 2008; Lemma et al., 2011; Zimmermann et al., 2015).

Ces thérapies sont centrées sur l'interaction entre le thérapeute et le patient dans un cadre empathique, interactif, éloigné de la conception traditionnelle de la cure psychanalytique (Patris, 2010, p. 472).

« Cette interactivité, cette disponibilité, mettent le thérapeute en pouvoir de soutenir son vis-à-vis, d'apporter au patient déprimé des gratifications, de lui prodiguer des encouragements, de lui poser des questions, de lui fournir des explications, d'émettre des opinions positives en contre-pied des propos négatifs ; en bref, de faire flèche de tout bois pour reconforter, rassurer, déculpabiliser avec parfois autorité et directivité. Autrement dit, recourir à la suggestion pour modifier l'état d'esprit du patient déprimé. » (Patris, 2010, p. 472).

Ainsi la littérature contemporaine sur les thérapies psychodynamiques met la relation avec le thérapeute au cœur des ressorts de son efficacité ; cette relation est décrite comme une relation de confiance et de bienveillance plus profonde que l'alliance thérapeutique ordinaire, qui conditionne le succès de toute thérapie. Cette relation de confiance et de bienveillance serait particulièrement responsable du changement subjectif obtenu par une telle thérapie, outre la place laissée au sujet pour exprimer ses états affectifs et la recherche d'une

380 Le modèle freudien présenté dans *Deuil et mélancolie* l'explique comme un retournement contre le Moi d'une hostilité ressentie envers un objet perdu qui reste inconscient pour le sujet, et auquel ce dernier s'identifie ; le modèle kleinien l'explique comme le fait que le sujet redoute que sa propre haine, ses propres pulsions destructrices, ne portent atteinte aux objets qu'il valorise et redoute de perdre (Darcourt, 2010, p. 384).

381 Divers modèles psychanalytiques expliquent la baisse d'estime de soi qui survient dans la dépression, défendant parfois l'existence d'un certain type de dépression concernant spécifiquement le degré et la stabilité de l'estime de soi, la dépression « état-limite » (Darcourt, 2010, p. 385).

382 La perte d'intérêt, l'extinction des affects, correspondraient à un figement, une immobilisation, qui pourrait constituer une défense contre une souffrance affective refoulée (Darcourt, 2010, p. 386)

connaissance lucide de lui-même par ce dernier (Fisher et al., 2016; Laceywing, 2014; Messer, 2013; Messer & McWilliams, 2007).

De plus, cette relation fournit un cadre à un retour réflexif du sujet sur lui-même, un approfondissement de sa connaissance de lui-même, susceptible d'influencer le cours de sa dépression, dont la dynamique peut avoir des déterminants psychologiques de long terme :

« La formule « dynamique dépressive » (faisant écho à la notion plus générale de « psychologie dynamique ») rappelle que la psychanalyse envisage la dépression non seulement comme état (ou maladie), mais comme accident de la structure, avec une préhistoire infantile, des circonstances déclenchantes et un devenir singulier, autrement dit indécidable. » (Patris, 2010, p. 473)

Cette stratégie thérapeutique peut être expliquée comme créant un cadre qui favorise l'accès du sujet à ses croyances dépressives, éventuellement via la récupération du souvenir des circonstances dans lesquelles il les a formées, si celles-ci sont antérieures aux circonstances de son épisode dépressif. Laisser le sujet s'exprimer sur son état peut en effet favoriser le rappel d'épisodes de sa vie passée auxquels les circonstances actuelles font écho sur le plan affectif : la mémoire étant étroitement liée aux états affectifs, ces derniers guident ici ce rappel. De plus, ce cadre thérapeutique fait intervenir un thérapeute auquel le sujet est lié par une relation de confiance et de bienveillance, et qui tente d'influencer son « état d'esprit » : on peut rendre compte de cela comme le fait que ce thérapeute l'amène à remettre en question les croyances dépressives auxquelles il accède dans le cours de la thérapie. Cette action du thérapeute est efficace du fait de l'affection que le patient lui porte, voire de l'autorité dont il l'investit. Une telle thérapie repose sur une amélioration de la connaissance de soi, ce qui pourrait consister à accéder aux croyances dépressives préjudiciables, mais aussi sur une expérience affective, qui semble susceptible de modifier le rôle causal de ces croyances tel qu'il avait été modulé par l'humeur dépressive persistante : leur intangibilité et leur gouvernance cognitive étendue.

On peut ici poursuivre le parallèle que j'ai établi entre croyances dépressives et croyances religieuses du point de vue de leurs caractéristiques fonctionnelles. L'accès à une croyance religieuse dans le cadre d'une relation affective de confiance avec un individu bienveillant investi d'une autorité, et qui oriente le sujet vers un abandon de cette croyance au profit d'autres croyances, peut avoir pour effet de désactiver la croyance en question, c'est-à-dire de faire qu'elle cesse d'être recrutée et de se manifester dans la conduite et les états mentaux de l'individu : à première vue, ce serait une bonne manière de décrire ce qui se produit dans une conversion religieuse. Elle est l'opération affective et cognitive inverse de celle qui se produit lorsqu'une expérience affective conduit à adopter une croyance religieuse. Dans ce dernier cas, on forme une telle croyance dans le cadre d'une expérience affective qui

la rend intangible tout en lui conférant une gouvernance cognitive étendue : c'est la façon dont le croyant pris en exemple par Wittgenstein (1966) dans ses *Leçons sur la croyance religieuse* forme la croyance dans l'immortalité de l'âme. On peut envisager une conversion comme une expérience affective du même type conduisant à la formation de nouvelles croyances religieuses et ainsi à l'abandon des précédentes une fois leur intangibilité et leur gouvernance cognitive réduites. Par analogie on peut considérer qu'une thérapie d'orientation psychodynamique efficace dans une dépression conduirait à la formation de nouvelles croyances et ainsi à l'abandon des croyances dépressives dans le cadre d'une expérience affective que serait la relation avec le thérapeute. Pour prolonger le parallèle avec la conception wittgensteinienne de la croyance religieuse, on peut dire qu'une conversion, si elle est effective, se traduit avant tout par une transformation de la façon d'être et de la manière de vivre du croyant : il quitte une « forme de vie » pour une autre. De même, l'abandon des croyances dépressives, une fois qu'elles auraient perdu leur intangibilité et leur gouvernance cognitive étendue, permettant ainsi la formation de nouvelles croyances, se traduirait par une guérison de la dépression dans la mesure où la conduite de la personne, au-delà de son « état d'esprit », serait profondément modifiée. Dans la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », cela se comprend comme un abandon de croyances qui valaient comme règles d'action de façon rigide par rapport au contexte, et omniprésente.

La bienveillance du thérapeute et la confiance qui lui seraient accordées, permettraient donc avant tout de lever l'intangibilité des croyances dépressives, de les remettre en question, une fois que l'on y aurait accédé. Cela permettrait qu'elles se manifestent moins dans la conduite et les états mentaux, donc une réduction de leur gouvernance cognitive, notamment parce que de nouvelles croyances pourraient être formées et se manifester à leur place. En se manifestant moins, ces croyances dépressives cesseraient d'entretenir en retour l'humeur dépressive les ayant initialement rendues « actives » : cette humeur pourrait finalement disparaître. En l'absence de cette humeur qui mettait ces croyances au premier plan, elles se manifesteraient d'autant moins. La disparition des manifestations de l'humeur dépressive et la diminution de celles des croyances dépressives (réduction de leur gouvernance cognitive) correspondraient conjointement à une résolution de l'état dépressif : sur le plan corporel, comportemental, mais aussi concernant la fréquence des émotions, leur adéquation au contexte ainsi que celle des jugements, ainsi que l'effectivité des désirs donc la capacité d'agir plutôt que de renoncer par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation. La personne pourrait ainsi retrouver une capacité de second-ordre à atteindre le bien-être. Mais de plus, en

cas d'abandon complet des croyances dépressives suite à la formation de nouvelles croyances, elle serait prémunie contre des symptômes résiduels, une rechute ou une récédive.

ii. Une psychothérapie comportementale : l'activation comportementale (AC)

Comme les croyances dépressives sont problématiques du fait de leurs manifestations au niveau de la conduite et des états mentaux, une autre stratégie possible serait les cibler directement à ce niveau-là : il s'agirait de s'attaquer avant tout à leur gouvernance cognitive, plutôt qu'à leur intangibilité. Cependant, cette stratégie pourrait non seulement réduire leur gouvernance cognitive, et ainsi faire disparaître le préjudice induit par ces croyances en termes de capacité de second ordre au bien-être, mais aussi, à terme, aboutir à lever l'intangibilité de ces croyances.

On peut décrire de cette manière le principe des thérapies comportementales d'inspiration béhavioriste développées pour la clinique de la dépression dans les années 1950, par exemple par Wolpe, et aujourd'hui encore utilisées dans la clinique (Wolpe, 1990). Elles ont été développées par les travaux de Lewinsohn (Lewinsohn, 1974a, 1974b; Lewinsohn et al., 1970; Lewinsohn & Atwood, 1969). Leur efficacité, aux côtés de celle des thérapies cognitives, est prouvée par de nombreuses études (Mirabel-Sarron, 2011a; Mirabel-Sarron & Provencher, 2018). Elles sont identifiées comme efficaces dans le traitement de la dépression par le rapport Inserm de 2004 sur les psychothérapies, quoique inférieures aux thérapies cognitives dans le traitement de la dépression modérée à sévère, mais équivalentes en fin de traitement (donc comme traitement de consolidation ou de maintenance visant à prévenir les rechutes)³⁸³ (Inserm dir., 2004). Elles figurent, aux côtés des thérapies cognitives, dans le guide de recommandations de bonnes pratiques dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte diffusé par la Haute Autorité de Santé en 2017, comme étant celles qui sont le mieux étayées par des preuves (Haute Autorité de Santé, 2017, p. 20).

³⁸³ “For moderate or severe depression, the oldest meta-analysis (which included 28 trials) demonstrated that cognitive therapy was superior to waiting list, to drug therapy and to behavioural therapy. The results of cognitive therapy at the end of treatment were better than those of antidepressants and of waiting list patients. Behavioural therapy was shown in the most recent meta-analyses to be equivalent in efficacy to cognitive therapy (as the technique performed does in fact often associate behavioural and cognitive methods) and antidepressants, and equal to interpersonal therapy in one meta-analysis.” (Inserm dir., 2004, Résumé, p. 27)

La principale méthode psychothérapeutique qui reste centrée sur le comportement en lui-même et qui est utilisée pour la dépression, est l'activation comportementale (Jacobson et al., 2001). Elle est aujourd'hui utilisée sous une version actualisée qui tient compte de l'apport des deux générations suivantes de thérapies cognitives et comportementales, notamment la troisième, théorisée par Hayes et dite d'« acceptation et de pleine conscience » (Dondé et al., 2018). Cette thérapie concerne le problème général de la baisse d'activité : elle cible donc le comportement dépressif caractérisé comme une baisse globale d'activité exprimant une baisse de l'état motivationnel global.

« L'AC est donc une thérapie favorisant la réactivation ou (re)mise en mouvement, dont l'essence peut être résumée par la phrase suivante : « l'action précède l'envie ». Ses deux principes de base sont : d'augmenter l'engagement dans des activités associées à un sentiment de plaisir et/ou de maîtrise de la tâche à accomplir ; de diminuer l'engagement dans des comportements qui maintiennent les affects négatifs ou qui en augmentent les risques. Réactualisée par la troisième vague des TCC, la thérapie d'activation comportementale a été enrichie par des interventions valorisant les valeurs personnelles du patient par les comportements à accomplir. » (Dondé et al., 2018).

Cette thérapie consiste à favoriser l'action, donc l'effectivité de désirs de premier ordre, notamment dans des domaines d'activité où cela peut apporter du plaisir ou un sentiment de maîtrise, plutôt que des conduites favorisant des états affectifs négatifs : cela suggère que les actions encouragées conduisent à la formation de croyances optimistes, confiantes, voire auto-valorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur satisfaisant ses aspirations, un état de bien-être, plutôt que des actions qui pourraient renforcer des croyances dépressives. Ces croyances positives seraient formées à la suite des états affectifs positifs entraînés par les actions favorisées. Cela se présenterait comme une alternative à une situation où les croyances dépressives déjà recrutées par l'humeur dépressive se manifestent par une certaine conduite, des jugements et des émotions négatives qui les entretiennent en retour, éventuellement via l'humeur dépressive. Grâce à cette méthode d'activation comportementale, le patient finirait par connaître une modification de son état affectif s'accompagnant d'un regain global de motivation :

« Il faut commencer par briser ce qui est appelé le cycle de la « léthargie » en se remettant en action. Le fait d'être inactif, de ne plus faire d'activité qui était satisfaisante pour l'individu, de ne plus bouger, maintient l'humeur dépressive. Se remettre en action, commencer à faire des activités, même très simples, réintroduit des renforcements positifs. » (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 288)

Nous pouvons y voir une disparition de son humeur dépressive dont l'aspect motivationnel est une motivation globalement basse, celle-ci étant au contraire maintenue par

l'inaction. Celle-ci pourrait être la conséquence de l'engendrement d'un nouvel état affectif par la formation des nouvelles croyances positives.

Une telle thérapie aurait dès lors pour principe de cibler la conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme, et auto-dévalorisation, en favorisant des actions motivées par d'autres croyances, elles-mêmes recrutées par des désirs de premier ordre demeurés effectifs malgré l'état dépressif, ou dont l'effectivité serait favorisée dans le cadre thérapeutique. L'encouragement de ces actions conduirait simultanément à réduire la gouvernance cognitive des croyances dépressives, et à former de nouvelles croyances, contraires à ces croyances cognitives : ces actions s'accompagnant de plaisir ou d'un sentiment de maîtrise, il s'agirait de croyances optimistes, confiantes, voire auto-valorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur satisfaisant ses aspirations, un état de bien-être. Ces nouvelles croyances étant susceptibles de se manifester par la suite, cela réduirait encore la gouvernance cognitive des croyances dépressives. La formation de ces nouvelles croyances pourrait aussi engendrer une humeur positive : la thérapie d'activation comportementale s'accompagne en effet d'une amélioration de l'humeur du sujet, au sens de son ressenti affectif général (Dondé et al. 2018). La disparition de l'humeur dépressive réduirait d'autant plus la gouvernance cognitive des croyances dépressives que celles-ci ne sont plus recrutées et poussées à se manifester par elle. La réduction de la gouvernance cognitive des croyances dépressives restaurerait la capacité de l'individu à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, donc sa capacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Enfin, les croyances dépressives étant recrutées et se manifestant dans un moins grand nombre de contextes, elles cesseraient d'être renforcées. La formation de nouvelles croyances, positives, pourrait dès lors finir par aboutir à la levée de leur intangibilité et à l'abandon de ces croyances dépressives.

iii. Les psychothérapies cognitives

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » suggère que les psychothérapies cognitives ciblent également en priorité la gouvernance cognitive des croyances dépressives, mais plutôt via leurs manifestations au niveau des états mentaux occurrents (émotions et jugements) que via leurs manifestations au niveau de la conduite (en termes de guidage de l'action), contrairement à une psychothérapie comportementale, comme l'activation comportementale. La conduite de renoncement à agir est susceptible d'être modifiée dans un second temps. Au même titre qu'une thérapie comportementale, une telle

thérapie cognitive permet non seulement par-là de réduire l'état dépressif global induit par l'humeur dépressive et les croyances dépressives, mais peut aussi, à terme, lever l'intangibilité des croyances dépressives, parce qu'elle favorise la formation de nouvelles croyances. Celle-ci peut en effet tout autant contribuer à réduire la gouvernance cognitive des croyances dépressives que conduire à leur abandon, dans la mesure où elles évaluent différemment la situation de la personne : en termes de possibilité, plutôt que d'impossibilité, à atteindre le bien-être.

Les thérapies cognitives sont les psychothérapies qui possèdent le plus de preuves scientifiques de leur efficacité dans le traitement de la dépression incluant les épisodes dépressifs sévères parce qu'elles diminuent les symptômes résiduels et préviennent les récurrences au long cours (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 488). De nombreuses études, depuis les années 1970, ont prouvé leur efficacité pour prévenir les rechutes, mais aussi les récurrences, particulièrement chez les patients à haut risque de récurrence, avec symptômes résiduels (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 492-493). Le rapport de l'Inserm de 2004, montre qu'elles ont de plus grands effets sur la prévention des récurrences que les antidépresseurs : ce rapport les envisage comme une alternative efficace aux antidépresseurs pour un traitement de maintenance au long terme, mais aussi comme un complément aux antidépresseurs qui rend le traitement plus efficace pour un épisode dépressif majeur ayant conduit à une hospitalisation³⁸⁴ (Inserm dir., 2004). Elles sont principalement issues des travaux de Beck (Beck, 1979, 2017b), à partir desquels une diversité de psychothérapies

³⁸⁴ "For moderate or severe depression, the oldest meta-analysis (which included 28 trials) demonstrated that cognitive therapy was superior to waiting list, to drug therapy and to behavioural therapy. The results of cognitive therapy at the end of treatment were better than those of antidepressants and of waiting list patients. Behavioural therapy was shown in the most recent meta-analyses to be equivalent in efficacy to cognitive therapy (as the technique performed does in fact often associate behavioural and cognitive methods) and antidepressants, and equal to interpersonal therapy in one meta-analysis. The efficacy evaluation has also addressed prevention of long term relapses in depressed patients. The term relapse refers to redevelopment of a complete depressive state between 6 and 9 months after a remission lasting 2 months: a recurrence occurs beyond that period. The effects of cognitive therapy on prevention of relapses were greater than those of the antidepressants (between 1 and 2 years) in 6 controlled trials out of 8. On average, 60% of patients treated with drug therapy alone relapsed compared to only 30% of patients treated with cognitive therapy alone or combined with antidepressants. According to the trials which have examined the effects of cognitive therapy on residual symptoms and recurrences in patients receiving antidepressants, the number of recurrences was significantly lower in the group which received cognitive therapy. The authors concluded that CBT was an alternative to continuing antidepressants. In patients who suffer a major hospitalised episode of depression, one meta-analysis reported an evaluation conducted on discharge from hospital, which demonstrated that cognitive therapy associated with drug therapy was effective. The results of another meta-analysis showed an effect size of 0.96 for behavioural therapy and 0.85 for cognitive therapy compared to a control group in depression in the elderly. Psychoeducational treatments (information, awareness, improvement in interpersonal functioning etc.) have recently been developed for patients suffering from bipolar disorder. These have produced beneficial results in terms of the time to the first relapse of mania (65 weeks compared to 17 weeks in the control group)." (Inserm dir., 2004, Résumé, p. 27)

cognitives spécifiques ont été développées, par exemple la thérapie rationnelle-émotive d'Ellis (Ellis, 1962, 1997; Ellis & Dryden, 2007). Elles sont donc recommandées notamment en cas de résistance aux antidépresseurs et de symptômes résiduels, par exemple au Royaume-Uni par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 488). Avec les thérapies comportementales, elles sont indiquées comme le type de psychothérapies rassemblant les données les plus nombreuses en études randomisées contrôlées par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017). Ces approches sont issues d'un enrichissement des approches comportementales comme celle de Lewinsohn par la prise en compte des états mentaux qui s'intercalent entre l'environnement et la conduite, en particulier les cognitions problématiques de la « triade de Beck » (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 488) : il s'agit donc bien de parvenir à modifier les croyances dépressives pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes qui composent cette « triade ». Cette approche s'appuie sur la théorie de Beck suivant laquelle ces croyances sont erronées, ayant été mal formées à cause de distorsions cognitives (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 490).

« Les techniques cognitives se proposent d'aborder ces contenus de pensée, variable intermédiaire entre la source environnementale et la réponse comportementale de l'individu. [...] en phase dépressive, la personne a tendance à percevoir la réalité de manière particulièrement négative, comme si elle regardait sa vie à travers une paire de lunettes qui lui fait voir seulement le côté négatif des choses ; son estime d'elle-même est faible, elle perçoit le monde environnant comme un endroit terrifiant et elle envisage l'avenir comme étant sans espoir. Ces trois éléments (perceptions négatives de soi, du monde et de l'avenir) forment ce que l'on appelle la « triade cognitive » de Beck, qui est une notion fondamentale dans la TCC de la dépression. » (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 488)

Contrairement aux approches psychodynamiques centrées sur l'aspect affectif de la relation avec le thérapeute, ces approches cognitives sont centrées sur l'aspect interactif, collaboratif, de cette relation, donc le mode d'action de ces thérapies est à la fois plus explicite et davantage contrôlé. Le thérapeute demande notamment au patient de faire une analyse fonctionnelle de ses difficultés, et lui enseigne des techniques pour les résoudre.

« Dans cette thérapie brève, centrée sur des objectifs, la relation thérapeute-patient est très interactive, collaborative, utilise des techniques d'entretien spécifiques (questions ouvertes, pratique de reformulations, prescription d'un travail personnel au domicile...), dont les buts sont l'apprentissage aux nouvelles techniques thérapeutiques, l'identification des sources d'évitement ou de blocages, afin de les discuter et de les résoudre. » (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 491)

Il s'agit donc de modifier les croyances du patient, en ciblant les « cognitions négatives ou pensées pessimistes », donc les jugements manifestant ses croyances

dépressives : l'expression de ces jugements doit conduire, via une discussion avec le thérapeute, à les remettre en question par un « questionnement rationnel » :

« La différence entre sujets déprimés et non déprimés ne résiderait donc pas dans leur manière de penser, mais dans leur procédure d'évaluation qui fait appel, chez les sujets ayant connu la dépression, à des croyances psychologiques personnelles facilement activables. Ainsi la TCC permet-elle au patient de prendre conscience de son discours intérieur, de ses interprétations des événements (cognitions négatives ou pensées pessimistes), puis de les soumettre à un questionnement rationnel (démarche cognitive d'analyse logique de situation) afin d'en dégager une représentation du monde plus proche du contexte de réalité actuelle qu'émotionnelle. » (Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 490)

Dans les termes de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », il s'agit dès lors de former de nouvelles croyances pour remettre en question les croyances dépressives se manifestant initialement par les jugements, les cognitions négatives. Ce sont en effet de nouvelles croyances qui peuvent être formées via des jugements qui réévaluent la situation, initialement évaluée négativement par les jugements pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants manifestant les croyances dépressives. Les nouvelles croyances formées sont en partie des croyances métacognitives puisqu'elles sont issues d'un recul réflexif du sujet sur lui-même, amené à juger de ses propres états mentaux occurrents comme inappropriés car issus de schémas cognitifs fallacieux, qu'il s'agisse de ses jugements, ou de ses émotions négatives, que cette thérapie lui apprend aussi à réguler (Mirabel-Sarron, 2012; Mirabel-Sarron & Provencher, 2018, p. 494). En effet le thérapeute amène le patient à expliciter les jugements au prisme desquels il évalue son vécu (Beck, 2017b, Chapitre 2), il l'amène également à verbaliser et catégoriser ses émotions (Beck, 2017b, Chapitre 3), de sorte à se rendre compte qu'il évalue de façon générale les circonstances de façon irréaliste, qu'il y réagit de façon irrationnelle (Beck, 2017b, Chapitre 4). Dans la mesure où la thérapie consiste à enseigner au patient des techniques pour corriger ces appréciations irréalistes, irrationnelles, fondées sur ses croyances (Beck, 2017b, Chapitres 9-10-11), il s'agit clairement de former de nouvelles croyances, métacognitives puisqu'elles portent sur les jugements, les émotions, et les croyances dépressives que le patient est amené à s'auto-attribuer en découvrant qu'elles déterminent ses réactions. Par la suite, ces nouvelles croyances se manifestent, dans certains contextes, par des émotions et des jugements différents de ceux qui manifestent les croyances dépressives, mais aussi par un nouveau type de conduite : cela réduit de fait les manifestations des croyances dépressives, donc leur gouvernance cognitive. Dans les termes de Beck « *les manifestations de la dépression sont les expressions d'un changement sous-jacent dans l'organisation cognitive du patient* » (Beck, 2017a, p. 223), qu'il s'agit de modifier en retour.

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » permet de décrire cette stratégie comme le fait que la discussion avec le thérapeute amène le patient à expliciter ses croyances dépressives via certains jugements, et à tenter de les remettre en question, en formant, avec l'aide du thérapeute, des jugements alternatifs, conduisant à la formation de nouvelles croyances s'opposant à ces croyances dépressives. Ces nouvelles croyances pourront ensuite se manifester, avant tout par de nouveaux types de jugements et d'émotions, concurrençant dès lors les croyances dépressives et contribuant à la réduction de leur gouvernance cognitive. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » prévoit aussi que réduire les manifestations des croyances dépressives peut contribuer à faire disparaître l'humeur dépressive, pour autant que celle-ci était en partie causée, entretenue, par ces manifestations. La disparition de l'humeur dépressive fait qu'elle cesse de rendre les croyances dépressives « actives ». La disparition des manifestations de l'humeur et la réduction de celles des croyances dépressives équivaut à une disparition progressive de l'état dépressif qu'elles avaient conjointement induit. La réduction de la gouvernance cognitive des croyances dépressives favorise d'autant plus la formation de nouvelles croyances. Ces nouvelles croyances peuvent se manifester dans la conduite tout autant que dans les états mentaux, ce qui se traduit par une capacité d'action retrouvée, et par des émotions et des jugements plus adéquats au contexte. De plus, cela favorise d'autant plus la formation de nouvelles croyances, s'opposant aux croyances dépressives : les croyances dépressives sont alors susceptibles de perdre leur intangibilité et d'être abandonnées.

iv. Une psychothérapie cognitive et comportementale de la « troisième vague » : la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

La thérapie d'acceptation et d'engagement est l'une des thérapies de la « troisième vague » de psychothérapies cognitives et comportementales, qui ont désormais leurs preuves empiriques (Churchill et al., 2013; Cristea et al., 2013; Hayes, 2004; Hofmann et al., 2010; Hunot et al., 2013; Kahl et al., 2012; Öst, 2008). Cette thérapie est mentionnée par la Haute Autorité de Santé dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte, bien que n'étant pas étayée par des données comparatives suffisantes, comme le sont les approches psychodynamiques et psychanalytiques d'une part, et les approches comportementales et cognitives d'autre part (Haute Autorité de Santé, 2017, p. 20).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) a été théorisée principalement par Hayes (Hayes, 2004; Hayes et al., 1999, 2004, 2013; Hayes & Smith, 2005). Son initiative part d'un doute à l'égard du présupposé fondamental de Beck selon lequel la base du trouble dépressif serait constituée de croyances erronées car mal formées, en raison de distorsions cognitives ; ce doute s'étend à la thèse de Beck selon laquelle la thérapie devrait donc viser à identifier ces distorsions, par de l'analyse rationnelle visant à remettre les croyances en phase avec la réalité (Hayes et al., 2013, p. 181). L'ACT se présente comme une extension de la tradition comportementaliste (behavioriste) antérieure au tournant cognitiviste : elle s'appuie sur le contextualisme fonctionnel, qui est une extension du behaviorisme radical de Skinner consistant à envisager l'organisme entier dans son interaction avec un contexte pour comprendre le sens de ses actions (Hayes et al., 2013, p. 181-182). Le contextualisme fonctionnel affirme que pour prédire et influencer le comportement, il importe d'identifier des événements et des variables dans l'environnement, car ce sont eux qui rendent compte des pensées qui émergent, et de la relation qu'elles entretiennent avec les émotions et les actions : considérer les pensées seules, et les processus cognitifs eux-mêmes, serait insuffisant (Hayes et al., 2013, p. 182). Le modèle ACT fondé sur le contextualisme fonctionnel part de l'identification de six processus concernant la relation entre la cognition et l'environnement susceptibles d'induire une pathologie : (i) la fusion cognitive, qui consiste prendre ses pensées pour la réalité même, à force que le langage parlé prédomine dans la conduite, (ii) l'évitement d'expériences, qui consiste à altérer son expérience subjective en inhibant des pensées, sensations, souvenirs... pour éviter une expérience aversive, plutôt que d'éviter les stimuli négatifs eux-mêmes, au risque d'inhiber des réponses adaptatives, de sorte que cela réduit l'inconfort à court terme mais peut avoir des effets négatifs à long terme, (iii) la perte d'un contact flexible avec le présent, au profit d'un souhait d'être ailleurs, d'échapper aux événements aversifs, (iv) un attachement à un « self conceptualisé », c'est-à-dire un concept de soi-même, au détriment d'une conscience de soi immédiate, (v) la difficulté à clarifier ses valeurs personnelles, à les distinguer de celles que l'on adopte par conformisme, et à mettre son comportement en adéquation avec elles, (vi) la difficulté à se fixer des buts concrets, ce qui conduit à des comportements d'inaction, d'impulsivité, ou de persistance de l'évitement (Hayes et al., 2013, p. 183-187). L'ACT cherche à contrer chacun de ces processus en encourageant le détachement à l'égard de ses propres pensées et l'acceptation à l'égard de son expérience subjective en général, même lorsqu'elle est aversive : ces deux aspects concernent l'acceptation et la pleine conscience. Elle encourage par ailleurs la clarification de ses valeurs,

et les actions engagées envers des buts concrets en lien avec ses valeurs : ces deux aspects concernent l'engagement et le changement comportemental. Enfin, elle encourage la conscience du moment présent, et l'identification à soi dans un contexte précis, plutôt qu'à une représentation de soi : ces deux aspects concernent à la fois l'acceptation et l'engagement. Globalement, il s'agit donc de chercher à traiter les symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux indissociablement d'un contexte concret dans lequel ils apparaissent. L'objectif général est d'améliorer la flexibilité psychologique³⁸⁵ (Hayes et al., 2013, p. 187). Cette flexibilité est décrite comme un assouplissement de la conduite, des pensées, et des émotions, implicitement à l'égard de règles rigides qu'elles suivent dans la manière dont elles se présentent et mettent la personne en relation avec son environnement.

A la lumière de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », la stratégie de l'ACT dans la dépression plus particulièrement, pourrait dès lors être de chercher à moduler le rôle causal de croyances préjudiciables, qui se manifestent de façon envahissante au niveau des états mentaux et de la conduite, et rigide par rapport au contexte : cela consisterait à chercher à réduire leur gouvernance cognitive. En effet on peut considérer que c'est la manifestation de telles croyances au niveau des états mentaux qui sous-tend la « fusion cognitive », mais aussi la référence à une représentation de soi, un « soi conceptualisé » au détriment de la conscience immédiate de soi : ces deux aspects pathogènes consisteraient dans une omniprésence de pensées, de jugements, sur la situation ou le soi, manifestant des croyances dépressives. Ces croyances étant des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation satisfaisant ses aspirations, qui causent un renoncement à agir, contrairement à une conduite d'engagement de l'individu envers ses valeurs personnelles, cherchant à atteindre des buts concrets réalisant ces valeurs. Enfin l'envahissement par des pensées et des émotions négatives qui manifestent ces croyances peut expliquer la perte de contact avec le moment présent et peut conduire à un évitement de ses propres pensées ou émotions (suppression, par exemple).

Dans les termes de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », c'est ici la gouvernance cognitive étendue de ces croyances qui est problématique, dans leurs

³⁸⁵ “Thus, an easy definition of ACT is a behavioral and cognitive intervention that uses acceptance and mindfulness processes, and commitment and behavior change processes, to produce psychological flexibility. Treatment attempts to build the acceptance and mindfulness processes that undermine excessive literality and create a more conscious, present, flexible approach to psychological experiences; it also attempts to strengthen the commitment and behavior change processes that enhance values-based action.” (Hayes et al., 2013, p. 187)

manifestations tant au niveau de la conduite que des états mentaux. L'ACT se présente alors comme un ensemble de méthodes visant à diminuer les manifestations de ces croyances : par exemple le détachement à l'égard de ses propres pensées ou l'attention au moment présent, étant efficaces pour prévenir l'irruption d'un nombre croissant de pensées négatives, seraient de telles méthodes. La clarification de ses valeurs personnelles et de buts concrets permettant d'agir en adéquation avec elles, pourrait être une méthode visant à favoriser la formation d'autres croyances ou leur recrutement, pour qu'elles se manifestent dans la conduite de la personne. Réduire les manifestations des croyances dépressives, permet d'éviter que l'humeur dépressive ne soit entretenue par elles ; en conséquence, la disparition de cette humeur peut conduire à ce que les croyances cessent d'être actives, c'est-à-dire recrutées et rendues susceptibles de se manifester. Cela diminue donc d'autant plus la gouvernance cognitive de ces croyances. Comme précédemment, cela peut déjà permettre de réduire l'état dépressif, et ainsi le préjudice qu'il induit. La diminution de cette gouvernance cognitive se fait au profit de l'extension de celle d'autres croyances, ou de la formation de nouvelles croyances, ce qui peut à terme aboutir à ce que les croyances dépressives perdent leur intangibilité et soient abandonnées.

v. La thérapie interpersonnelle (TIP)

La psychothérapie interpersonnelle est une thérapie brève, similaire aux thérapies cognitives, mais qui s'en distingue parce qu'elle est centrée sur les difficultés rencontrées dans les relations interpersonnelles (Crits-Christoph et al., 2010). Son efficacité dans la dépression a été prouvée par de nombreuses études depuis sa découverte³⁸⁶ dans les années 1970 (Bottai et al., 2018, p. 478; de Mello et al., 2005). Elle a été formalisée principalement par Klerman et Weissmann (Klerman & Weissman, 1994; Weissman et al., 2007). Elle est recommandée par *l'American psychiatric association* et la Haute autorité de santé, mais peu pratiquée en France (Bottai et al., 2018, p. 478-479). Comme la thérapie d'acceptation et d'engagement, elle est mentionnée par le guide de recommandations de bonnes pratiques de la

³⁸⁶ Elle a été découverte « par hasard », dans le cadre d'une étude qui devait prouver l'efficacité d'un antidépresseur, et qui comparait pour cela un groupe recevant le médicament seul, un groupe recevant un placebo, et un groupe ne recevant aucun traitement médicamenteux, avec en outre une psychothérapie ou non (Bottai et al., 2018, p. 478). La psychothérapie devait être non spécifique mais crédible et avait été codifiée au préalable, en tant que centrée sur un travail de soutien social : or elle a permis des résultats similaires à ceux obtenus avec l'antidépresseur (Bottai et al., 2018, p. 478). La TIP a donc ensuite été approfondie, labélisée, et a reçu des bases théoriques (Bottai et al., 2018, p. 479-480).

Haute Autorité de santé comme une psychothérapie existante et envisageable, mais non étayée par des données comparatives suffisantes (Haute Autorité de santé, 2017, p. 20). Elle est cependant recommandée comme une possible première ligne de traitement pour le traitement de l'épisode dépressif caractérisé par l'OMS, qui a diffusé en 2016 un manuel indiquant un protocole de groupe en huit séances pour la suivre, pouvant être mis en place par des non-professionnels de santé (World Health Organization and Columbia University, 2016). Elle serait efficace pour soigner l'épisode dépressif modéré à sévère (Fonagy et al., 2020), et protégerait contre les récives (réurrence) de la dépression (Miller et al., 2001). Elle vise à « *briser le cercle vicieux qui existe entre la dépression et les problématiques relationnelles auxquelles sont confrontés les patients dépressifs* » (Bottai et al., 2018, p. 486). Elle se déroule en trois phases : une phase initiale de trois ou quatre séances d'exploration du contexte interpersonnel et d'inventaire des relations interpersonnelles du sujet, une phase intermédiaire de sept à neuf séances qui traite d'une difficulté interpersonnelle spécifique (parmi quatre catégories qui sont le conflit interpersonnel, la transition de rôle, le deuil et l'isolement ou le déficit relationnel), et une phase de terminaison qui fait un bilan des acquis, de l'amélioration des symptômes, et de la manière dont il convient de faire face aux situations à risque pour prévenir la récurrence (Bottai et al., 2018, p. 482-486). Les mécanismes par lesquels cette thérapie obtient des changements dans les relations interpersonnelles sont d'augmenter le soutien social de la personne, de diminuer le stress lié à ses relations, de faciliter la régulation de ses émotions, et d'améliorer ses capacités interpersonnelles (Lipsitz & Markowitz, 2013).

La phase initiale consiste dans un questionnement détaillé sur les relations interpersonnelles du patient et les difficultés qu'il y rencontre, permettant d'identifier des événements interpersonnels susceptibles d'avoir entraîné la dépression, ou d'en avoir résulté et de contribuer en retour à l'entretenir (Bottai et al., 2018, p. 483). La phase intermédiaire vise à clarifier une difficulté en particulier et à permettre au patient d'envisager une résolution de celle-ci. Il s'agit notamment pour le patient d'apprendre à reconnaître et catégoriser ses propres émotions de base, et d'apprendre à les communiquer dans ses relations interpersonnelles afin de pouvoir faire reconnaître ses besoins émotionnels et ressentir davantage ; le thérapeute peut aussi, au-delà de cette amélioration de sa communication interpersonnelle, assister le patient dans une prise de décision à l'égard de la relation concernée, ou lui proposer des stratégies à mettre en place « in vivo » d'une séance sur l'autre (Bottai et al., 2018, p. 482). Le point de départ est d'explicitier avec le patient la relation entre

ses états affectifs et les évolutions de la situation interpersonnelle problématique qu'il rencontre. Par exemple pour le cas du conflit interpersonnel :

« Le principe même de la TIP est que les conflits génèrent de la colère, de l'abattement, de la tristesse, de la culpabilité et de l'isolement et augmentent la dépression ; réciproquement, l'humeur dépressive pousse à l'isolement, à l'irritabilité, à la culpabilité et aux attentes irréalistes qui aboutissent à des conflits. » (Bottai et al., 2018, p. 484)

Il s'agit à la fois d'encourager des actions susceptibles de faire évoluer positivement la situation problématique, et de la réévaluer d'une manière permettant de diminuer les émotions négatives qui lui sont liées. Par exemple dans le cas du deuil :

« La honte ou l'impuissance sont relativisées, le conservatisme (des lieux, des affaires) n'est pas encouragé, l'acceptation des souvenirs est valorisée, les soutiens empathiques sont encouragés. Il s'agit donc de revivre toute la période du décès. Puis la relation avec le défunt est examinée. Souvent, ce dernier, par sa mort, est paré de toutes les qualités mais pour autant la relation n'était pas toujours parfaite. Ce qui est examiné et relativisé dans la thérapie n'est pas la personne, mais la relation que le patient entretenait avec elle, la dé-idéalisation concerne donc la relation. Même si le deuil est ancien, la thérapie est toujours axée sur ici et maintenant, sur l'actualité des sentiments et émotions, et sur la recherche des soutiens émotionnels sur le plan relationnel. » (Bottai et al., 2018, p. 485)

La thérapie interpersonnelle cible donc un domaine particulier à l'égard duquel la personne dépressive est susceptible de former des croyances dépressives : les relations interpersonnelles. Elle cible même un problème interpersonnel en particulier : celui-ci peut indifféremment être une cause ou une conséquence de la dépression, puisqu'une fois qu'il est présent, il contribue à entretenir celle-ci et fait donc partie de ses causes présentes. Au prisme de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », nous pouvons considérer que cette thérapie cible un problème interpersonnel à propos duquel le patient a formé des croyances dépressives, que la formation de ces croyances ait engendré son humeur dépressive et sa dépression, ou que ces croyances se soient formées dans le cadre d'un état dépressif déjà existant, dans lequel une humeur dépressive persistante rendait déjà « actives » d'autres croyances dépressives.

La thérapie interpersonnelle agit alors, comme les thérapies comportementales et cognitives, au niveau de la gouvernance cognitive des croyances dépressives, tout en ciblant non pas un type de manifestations des croyances dépressives (dans la conduite ou dans les états mentaux), mais un type de croyances dépressives, puisqu'il s'agit celles qui concernent la relation ou la situation relationnelle problématique. Ce sont des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation qui serait en adéquation avec ses aspirations concernant une relation en particulier, qui est conflictuelle, ou un ensemble de relations dans le cas de la transition de rôle (réaménagement de sa situation de

vie après un divorce, le départ des enfants...) ou du deuil ou de l'isolement (changer sa situation de vie pour qu'elle soit plus riche en relations interpersonnelles). Ces croyances sont ciblées par la thérapie via leurs manifestations aussi bien dans la conduite qu'au niveau des émotions et des jugements : il s'agit comme précédemment, pour les thérapies comportementales et cognitives, de former de nouvelles croyances qui vont concurrencer les croyances dépressives à ce niveau. En effet quand la personne est invitée à changer directement sa conduite, mais aussi à réévaluer la situation, et à réguler ses émotions, cela revient à former de nouvelles croyances, dont certaines sont métacognitives : par la suite ces croyances non dépressives se manifesteront dans sa conduite, et dans l'orientation de ses jugements et des émotions, dans des situations liées à son problème interpersonnel. De la sorte, la gouvernance cognitive de ses croyances dépressives relatives à ce problème se réduit. Si les stratégies, les nouvelles conduites mises en œuvre, permettent une résolution objective du problème interpersonnel rencontré, cela fait de plus disparaître les situations dans lesquelles ces croyances dépressives se manifestaient principalement : cela contribue à ce qu'elles ne soient plus recrutées, donc à réduire encore leur gouvernance cognitive. La résolution du problème favorise d'autant plus la formation de nouvelles croyances relatives à ce problème interpersonnel, ce qui peut entraîner la levée de l'intangibilité des croyances dépressives qui concernaient ce problème et finalement leur abandon. D'après la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » cela a des chances d'entraîner la résolution de l'état dépressif global pathologique, en réduisant le préjudice qu'il induit, pourvu que les croyances dépressives concernant le problème interpersonnel ciblé soient majoritaires parmi les croyances dépressives de l'individu. C'est notamment dans ce cas que la réduction de leur gouvernance cognitive est susceptible d'entraîner la disparition de l'humeur dépressive, qui pouvait être entretenue par leurs manifestations, et ainsi permettre la résolution de l'état dépressif global constitué à la fois des manifestations de cette humeur et de ces croyances.

vi. La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience

La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (TCPC) est une thérapie récente, développée depuis 2002, formalisée dans un seul manuel (Segal et al., 2018), et encore peu répandue même si elle commence à être recommandée par certains organismes officiels (par exemple au Royaume-Uni) (Bondolfi & Bertschy, 2018). Elle a été initialement conçue comme une thérapie de maintenance alternative aux antidépresseurs pris au long cours afin de

prévenir les rechutes (Bondolfi & Bertschy, 2018, p. 496). Plusieurs études ont prouvé son efficacité à ce titre, et d'autres études suggèrent aussi une efficacité pour traiter la dépression en phase aiguë en association avec un médicament antidépresseur (Bondolfi & Bertschy, 2018, p. 499-500). Son principe est de faire découvrir au patient la méditation de pleine conscience, en association avec une thérapie cognitive classique, de sorte qu'il puisse pratiquer la pleine conscience dans des situations susceptibles d'induire une humeur dépressive ou des cognitions dépressives, afin de prévenir celles-ci. La pleine conscience a été définie par Jon Kabat-Zin, chercheur en sciences biomédicales au MIT qui l'a introduite en psychologie clinique, comme le fait de diriger son attention de façon délibérée vers le moment présent en suspendant tout jugement de valeur sur ce qui se présente dans l'expérience subjective (Bondolfi & Bertschy, 2018, p. 497). Ainsi « *il s'agit d'un désengagement de notre tendance habituelle à juger, à contrôler ou à orienter l'expérience de l'instant présent, d'une posture de l'esprit « non élaborative », dans laquelle on ne cherche pas à analyser ou à mettre en mots, mais plutôt à observer et à éprouver* » (Bondolfi & Bertschy, 2018, p. 497). Cela permet à la personne en rémission d'épisode dépressif de ne pas entrer dans les cercles vicieux de cognitions dépressives, sous forme de ruminations, que tend à susciter chez elle toute humeur dépressive : en accueillant ses propres pensées et états affectifs sans jugement, elle éviterait ainsi la rechute de l'épisode dépressif (Bondolfi & Bertschy, 2018, p. 497-498). Comment expliquer l'efficacité d'une telle stratégie thérapeutique à l'égard des rechutes d'épisode dépressif au vu de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » ? Cette théorie peut expliquer cette efficacité à deux niveaux :

- La pratique de la pleine conscience pourrait permettre de se rendre conscient (conscient-P et conscient-A) de son humeur dépressive de manière à empêcher qu'elle ne rende des croyances dépressives formées lors d'un précédent épisode dépressif à nouveau « actives ». En effet, la manière d'« accueillir » sa propre humeur, son propre état affectif que constitue à son égard la méditation pleine conscience semble consister à s'y rendre pleinement attentif, à diriger toute son attention dessus, de telle sorte qu'aucune ressource attentionnelle n'est disponible pour une « élaboration » cognitive à partir de son état affectif : cela pourrait consister à empêcher que l'humeur dépressive ne recrute des croyances dépressives, ou à empêcher que celles-ci ne se manifestent, par des cognitions, c'est-à-dire de jugements, faute de ressources cognitives disponibles. Cela empêcherait dès lors l'humeur dépressive de rendre les

croyances dépressives « actives », et éviterait donc qu'elles n'induisent conjointement l'état dépressif résultant de leurs manifestations.

- La pratique de la pleine conscience semble également pouvoir empêcher la formation de croyances dépressives : en effet, elle consiste à accueillir ses propres pensées « *comme des « événements mentaux » plutôt que comme des faits ou le reflet de la réalité* » (Bondolfi & Bertschy, 2018, p. 498). Cela suggère que ce mode d'attention à ses propres pensées, donc notamment à ses propres jugements, conduit à ne pas former de croyance à leur suite : à « regarder passer » ses pensées, ses jugements, plutôt que d'y adhérer et ainsi de former des croyances à leur suite. Lorsque ces pensées sont des « cognitions dépressives », c'est-à-dire des jugements dépressifs (pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisants quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations), cela permettrait de ne pas former les croyances dépressives correspondantes. Or d'après la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », cela éviterait la survenue d'un état dépressif global problématique, celui-ci ne pouvant être induit par une humeur dépressive à elle seule, mais supposant qu'elle recrute des croyances dépressives formées par ailleurs et les pousse à se manifester.

En conclusion, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » donne un cadre heuristique à l'efficacité des psychothérapies dans le traitement de la dépression, particulièrement dans la prévention des rechutes et des récives : c'est parce qu'elles agissent sur les croyances dépressives, au niveau du rôle causal problématique qui leur avait été conféré par la persistance de l'humeur dépressive, en diminuant leur gouvernance cognitive, mais peuvent aussi permettre de lever leur intangibilité et ainsi de les abandonner. Une fois que leur gouvernance cognitive a été réduite, ces croyances cessent de se manifester d'une façon problématique en créant pour l'individu une incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal. L'état dépressif dont elles participaient perd ainsi son caractère pathologique. C'est d'autant plus le cas si la réduction de leur gouvernance cognitive entraîne la disparition de l'humeur dépressive, dans la mesure où celle-ci était entretenue par leurs manifestations. En effet rappelons que ce sont conjointement l'humeur et les croyances dépressives qui empêchent la mobilisation de la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et de la capacité à agir en vue de satisfaire ses aspirations, rendant l'état dépressif pathologique au sens de ce préjudice objectif. La modification du rôle causal des croyances dépressives est obtenue, dans ces différents types de psychothérapies, par des stratégies

diverses : une action directe sur leur intangibilité dans les approches psychodynamiques ; une action sur leur gouvernance cognitive au niveau de la conduite dans les approches comportementales, en favorisant la formation de nouvelles croyances ; une action sur leur gouvernance cognitive au niveau des états mentaux occurrents dans les approches cognitives, également en favorisant la formation de nouvelles croyances ; une action similaire dans la thérapie d'acceptation et d'engagement ; une action similaire mais concernant une partie seulement des croyances dépressives, celles qui se rapportent à un problème interpersonnel précis, dans les approches interpersonnelles ; une action visant à prévenir la formation de croyances dépressives ainsi que leurs manifestations au niveau des états mentaux et de la conduite, dans les thérapies d'acceptation et d'engagement, et dans la pratique de la pleine conscience. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » fournit également un cadre heuristique pour les modèles étiologiques de la dépression.

2. Les « croyances dépressives auto-réalisatrices » dans les modèles étiologiques de la dépression

Il n'existe pas à ce jour de modèle étiologique, ou « étiopathogénique » de la dépression unifié qui fasse consensus scientifiquement. Les principaux types de modèles sont les modèles psychanalytiques, les modèles comportementaux, les modèles cognitifs, les modèles systémiques, les modèles biologiques et les modèles éthologiques ou évolutionnistes (Desseilles, 2010). Les résultats des recherches étiopathogéniques sont nombreux à divers niveaux explicatifs, fournissant des modèles partiels et des explications partielles de certains symptômes, du mode d'action de certains traitements, la connaissance de marqueurs biologiques, cognitifs, génétiques, de la dépression ou de la réponse au traitement, ou encore la connaissance de certains facteurs environnementaux, sociaux, de la dépression. Ces résultats fournissent des éléments d'explication et de prédiction de la dépression, sans constituer un modèle explicatif unifié. Les recherches se déroulent à différents niveaux explicatifs : principalement le niveau neurobiologique et biologique, le niveau génétique, le niveau cognitif et comportemental, le niveau des facteurs environnementaux. L'approche évolutionniste ambitionne de fournir un cadre intégratif pour ces différents niveaux explicatifs et de déplacer la caractérisation de la pathologie de ses causes ou corrélats dysfonctionnels « proximaux » (mécanismes biologiques ou cognitifs défailants, par exemple) vers ses causes « distales » qui sont les facteurs d'héritabilité d'un trait ou ensemble de traits psychologiques

retenu par la sélection naturelle, ayant conduit à la dépression comme phénotype fonctionnel ou dysfonctionnel (Mouchabac, 2006, 2008; Nesse, 2009; Nesse & Williams, 1998).

Cooper caractérise en termes de pluralité de « paradigmes » cette pluralité d'approches : chaque approche se définit par un type de questions qu'il vaut la peine de se poser, un type de méthodes utilisées pour y répondre, des contraintes métaphysiques sur les réponses possibles, et ce qui compte comme un bon travail scientifique, or tout cela définit un paradigme au sens de Kuhn (Cooper, 2014, Chapitre 6; Kuhn et al., 1983). Pour Kuhn, les paradigmes sont « incommensurables », il n'existe pas de standard objectif externe pour les comparer car la perception que l'on en a dépend de celui dans lequel on se trouve, ainsi que la signification qu'on leur donne, et l'importance que l'on attribue aux facteurs permettant de les comparer ; mais Cooper affirme, à la suite de Galison (1997), que la communication entre les paradigmes est possible, pourvu que l'on développe des « langages de contact » : elle identifie alors le DSM comme langage de contact pour les différents paradigmes des recherches étiopathogéniques sur les troubles psychiatriques, compte tenu du fait qu'il s'agit, depuis le DSM-III, d'un système de classification descriptif, sans hypothèse étiologique (Cooper, 2014, Chapitre 6). De plus le DSM emploie les termes en un sens épuré, strictement clinique, sans arrière-plan théorique (par exemple, souligne Cooper, l'anxiété n'a ni son sens biologique, ni son sens psychanalytique), donc s'ancre directement dans la clinique³⁸⁷ qui est le terrain commun à tous les cliniciens et chercheurs (Cooper, 2014, Chapitre 6).

Ma suggestion est que la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », élaborée à partir du cadre clinique du DSM, peut aussi jouer ce rôle de communication entre différents types de recherches étiologiques sur la dépression – s'inscrivant peut-être dans des « paradigmes » différents. Elle peut être envisagée comme un « langage de contact » dans la mesure où ses termes (humeur, croyances, conduite, actions, émotions, jugements...) ne sont pas chargés d'un arrière-plan théorique spécifique, et où son approche fonctionnaliste de l'humeur dépressive et de la dépression définit la première et explique son rôle à l'égard de la seconde en partant de leur caractérisation clinique. Enfin, elle est neutre à propos de l'étiologie de la dépression, au-delà du rôle fonctionnel donné à l'humeur dépressive et aux

³⁸⁷ Le DSM a tout de même vocation à être mis à jour de façon incrémentale au fur et à mesure que les recherches étiopathogéniques, notamment biologiques, progressent, dans la perspective de mettre cette classification en phase avec notre compréhension de la nature des troubles psychiatriques, ainsi que les critères diagnostiques avec les traitements dont nous disposons (Demazeux, 2013). Cependant de nouveaux projets de classifications davantage fondées sur la recherche que sur la clinique, et permettant à ce titre une meilleure intégration des résultats scientifiques aux divers niveaux explicatifs, ont été lancés, en particulier le projet des *Research Domain Criteria*, ou RDoC (Faucher & Goyer, 2015, 2017)

croyances dépressives : comme elle ne les explique pas elles-mêmes par des causes spécifiques, elle est compatible avec différentes pistes étiologiques à différents niveaux explicatifs. Cette théorie déplace l'intérêt de l'amont vers l'aval de l'humeur dépressive, c'est-à-dire des causes de cette humeur, vers ses effets. Ces derniers tiennent en partie à un rôle causal problématique que la persistance de cette humeur confère aux croyances dépressives. Ce cadre heuristique permet dès lors de situer les uns par rapport aux autres les différents types de modèles de la dépression. Je vais laisser de côté l'approche psychanalytique³⁸⁸ et l'approche systémique³⁸⁹, ainsi que le niveau explicatif génétique³⁹⁰. Je vais aborder les modèles biologiques, les modèles comportementaux et cognitifs, les approches évolutionnistes et les facteurs environnementaux (psychosociaux) connus, en les situant par rapport à la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices ».

a. Neurobiologie de la dépression

Sur le plan neurobiologique, il n'existe pas de modèle unifié de la dépression, mais différents domaines de mise en évidence de spécificités dont elle s'accompagne : la réduction volumique de certaines structures neurales, une variation d'activité dans certaines de ces structures, et de la connectivité entre différentes structures, des anomalies des monoamines et des acides aminés, des modifications endocriniennes et neuro-inflammatoires notamment liées au fonctionnement de la voie hypothalamo-hypophysio-surrénalienne (en lien avec les facteurs de stress et la régulation du cortisol) (Boulanger et al., 2018; Gauthier et al., 2018; Krebs et al., 2010). L'approche neurobiologique rencontre deux défis : d'une part la mise en relation de ces différents domaines d'anomalies, qui commence à être faite, par exemple avec des

388 J'ai mentionné dans la sous-partie précédente qu'elle ne fournissait pas un modèle étiologique unifié de la dépression, et n'était pas la plus indiquée dans sa prise en charge thérapeutique ; l'histoire de la psychanalyse est cependant jalonnée de théories de la dépression ou de la mélancolie, comme celle de Freud, que j'ai mentionnée à titre historique dans la première partie, mais aussi, par exemple celle de Karl Abraham ou celle de Mélanie Klein (Desseilles, 2010, p. 35).

389 Je l'ai rapidement exposée dans le chapitre VI, en tant que modèle de la dépression qui adopte une conception « externaliste » du trouble psychiatrique. Du point de vue de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », elle s'attache à des facteurs externes spécifiques de la formation des croyances dépressives ou de l'induction de l'humeur dépressive : un contexte familial, ou plus généralement des relations interpersonnelles, affectant l'individu.

390 Certains facteurs génétiques de la dépression sont connus, comme un certain allèle du gène codant pour un transporteur de la sérotonine, associé à un risque accru de dépression, ainsi que certains facteurs épigénétiques (interactions entre des facteurs environnementaux et l'expression de certains gènes), comme l'effet des soins maternels précoces sur des gènes codant pour l'axe hypothalamo-hypophysaire (Gauthier et al., 2018, p. 348; Gorwood, 2018, p. 319-322)

hypothèses sur l'influence de certaines modifications neuro-inflammatoires sur le volume de certaines structures neurales ; d'autre part, il reste encore difficile de départager, parmi ces anomalies, ce qui pourrait créer des vulnérabilités à la dépression, ce qui en serait une cause et ce qui en serait une conséquence, mais des hypothèses existent et permettent notamment d'identifier des marqueurs de vulnérabilité ou de fragilisation à la récurrence (Boulanger et al., 2018, p. 311; Krebs et al., 2010, p. 358-359).

Concernant le volume des structures neurales, la dépression se traduit par une perte de volume (en substance grise) au niveau de l'hippocampe, qui est impliqué dans la mémorisation et régulation des émotions et du stress, au niveau de l'amygdale, au niveau du striatum, qui joue un rôle pour l'apprentissage et la récompense, au niveau du cortex orbitofrontal qui intervient dans le traitement des émotions, la motivation et la prise de décision, au niveau du cortex cingulaire antérieur, impliqué dans le système de récompense et les processus d'inhibition et d'attention, et au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral impliqué dans l'attention et la mémoire de travail (Boulanger et al., 2018, p. 301-302). Ces anomalies semblent être des corrélats, ou des conséquences de la dépression (des « marqueurs-états »), mais peut-être aussi dans certains cas des facteurs, créant une vulnérabilité, car par exemple la réduction du volume de l'hippocampe, puisqu'elle peut aussi être observée chez des sujets non dépressifs (Boulanger et al., 2018, p. 303). Elles peuvent en tout cas être envisagées comme les corrélats de certains aspects de l'humeur dépressive. Par exemple la réduction du volume de l'hippocampe, qui est impliqué dans la conscience du temps, pourrait rendre compte des perturbations de celle-ci, notamment du sentiment que le temps se fige ou se ralentit (Boulanger et al., 2018, p. 302). Du point de vue de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », il s'agirait alors d'un corrélat d'un aspect de la phénoménologie distinctive de l'humeur dépressive.

Ces modifications structurales, volumiques, s'accompagnent de modifications de l'activité cérébrale dans les zones concernées (Krebs et al., 2010, p. 353-355) : par exemple dans l'aire Cg25 (cortex préfrontal et cortex cingulaire subgénéral) impliquée dans l'expérience et le traitement de l'expérience émotionnelle, ainsi que dans l'hippocampe et l'amygdale, impliqués dans la formation de la mémoire émotionnelle et la récupération mnésique émotionnelle (Krebs et al., 2010, p. 355). Ces anomalies peuvent être regardées comme des corrélats de l'humeur dépressive lorsque celle-ci persiste, et d'émotions négatives

fréquentes favorisées par cette humeur via les croyances dépressives qu'elle recrute. En effet l'aire Cg25 est particulièrement active, or elle est normalement impliquée dans la tristesse ; de plus son activité diminue sous l'effet de certains antidépresseurs et de thérapies cognitives et comportementales (Krebs et al., 2010, p. 355). De même, l'hyperactivation de l'amygdale est un corrélat de l'anxiété, or elle est observée dans la dépression, et diminue sous l'effet de thérapies cognitives et comportementales (Krebs et al., 2010, p. 355). Dans les termes de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », ces traitements permettent de réduire la gouvernance cognitive des croyances dépressives, donc notamment la fréquence des émotions négatives comme la tristesse ou l'anxiété, par lesquelles ces croyances tendent à se manifester : c'est pourquoi l'efficacité de ces traitements se traduirait en termes de corrélats neurobiologiques par une normalisation de l'activité cérébrale dans ces zones.

Concernant la connectivité entre les zones cérébrales impliquées dans la dépression, il y aurait notamment des troubles de la connectivité dans les circuits frontolimbiques, qui sont envisagés comme un facteur d'émergence de la dépression (Boulanger et al., 2018, p. 303). Ces troubles de la connectivité sont en lien avec des anomalies de l'activité dans les zones concernées : par exemple des perturbations de la connexion entre certaines zones corticales et limbiques pourraient empêcher la modulation de l'activité de l'amygdale par le cortex (Drevets, 1999). De telles anomalies de connectivité et d'activité sont envisagées par ces travaux comme des corrélats de l'humeur dépressive, et de ses effets sur les émotions, les cognitions, et la motivation (Drevets, 2000). Les travaux de Mayberg ont été pionniers sur ce point : elle a montré des problèmes d'interactions dans un réseau distribué de connexions limbo-corticales, et ouvert des pistes pour articuler ces anomalies aux anomalies des structures et de l'activité dans les structures, en lien avec la symptomatologie psychologique de la dépression (Mayberg, 1997, 2007; Mayberg et al., 1999; Mayberg & Fossati, 2005). Les anomalies de la connectivité fronto-limbique typiques de la dépression s'accompagnent d'hypo ou d'hyperactivations de certaines zones chez certains patients, qui prédisent alors leur réponse aux traitements (Mayberg et al., 1997). Cela permet de suggérer le développement de traitements personnalisés, à l'aide de techniques comme la stimulation cérébrale profonde, concernant d'une part les problèmes de connectivité (Mayberg, 2003), et d'autre part les problèmes d'activité (Mayberg, 2009).

- Concernant la connectivité, ses déficits concernent particulièrement les connexions entre sept régions cérébrales : le cortex latéral préfrontal, le thalamus antérieur, le

cortex cingulaire antérieur, le cortex cingulaire subgénual, le cortex orbitofrontal, l'hippocampe et le cortex frontal médian. Le type de modifications des connexions limbiques et corticales différencie les patients qui répondent aux traitements et ceux qui n'y répondent pas : les non-répondants auraient des anomalies supplémentaires (Seminowicz et al., 2004). Il y aurait de plus des différences qualitatives dans les altérations de ces connexions, entre des personnes qui répondent davantage aux thérapies cognitives et comportementales et d'autres qui répondent comparativement davantage à la pharmacologie (Seminowicz et al., 2004).

- Concernant l'activité des zones concernées, elle est modulée par les déficits de connectivité : par exemple l'activité du cortex préfrontal dorso-latéral, impliqué dans le traitement de l'expérience émotionnelle, notamment dans les interactions entre les émotions et les cognitions, est modulée par les connexions limbo-corticales. Ce cortex préfrontal dorso-latéral est également le substrat de l'attention à l'environnement externe, si bien que des modifications de ces connexions pourraient expliquer, via une perturbation de l'activité de cette zone, que l'humeur dépressive s'accompagne de difficulté de régulation émotionnelle mais aussi de déficits plus larges des fonctions cognitives, notamment une baisse de l'attention et des capacités de concentration (Liotti & Mayberg, 2001).

Les perturbations fonctionnelles (d'activité et de connectivité) cérébrales observées dans la dépression permettent ainsi d'expliquer les altérations des fonctions cognitives induites par l'humeur dépressive : par exemple les déficits d'attention résulteraient en partie des perturbations du cortex préfrontal ; les déficits de flexibilité mentale, résultant eux-mêmes de déficits de l'attention et de l'inhibition (fonctions exécutives), résulteraient d'hypoactivations dans le cortex préfrontal et le cortex pariétal supérieur droit ; les déficits de mémorisation pourraient provenir d'une hyperactivité de l'amygdale qui favoriserait uniquement la mémorisation de souvenirs de valence émotionnelle négative (Boulanger et al., 2018, p. 307-308). D'autres perturbations, notamment dans le « circuit de la récompense », expliqueraient l'anhédonie et les déficits de motivation (Boulanger et al., 2018, p. 309).

Globalement, si l'on distingue plusieurs réseaux cérébraux, soit un réseau affectif, un réseau de la mémoire autobiographique, un réseau du contrôle cognitif, et un réseau de la saillance (détection de stimuli pertinents en fonction de ses buts), leurs variations respectives d'activité et les anomalies de leurs connexions peuvent être synthétisées : l'hyperactivité du réseau affectif traduit un emballement émotionnel négatif ; celle du réseau de la mémoire

autobiographique traduit l'orientation interne des processus psychiques, via l'introspection, la rumination, les biais attentionnels ; l'hypoactivité du réseau de la saillance et une augmentation de sa connectivité avec le réseau affectif traduisent une capacité diminuée au contrôle cognitif et à l'action dirigée vers un but ; de même que l'hypoactivité du réseau cognitif, qui perd également le contrôle sur le réseau de la mémoire autobiographique (Boulanger et al., 2018, p. 309-310). En résumé :

« On peut ainsi décrire schématiquement une hyperactivation des régions limbiques et de celles en relation avec le self, menant à un emballement émotionnel et au délaissement du monde externe pour une réalité interne biaisée. L'augmentation de connectivité entre ces deux régions pourrait traduire l'influence des affects dépressifs sur les processus psychiques relatifs à la notion de soi. D'autre part, il semble se dessiner un découplage entre ces régions hyperactives et des structures de plus haut degré d'intégration, hypoactives, n'exerçant plus leur contrôle négatif sur elles. » (Boulanger et al., 2018, p. 310).

Or les traitements, aussi bien pharmacologiques que psychologiques (et certaines techniques de stimulation cérébrale) sont efficaces pour renforcer le réseau de contrôle cognitif, ce qui peut faire disparaître les symptômes, mais deux de ses zones (cortex préfrontal dorsolatéral et cortex cingulaire antérieur dorsal) peuvent conserver une activité anormale, favorisant les rechutes et les récives (voire un trouble récurrent) (Boulanger et al., 2018, p. 355).

Ces recherches suggèrent donc, dans les termes de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » que l'humeur dépressive persistante aurait pour corrélats cérébraux une anomalie de connectivité et d'activité dans le « réseau affectif », correspondant globalement à un « emballement » de ce réseau ; ses effets sur les états mentaux et les fonctions cognitives seraient sous-tendus par les interactions entre ce réseau et d'autres réseaux cérébraux (via des perturbations de leur connectivité, et de l'activité dans les zones cérébrales constitutives de ces autres réseaux). Les perturbations du réseau affectif pourraient inclure les corrélats d'émotions négatives favorisées par cette humeur via les croyances dépressives qu'elle recrute et pousse à se manifester ainsi. Les liens fonctionnels entre ces corrélats cérébraux et ceux des déficits de fonctions cognitives suggèrent que les anomalies au niveau des corrélats de l'humeur dépressive pourraient entraîner celles qui concernent les corrélats des déficits de fonctions cognitives (fonctions exécutives, mémoire) : ces derniers seraient donc bien des effets de l'humeur dépressive. Les interactions entre le réseau affectif et les autres réseaux, notamment celui du contrôle cognitif qui « perd le contrôle » sur le réseau affectif, suggèrent tout autant que ces déficits de fonctions cognitives auraient bien un rôle causal en retour dans le maintien de l'humeur dépressive, éventuellement via un défaut de

régulation des émotions négatives (qui sont tout autant favorisées par cette humeur qu'elles la favorisent en retour). Dans la mesure où la perturbation des réseaux impliqués dans les fonctions cognitives par « l'emballlement » du réseau affectif favorise une activité cognitive spécifique (déficits attentionnels, introspection, rumination), on peut aller jusqu'à y voir un corrélat du fait que l'humeur dépressive rend certaines croyances « actives », c'est-à-dire les recrute et les pousse à se manifester : en effet ce type d'activité cognitive favorise le fait d'avoir davantage de cognitions spécifiques, des pensées négatives, donc éventuellement des jugements pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisants, actualisant les croyances dépressives, ainsi que leur caractère envahissant. De même la perturbation de l'activité du « réseau de la saillance » et de sa connectivité avec l'humeur dépressive, dans la mesure où il est impliqué dans l'activité dirigée vers un but, pourrait refléter non seulement le fait que l'humeur dépressive se manifeste en partie par une baisse de motivation globale, mais aussi le recrutement par l'humeur dépressive de croyances suscitant une conduite de renoncement à agir. Enfin les différences interindividuelles, suggérant de développer des traitements personnalisés, reflèteraient la variabilité des effets de l'humeur sur les fonctions cognitives et les états mentaux dans la mesure où l'intensité de l'altération des fonctions cognitives est variable, tout autant que la présence ou la fréquence des émotions et des jugements négatifs qu'elle tend à favoriser. Les traitements agissant directement sur l'activité cérébrale (ECT, rTMS, certains médicaments) pourraient permettre de faire disparaître l'humeur dépressive en normalisant l'activité du réseau affectif et sa connectivité avec les autres réseaux. Que les traitements agissant sur les croyances au niveau cognitif et comportemental soient d'autant plus efficaces que les anomalies sont moins grandes dans ces réseaux (réseau cognitif, réseau de la saillance, réseau de la mémoire) est cohérent avec l'hypothèse de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », selon laquelle ces traitements supposent la capacité de former de nouvelles croyances.

Les modifications neurohumorales de la dépression (concernant notamment les monoamines, les acides aminés, l'activité de l'axe du stress) commencent à être mises en relation avec les anomalies fonctionnelles et structurales (par exemple un excès de cortisol produit par l'axe du stress pourrait conduire à une diminution du volume de l'hippocampe) (Boulanger et al., 2018; Krebs et al., 2010). L'hypothèse explicative de la dépression la plus ancienne à ce niveau, rendant compte de l'efficacité des antidépresseurs, est celle de perturbations de systèmes de régulation de certains monoamines (la sérotonine, la

noradrénaline, la dopamine) qui sont des neurotransmetteurs. Ces perturbations se traduisent par des concentrations anormales de ces neurotransmetteurs notamment au niveau des synapses. Elles s'expliqueraient par des anomalies des récepteurs (protéines membranaires) des monoamines, de leurs transporteurs (protéines intra-synaptiques), de la conduction nerveuse le long des axones, ou des enzymes de synthèse et de dégradation de ces molécules (les catécholamines, la monoamine oxydase) (Gauthier et al., 2018, p. 341-343). Les déficits synaptiques de monoamines se traduisent par des perturbations de l'activité psychomotrice ou végétative, par de l'anhédonie, et par des perturbations de l'activité cérébrale comme l'augmentation de l'activité du réseau affectif et la diminution de celle du réseau cognitif pour ce qui est de la sérotonine, et plus particulièrement la baisse de l'attention portée à l'environnement dans le cas de la noradrénaline (Boulanger et al., 2018, p. 304). Ces perturbations neurochimiques, qui sont la cible thérapeutique des antidépresseurs, peuvent être envisagées, du point de vue de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », comme des causes et des corrélats de l'humeur dépressive, entraînant le type d'activité cérébrale qui pourrait en être corrélative et causer ses effets sur les fonctions cognitives, mais expliquant aussi par ailleurs certaines de ses manifestations corporelles et comportementales (perturbations végétatives, psychomotrice, baisse de motivation).

D'autres perturbations neurochimiques dans la dépression ne concernent pas les monoamines mais les acides aminés, particulièrement le GABA (neurotransmetteur inhibiteur) et le glutamate (neurotransmetteur excitateur) : ils seraient en défaut dans certaines zones préfrontales et occipitales pour le premier, et dans le cortex cingulaire antérieur, et le cortex préfrontal médian pour le second³⁹¹ (Boulanger et al., 2018, p. 305; Gauthier et al., 2018, p. 347). La kétamine serait ici efficace en favorisant la libération de glutamate (Boulanger et al., 2018, p. 305; Gauthier et al., 2018, p. 347). Ces perturbations et ce traitement seraient donc impliqués dans les corrélats cérébraux de l'humeur dépressive ou de ses effets sur les fonctions cognitives.

L'hypothèse neuro-endocrinienne concerne un dérèglement de la voie hypothalamo-hypophyso-surrénalienne qui réagit au stress (axe du stress), conduisant à un excès de cortisol, ce qui semble être un facteur de la dépression, et aurait des répercussions cérébrales, notamment une diminution de la neurogenèse au niveau de l'hippocampe, donc du volume de

³⁹¹ Cependant le glutamate, dont la libération est favorisée par le stress, peut par ailleurs être en excès dans le sang, ou le liquide céphalorachidien des patients dépressifs, auquel cas il a des effets neurotoxiques (Krebs et al., 2010, p. 357)

celui-ci (Gauthier et al., 2018, p. 344). Dans la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » cela se comprend comme le fait que le stress, ou l'anxiété, soit une cause possible de l'humeur dépressive. L'hypothèse neuro-inflammatoire met également en jeu l'axe du stress, dans la mesure où celui-ci peut déclencher des réponses immunitaires inflammatoires, et qu'il est en retour stimulé par certaines molécules pro-inflammatoires (cytokines), entraînant une élévation du cortisol (Boulangier et al., 2018, p. 305). Les infections induisant une réponse inflammatoire, ou bien une telle réponse suscitée par d'autres facteurs comme des facteurs de stress, pourraient dès lors entraîner des symptômes dépressifs via le stress. Mais les perturbations neuro-inflammatoires seraient aussi un facteur direct de dépression via des mécanismes comme l'activation de la microglie (cellules immunitaires cérébrales) par les cytokines pro-inflammatoires : l'hyper-activation de la microglie serait néfaste au fonctionnement cérébral, notamment au niveau de l'hippocampe, entraînant elle-même une inflammation qui altère la neurogenèse et la neuroplasticité de manière à induire des symptômes dépressifs (Gauthier et al., 2018, p. 345). La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » situe ces hypothèses étiologiques neuro-endocriniennes d'une part au niveau des facteurs de l'humeur dépressive, qui pourraient inclure le stress et les infections suscitant un état inflammatoire en partie constitutif de cette humeur ; cet état inflammatoire donnerait lieu à une humeur dépressive lorsqu'il s'accompagnerait des autres manifestations et effets de celle-ci au niveau du corps, du comportement et des états mentaux du fait d'avoir induit certaines perturbations neurochimiques, avec des conséquences au niveau cérébral.

b. Les modèles comportementaux et cognitifs

Les modèles comportementaux comme ceux de Wolpe (Wolpe, 1990) et de Lewinsohn (Lewinsohn, 1974a, 1974b; Lewinsohn et al., 1970; Lewinsohn & Atwood, 1969), se sont développés en abordant la dépression comme un comportement à proprement parler, puisqu'ils s'agissait d'une réaction comportementale à des facteurs environnementaux, expliquée sans faire appel à des états cognitifs, donc sans la décrire en termes d'intentionnalité, donc de conduite et d'actions (plutôt que de comportement). Ces modèles, en particulier celui de Lewinsohn, faisaient intervenir d'une part des événements extérieurs, par exemple des traumatismes anciens ou présents créant des vulnérabilités à la dépression, et

des événements de vie stressants qui en seraient des causes directes, et d'autre part la notion de renforcement du comportement : la dépression s'expliquerait par des circonstances environnementales avec peu de facteurs de renforcement positif et des facteurs de renforcement négatifs, mais aussi par une diminution de l'efficacité des facteurs de renforcement (augmentation de la sensibilité du sujet aux expériences négatives après une multiplication de celle-ci, diminution symétrique de sa sensibilité aux expériences positives) (Desseilles, 2010, p. 36).

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », en faisant intervenir des croyances dépressives recrutées et poussées à se manifester par l'humeur dépressive, amende ces modèles comportementaux, comme l'ont fait historiquement les modèles cognitifs, en reformulant leurs explications du « comportement dépressif », en termes de « conduite dépressive ». Les circonstances environnementales favorisant la dépression, envisagées par ces modèles, seraient dès lors des circonstances où l'on forme des croyances dépressives, ou bien une humeur dépressive (engendrée ou non par la formation de ces croyances) qui vient recruter des croyances dépressives formées précédemment dans des circonstances similaires, et les pousse à se manifester au niveau du guidage de l'action et de l'orientation des états mentaux.

Les modèles cognitifs sont historiquement partis d'une critique des modèles comportementaux montrant que le « comportement » dépressif était en partie une conduite, ne se limitant pas à une baisse d'activité traduisant une baisse de motivation, mais faisant aussi intervenir un renoncement délibéré à agir motivé par certains états mentaux. Or dans ces modèles, ces états mentaux sont principalement des croyances erronées, qui ont été mal formées du fait de défaillances cognitives. Rappelons que ces modèles sont principalement³⁹² : la théorie de l'impuissance apprise de Seligman qui caractérise la dépression comme une conduite de renoncement à agir en raison de croyances pessimistes (Seligman, 1975), la révision de cette théorie par Seligman et Abramson qui explique l'impuissance apprise par l'attribution de causes stables et globales (internes ou externes) à des échecs répétés, induisant la croyance dans une vanité de l'action individuelle (Abramson et al., 1978; Seligman et al., 1979), la théorie du désespoir d'Abramson qui explique le renoncement à agir par des croyances anticipatrices à propos du caractère improbable de situations ou événements futurs

³⁹² Il existe d'autres modèles cognitifs historiques : le modèle de l'autocontrôle, le modèle de la résolution de problèmes interpersonnels, l'hypothèse de l'activation différenciée ou encore la théorie de l'esprit-en-place (Desseilles, 2010, p. 37).

positifs et du caractère probable de situations ou événements négatifs (Abramson et al., 1989, 1995; Alloy et al., 1988), et la théorie des distorsions cognitives de Beck, qui explique la conduite dépressive et les états mentaux, émotions et cognitions, par des croyances erronées formées à cause de ces distorsions (Beck, 1963, 1964, 1970, 1979, 2017). Ces modèles font tous intervenir, explicitement ou non, des croyances, qui se manifestent au niveau de la conduite et des états mentaux, émotions et cognitions, puisque c'est dans la formation de croyances que consistent les représentations de la réalité, ou attributions de causes à des événements, par lesquels ces modèles expliquent causalement la conduite et les états mentaux. Comment la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » se situe-t-elle par rapport à ces modèles ? Elle explique également la conduite et les émotions et cognitions typiques de la dépression par certaines croyances. Il s'agit plus précisément d'une combinaison de croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes à l'égard de la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations, alors que ces modèles n'affirment pas tous la combinaison de ces trois types de croyances (par exemple le modèle de « l'impuissance apprise » s'en tient aux croyances pessimistes). Elle se différencie surtout de ces modèles sur deux points.

Premièrement ces modèles sont des modèles étiologiques de la dépression : la formation de ces croyances serait la cause de la dépression. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » n'affirme pas cela, d'une part parce qu'elle conçoit la dépression comme un état dépressif global pathologique conjointement induit par ces croyances et par l'humeur dépressive, et d'autre part parce que les causes de l'humeur dépressive elle-même ne sont pas nécessairement de telles croyances. Or ces modèles cognitifs font des croyances dépressives les causes de la dépression dans son ensemble, étant notamment les causes de l'humeur dépressive, selon Beck (1964) ou des différentes émotions négatives constitutives du désespoir en tant que système d'anticipations formés de croyances et d'émotions selon Abramson (1988 ; 1989).

Deuxièmement, ces modèles étiologiques de la dépression tendent à considérer ces croyances comme étant erronées, les causes de la dépression étant dès lors les causes de ce caractère erroné : en particulier, dans le modèle de Beck, il s'agit des distorsions cognitives en cause dans le caractère erroné de ces croyances (Beck, 1963, 1964, 1970, 1979, 2017). Or la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » n'affirme pas le caractère nécessairement erroné de ces croyances, et reste neutre sur les causes de leur formation, même si celles-ci pourraient tout à fait inclure des déficits cognitifs menant à des croyances

erronées. Cette théorie montre que ces croyances sont objectivement préjudiciables du fait de leurs effets sur la conduite et les états mentaux, en laissant de côté la question de savoir si elles sont justes ou erronées. Cette théorie ne s'intéresse pas à l'étiologie de ces croyances, mais à celle de l'état dépressif global, qui fait intervenir ces croyances ainsi que l'humeur dépressive qui leur confère un rôle causal problématique.

c. Les événements de vie stressants et les facteurs sociaux de la dépression

Les événements de vie stressants susceptibles de favoriser ou causer la dépression sont des événements qui affectent négativement la personne, en dégradant objectivement sa situation, mais surtout en étant subjectivement envisagés comme négatifs, en causant de la souffrance affective et en étant évalués comme une perte, un échec ou toute autre situation défavorable, qui entraîne de mauvaises perspectives futures. Deux types d'événements de vie stressants ont un rôle causal à l'égard de la dépression : des événements de vie passés, notamment survenus dans l'enfance, qui créent une vulnérabilité à la dépression, et des événements de vie contemporains de l'épisode dépressif, ou le précédant immédiatement, qui semblent causer la dépression dans un grand nombre de cas (Étain, 2018; Gorwood, 2018; Gorwood et al., 2010). Les événements de vie passés qui rendent vulnérable à la dépression sont notamment ceux qui ont causé de la souffrance affective voire un traumatisme dans l'enfance, comme un style parental insécurisant, *a fortiori* de la maltraitance, des abus sexuels, et le décès précoce d'un parent, un divorce, etc. (Étain, 2018; Gorwood, 2018; Gorwood et al., 2010). Cependant les antécédents de traumatisme dans l'enfance ne constituent pas un facteur de risque spécifique de la dépression car ils favorisent toutes les maladies psychiatriques (Étain, 2018, p. 337). Les événements de vie contemporains ou récents sont une cause majeure de déclenchement de l'épisode dépressif : les personnes diagnostiquées et prises en charge rapportent trois fois plus d'événements de vie stressants dans les six mois ayant précédé le début de l'épisode dépressif qu'en population générale (Gorwood, 2018, p. 317; Gorwood et al., 2010, p. 367), et 60% des cas de premier épisode dépressif sont précédés d'un ou plusieurs événements de vie stressants (Gorwood et al., 2010, p. 367). Ces événements peuvent être ponctuels (un décès, un divorce...), ou être des difficultés au long cours (difficultés économiques, interpersonnelles...), et leur maintien ou leur récurrence favorise la récurrence du trouble dépressif (Gorwood, 2018, p. 318).

Une des pistes d'explication du rôle causal des événements de vie stressants à l'égard de la dépression est biologique : ces événements causeraient une suractivation de l'axe du stress (axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien), dont nous avons vu qu'il peut induire une dépression, notamment à cause du caractère neurotoxique d'un excès de cortisol, tandis que le dérèglement de l'axe du stress suite à un premier événement de vie stressant, ou à un stress chronique pourrait entraîner une vulnérabilité accrue à long terme au stress et dès lors à la dépression (Étain, 2018; Gorwood, 2018). De plus, des facteurs génétiques favorisent une vulnérabilité au stress via certaines spécificités anatomiques et neurochimiques de l'axe du stress ; ces facteurs pourraient se combiner avec des facteurs environnementaux et développementaux dans des explications épigénétiques et développementales de cette vulnérabilité au stress et donc à la dépression (Étain, 2018; Gorwood, 2018). Du point de vue de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », cette explication rejoint celle selon laquelle le stress (l'anxiété) peut causer une humeur dépressive, éventuellement parce que ses corrélats neurobiologiques peuvent induire le type de perturbations corrélatives de cette humeur (dont les manifestations sont les manifestations de cette humeur).

Les événements de vie stressants peuvent aussi être abordés non du point de vue de leurs conséquences biologiques, via l'axe du stress, mais du point de vue du type spécifique d'événements de vie stressants qui provoquent la dépression (plutôt qu'un trouble anxieux par exemple), et des facteurs sociaux qui les favorisent, apparaissant dès lors comme des facteurs sociaux de la dépression. C'est l'idée directrice de l'enquête de Brown et Harris sur « les origines sociales de la dépression » (Brown & Harris, 2012) : cette enquête a fait date et ouvert le champ des modèles sociologiques de la dépression. Ces sociologues ont procédé à une enquête longitudinale de grande ampleur dans le quartier londonien de Camberwell en 1969-1971 et 1974-1975, qui a montré que les femmes de la classe ouvrière avaient beaucoup plus de risques de tomber en dépression que des femmes d'autres milieux sociaux, toutes choses égales par ailleurs. C'est parce que la classe sociale est un facteur social corrélé à des facteurs causant directement la dépression (événements de vie aversifs, difficultés importantes), et plus encore aux facteurs de vulnérabilité à la dépression, ainsi qu'à des facteurs influant sur la formation des symptômes donc la sévérité de la dépression :

« En résumé : les différences liées à la classe sociale face au risque de dépression sont en partie dues au fait que les femmes du milieu ouvrier font face à des événements de vie plus graves et à des difficultés plus grandes, en particulier quand elles ont des enfants ; les problèmes concernant leur logement, leurs finances, leur mari, et leur enfant (sans inclure ceux qui ont rapport à la santé) sont particulièrement importants. [...] Mais les différences de classe dans la dépression sont majoritairement dues à la plus grande probabilité pour une

femme du milieu ouvrier de posséder un ou plusieurs des quatre facteurs de vulnérabilité, plutôt qu'à un risque plus élevé d'être confrontée à un agent provocateur. »³⁹³ (Brown & Harris, 2012, p. 279)

Ces auteurs formulent plusieurs conclusions importantes à l'issue de leur enquête :

- Premièrement, c'est la perception des événements de vie comme particulièrement négatifs qui en fait des causes de la dépression, donc leur appréciation subjective, affective et cognitive, leur signification pour la personne (Brown & Harris, 2012, p. 273; 276; 281; 286-287).
- Deuxièmement, de ce point de vue, ce sont les événements qui sont évalués comme menaçant à long terme la situation de la personne qui sont particulièrement susceptibles d'être la cause directe d'une dépression, davantage que des événements en apparence plus graves mais dont les conséquences sont seulement à court terme (mort d'un enfant) : c'est ce qui fait que les événements en question sont généralement une perte (décès, divorce...), ou la menace d'une perte (maladie d'un proche, difficultés maritales...), ou une déception.

*« Le changement en lui-même n'a pas d'importance – tout est affaire de signification des événements. Plus précisément, les événements qui impliquaient seulement une menace à court terme, même s'ils étaient susceptibles d'entraîner un tourment émotionnel considérable (par exemple un enfant mourant), ne contribuaient pas au déclenchement de la dépression, du moins au sens d'augmenter la proportion des femmes dépressives qui étaient concernées par un effet causal. Seuls les événements impliquant une menace à long terme, durant au moins une semaine mais souvent beaucoup plus longtemps, étaient significatifs. Aucun autre aspect des événements n'était plus significatif une fois qu'une telle menace avait été prise en compte. Des mesures détaillées des changements dans la routine et les contacts sociaux étaient sans lien avec le risque de dépression – c'est-à-dire que la proportion d'événements impliqués dans un effet causal ne pouvait pas être supérieure à celle obtenue pour les événements graves une fois que ces aspects avaient été pris en compte. Pour qu'un changement ait une importance, il devait être associé avec une menace à long terme qui quant à elle impliquait en général une perte et une déception. »*³⁹⁴ (Brown & Harris, 2012, p. 275)

³⁹³ “In summary: some of the social class difference in risk of depression is due to the fact that working-class women experience more severe life-events and major difficulties, especially when they have children; problems concerning housing, finance, husband, and child (excluding those involving health) are particularly important. [...] But most of the class difference in depression is due to the greater likelihood of a working-class woman having one or more of the four vulnerability factors and not to their greater risk of experiencing a provoking agent.” (Brown & Harris, 2012, p. 279)

³⁹⁴ “There has been a good deal of debate about what it is about life events that plays an etiological role in illness. Some have argued that change itself is enough (e.g. Dohrenwend, 1973; Rahe, 1969) but probably most have emphasized the importance of the meaning of events (e.g. Lazarus, 1966; Mechanic, 1962). The Camberwell research gives an unequivocal answer - at least for depression. Change in itself is of no importance - everything turns on the meaningfulness of events. Furthermore, events involving only short-term threat although they could bring considerable emotional torment (a child nearly dying), did not contribute to the onset of depression, at least in the sense of increasing the proportion of depressed women who were involved in a causal effect. It was only events involving long-term threat, lasting at least a week but usually a great deal longer, that were significant. No other aspect of events was found to be significant once such a threat had been

- A ce type d'événements de vie s'ajoutent, comme causes directes de la dépression, des difficultés de long terme sans perspective d'amélioration (Brown & Harris, 2012, p. 276).
- Les facteurs de vulnérabilité à la dépression sont d'une part des aspects de la situation de la personne contemporaine de sa dépression, comme le support social dont elle bénéficie, notamment le fait qu'elle ait ou non un lien étroit avec son mari ; d'autre part ce sont des événements passés, en particulier dans l'enfance, notamment la perte de la mère avant l'âge de onze ans (Brown & Harris, 2012, p. 278-283).
- Tout autant que les événements causant directement la dépression et les facteurs de vulnérabilité, les facteurs influant sur la formation des symptômes, donc la sévérité, le cours de la dépression, ses caractéristiques distinctives, sont corrélées à la classe sociale ; cela rend les femmes du milieu ouvrier plus à risque d'avoir des dépressions sévères ou récurrentes, d'autant plus si elles ont des antécédents d'épisodes dépressifs ou subi une séparation dans l'enfance (Brown & Harris, 2012, p. 279; 284-285).

Du point de vue de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », il y a deux manières d'envisager le rôle causal des événements de vie à l'égard de la dépression :

Premièrement ces événements peuvent favoriser l'émergence et l'installation d'une humeur dépressive en activant certains mécanismes neurobiologiques, comme ceux de l'axe du stress ; des événements passés peuvent de plus avoir induit une vulnérabilité à cela.

Deuxièmement ces événements peuvent favoriser la formation de croyances dépressives, qu'il s'agisse d'événements contemporains, ou d'événements passés ayant conduit à la formation de ces croyances par le passé. Dans le modèle de Brown et Harris (Brown & Harris, 2012), le fait que ce soit la signification subjective des événements de vie qui importe, et que ce soit particulièrement des événements menaçant la situation de la personne à long terme qui puissent causer la dépression, suggère fortement que ce qui joue un rôle causal à l'égard de la dépression est alors la formation de croyances pessimistes,

taken into account. Detailed measures of changes in routine and in social contacts were unrelated to risk of depression - that is the proportion of events shown to be involved in a causal effect could not be increased over and above that obtained for severe events alone when these aspects were taken into account. For change to be important it had to be associated with long-term threat which in turn usually involved loss and disappointment.” (Brown & Harris, 2012, p. 275)

défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation de bien-être minimal.

Dès lors plusieurs cas de figure sont possibles du point de vue de cette théorie, en termes d'explication d'une dépression par ces événements de vie stressants corrélés à des facteurs sociaux. Par exemple :

- Des croyances dépressives ont été formées par le passé suite à de tels événements, et de nouveaux événements de vie présents induisent, via l'axe du stress, une humeur dépressive, qui recrute alors ces croyances, et les rend davantage susceptibles de se manifester. En se manifestant (dans la conduite et les états mentaux) ces croyances entretiennent en retour l'humeur dépressive ; la persistance de l'humeur dépressive rend les croyances dépressives intangibles et étend leur gouvernance cognitive, induisant un état dépressif global préjudiciable, pathologique au sens que j'ai adopté d'après Nordenfelt (2000). A ce stade, les croyances dépressives sont auto-réalisatrices.
- Des événements de vie stressants induisent à la fois la formation de croyances dépressives (via des émotions et jugements occurrents) et d'une humeur dépressive (par exemple via l'axe du stress) ; cela peut être favorisé par une vulnérabilité à la dépression qui est en fait une tendance accrue à former de telles croyances et une telle humeur, vulnérabilité qui a été créée par des événements de vie stressants survenus par le passé, notamment dans l'enfance (par exemple des schémas cognitifs fallacieux concernant la formation des croyances, et une tendance à une suractivation de l'axe du stress à cause d'événements ayant impacté l'expression des gènes qui en sont responsables au cours du développement, concernant la formation de l'humeur dépressive). Cette humeur « active » ces croyances, qui, en se manifestant, l'entretiennent en retour ; etc.

d. L'approche évolutionniste de la dépression

Les modèles évolutionnistes de la dépression cherchent à l'expliquer comme un phénotype, ou comme la conséquence de l'expression de certains traits phénotypiques, qui ont été retenus par la sélection naturelle parce qu'ils étaient avantageux pour leurs porteurs en

termes de survie et de reproduction³⁹⁵. Ces modèles abordent la dépression comme une « réponse comportementale » (Price et al., 1994; Watson & Andrews, 2002), ou comme un processus cognitif (Andrews & Thomson Jr., 2009; Watson & Andrews, 2002), ou encore comme un état affectif (la tristesse, l'humeur dépressive ou humeur basse...) (Horwitz & Wakefield, 2007; Nesse, 2009). De plus ils montrent ou bien qu'elle possède une fonction adaptative (évolutive), ou bien qu'elle est, au moins dans certains cas, l'expression dysfonctionnelle de ce comportement, ce processus cognitif ou cet état affectif ; ou encore ils adoptent une position intermédiaire qui l'explique en termes de variabilité phénotypique interindividuelle³⁹⁶ (Mouchabac, 2006, 2008).

Les modèles évolutionnistes qui présentent la dépression comme une réponse fonctionnelle à certains facteurs environnementaux sont notamment les modèles de la « navigation sociale » (Watson & Andrews, 2002) et de la « compétition sociale » (Price et al., 1994). Ces modèles³⁹⁷ présentent des limites et rencontrent différentes critiques. Par exemple, le modèle de la « navigation sociale » est critiqué par Nettle notamment parce que, contrairement à ce qu'il prévoit, la dépression ne permet pas de résoudre les problèmes sociaux rencontrés : la fonction supposée de « rumination sociale » ne semble pas remplie, les ruminations dépressives n'aboutissant pas à des solutions bénéfiques pour l'individu, et la

³⁹⁵ Ces modèles s'inscrivent dans l'approche de la « médecine darwinienne » proposée par Nesse et Williams (Nesse et al., 1995; Nesse & Williams, 1998) : celle-ci consiste à expliquer les maladies par leurs causes « distales », c'est-à-dire les facteurs évolutifs responsables du fait que les traits qu'elles mettent en jeu ont été hérités de la sélection naturelle, plutôt que par leurs causes « proximales », c'est-à-dire les mécanismes directement impliqués dans leur déclenchement et leur cours. Cela revient à aborder la maladie en posant la question « pourquoi ? » plutôt que « comment ? » la maladie arrive. Cela peut amener à découvrir que certains états que nous tenons pour des états de maladie parce qu'ils sont préjudiciables à court terme pour l'individu, remplissent une fonction adaptative : c'est par exemple le cas des « défenses évoluées », comme la fièvre, qui accompagne des processus par lesquels l'organisme défend sa survie (Nesse, 2009; Nesse et al., 1995; Nesse & Williams, 1998). Certains états sont devenus préjudiciables voire désavantageux pour la survie et la reproduction dans notre environnement contemporain alors qu'ils étaient avantageux dans l'environnement où la sélection naturelle s'est exercée sur les traits humains : cette approche parle alors d'une inadéquation à l'environnement (« *evolutionary mismatch* »). D'autres traits sont désavantageux mais sont les corrélats nécessaires d'autres traits suffisamment avantageux pour avoir été conservés : c'est le cas des compromis (« *tradeoffs* ») évolutifs (Nesse, 2009; Nesse et al., 1995; Nesse & Williams, 1998). Enfin certains traits peuvent augmenter les chances de reproduction au détriment de la santé et de la survie individuelle à long terme (Nesse, 2009; Nesse et al., 1995; Nesse & Williams, 1998). A cela s'ajoutent des contraintes sur la sélection naturelle et le fait que des agents pathogènes, par exemple infectieux, peuvent évoluer plus rapidement que notre espèce (Nesse, 2009; Nesse et al., 1995; Nesse & Williams, 1998).

³⁹⁶ Au chapitre VI, j'ai présenté le modèle de Nettle qui adopte cette dernière voie : il considère que la dépression résulte de l'expression extrême d'un trait phénotypique, le névrosisme, qui procure un avantage sélectif sous des formes moins extrêmes, ne favorisant pas la dépression, et dont les formes plus ou moins extrêmes suivent une répartition normale dans la population (Nettle, 2004).

³⁹⁷ Je les ai présentés au chapitre VI en discutant du caractère « internaliste », plutôt que « externaliste » de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », en termes de conception du trouble psychiatrique.

fonction de « motivation sociale » n'est pas non plus nécessairement remplie, le phénotype dépressif étant susceptible de conduire à l'isolement plutôt que d'attirer le soutien social (Nettle, 2004). Cette critique s'applique aussi au modèle de la rumination sur des problèmes complexes qui envisage la dépression de façon plus centrale comme un processus de rumination que comme un comportement (Andrews & Thomson Jr., 2009). De même on peut douter que le modèle de la « compétition sociale » (Price et al., 1994) s'applique correctement, car il n'est pas sûr que la conduite dépressive soit véritablement avantageuse pour la survie dans un environnement de compétition sociale intense : les adversaires triomphants n'épargnent pas nécessairement le perdant dépressif, et ses partenaires éventuels ne sont pas toujours à même de l'aider à sortir de son état dépressif.

Les critiques de Nettle (Nettle, 2004) à l'encontre des modèles évolutionnistes qui veulent rendre compte de la dépression comme étant fonctionnelle, comme remplissant correctement une fonction adaptative ou évolutive, sont assez décisives : elles montrent qu'il est très difficile d'envisager la dépression comme procurant un avantage adaptatif du fait duquel elle aurait été retenue par la sélection naturelle. Nettle souligne notamment qu'un trait adaptatif tend à se généraliser dans la population et que la variabilité de son héritabilité finit par avoisiner zéro : or ce n'est pas le cas de la dépression, à laquelle tous les individus ne sont pas vulnérables, et qui possède une héritabilité réduite (Nettle, 2004). Une autre critique formulée par Nettle est qu'un trait adaptatif se manifeste quand les conditions dans lesquelles il procure un avantage adaptatif sont réunies, et uniquement dans ces conditions : or la dépression ne remplit pas ces conditions car elle est un trouble qui se chronicise ou devient récurrent dans environ un tiers des cas (Nettle, 2004). Enfin, si un trait est adaptatif, les individus qui ne l'ont pas devraient être désavantagés, en termes de survie et de reproduction, par rapport aux individus qui l'ont : or ce n'est clairement pas le cas de la dépression, qui accroît au contraire significativement la mortalité des individus (Nettle, 2004).

Qu'en est-il des modèles évolutionnistes dans lesquels la dépression est au moins dans certains cas l'expression dysfonctionnelle d'un certain trait ou ensemble de traits phénotypiques, c'est-à-dire échouant à remplir leur fonction adaptative ? J'ai écarté celui de Horwitz et Wakefield (Horwitz & Wakefield, 2007) parce qu'il présente la dépression comme une forme pathologique de tristesse, or j'ai rejeté l'identification de l'humeur dépressive à une humeur triste : dans la théorie des « croyances dépressives actives » pour la dépression, la tristesse est plutôt la cause ou bien la conséquence de l'humeur dépressive. Le modèle de Nesse (Nesse, 2009) aborde en revanche la dépression comme une « humeur basse »

dysfonctionnelle : il la définit comme la version dysfonctionnelle, en termes de fonction adaptative, d'un état affectif spécifique, bien distinct de la tristesse, qui est l'humeur basse ou humeur dépressive. Nesse part de la thèse selon laquelle les émotions et les humeurs ont une fonction adaptative : elles confèrent un avantage sélectif à l'organisme en modifiant certains de ses paramètres physiologiques et cognitifs pour le préparer à réagir de façon à être préservé dans certaines situations rencontrées de façon typique au cours de l'évolution (Nesse, 2009, p. 21). Les émotions et humeurs négatives permettraient en particulier de réagir correctement à des situations de perte ou de menace (Nesse, 2009, p. 22). Nesse souligne que l'humeur est régulée en fonction de stimuli environnementaux spécifiques : elle tend à s'élever lorsque l'on progresse vers ce que l'on souhaite atteindre, et à s'abaisser en l'absence d'un tel progrès (Nesse, 2009, p. 22). L'utilité d'une humeur basse, du point de vue des changements physiologiques et cognitifs dont elle s'accompagne, est alors de préparer la personne à une conduite adéquate à un environnement peu propice à la réalisation de ses buts, dans lequel il serait risqué d'avoir une conduite plus expansive, susceptible d'entraîner des pertes – donc d'éloigner d'autant plus de la réalisation des buts (Nesse, 2009, p. 23). L'humeur basse aurait ainsi pour fonction adaptative de motiver la personne à une attitude de retrait, de préservation de ses ressources, et de reconsidération de ses options, dans une situation où ses efforts pour atteindre ses buts échouent, ces efforts étant déployés dans un environnement où ils ont peu de chances d'être couronnés de succès (Nesse, 2009, p. 23). L'avantage sélectif que l'humeur en général, haute ou basse, procure, est qu'en régulant un profil d'investissement des ressources de l'organisme en fonction du caractère plus ou moins propice de l'environnement, elle lui permet de minimiser ses pertes lorsque l'environnement est peu propice et de maximiser ses gains lorsqu'il est très propice :

« La réponse la plus générale est : l'humeur régule un profil d'investissement des ressources en fonction de la "propiciété" (Nesse, 1991, 1999b, 2000). Dans un environnement propice, de petits investissements procurent des gains importants, de sorte qu'une humeur élevée et une prise de risque augmentent le niveau d'aptitude [fitness]. Dans un environnement non propice, les coûts et les risques sont plus grands que les bénéfices, de telle sorte que ce sont une humeur basse et de l'anxiété qui augmentent le niveau d'aptitude [fitness]. »³⁹⁸ (Nesse, 2009, p. 24)

Dès lors les individus les plus capables de se désengager de buts inatteignables seraient les moins prônes à être d'humeur dépressive, tandis que les moins capables de cela

³⁹⁸ "The most general answer is: mood regulates patterns of resource investment as a function of propitiousness (Nesse, 1991; 1999b; 2000). In a propitious environment, small investments offer big payoffs, so high mood and risk-taking increase fitness. In an unpropitious environment, costs and risks are greater than benefits, so low mood and anxiety increase fitness." (Nesse, 2009, p. 24)

seraient les plus prônes à une humeur basse persistante et donc à la dépression (Nesse, 2009, p. 23-24). L'humeur basse doit conduire à stopper ses efforts envers un but inatteignable et à chercher de nouveaux moyens d'atteindre ce but voire à changer de but³⁹⁹ (Nesse, 2009, p. 24). La dépression correspond donc à une version dysfonctionnelle de cette humeur basse, dans laquelle celle-ci se maintient, l'individu ne parvenant pas à se désengager de buts inatteignables : le maintien de cette humeur entraîne un préjudice et finit par menacer la survie de l'individu, tandis qu'elle échoue à remplir sa fonction qui serait de le pousser à se désengager de ces buts. Comment cet échec de l'humeur dépressive à remplir sa fonction adaptative s'explique-t-il ? Nesse envisage plusieurs pistes :

- L'environnement contemporain susciterait fréquemment une humeur dépressive et la rendrait persistante notamment en favorisant des situations dans lesquelles les individus sont engagés à la poursuite de buts complexes de façon durable (Nesse, 2009, p. 25).
- Cet environnement contiendrait des agents biologiques susceptibles d'induire cette humeur, notamment des agents infectieux induisant un état inflammatoire qui lui-même induit cette humeur (Nesse, 2009, p. 25).
- Des contraintes auraient pesé sur la sélection naturelle de manière à ce que le trait complexe consistant dans la capacité de régulation des humeurs soit variable, et s'exprime sous une version extrême, préjudiciable, chez certains individus (Nesse, 2009, p. 26).
- Un compromis évolutif pourrait expliquer une tendance à ne pas se désengager de certains buts inatteignables et à avoir une humeur dépressive persistante : continuer à poursuivre de tels buts pourrait conduire dans certains cas à des succès, ce qui rendrait cette tendance suffisamment avantageuse statistiquement pour qu'elle se soit maintenue (Nesse, 2009, p. 26).

³⁹⁹ A ce titre elle diffère de la tristesse qui adapte la conduite à la réparation d'une perte, mais elles sont liées car la perte peut avoir pour conséquence de rendre un but inatteignable et justifier une réallocation de ses ressources, à laquelle prépare l'humeur dépressive : *"Note that low mood is elicited not by stress or losses, but by inability to make progress towards an important goal. After a loss, sadness can improve coping and prevent additional losses (Nesse, 2005a). Sadness and low mood are phenomenologically similar, and they are often associated because losses often disrupt strategies for getting crucial resources, but they correspond to different situations."* De même pour l'anxiété qui prépare à réagir à la menace d'une perte (Nesse, 2009, p. 24).

Comment la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » permet-elle d'envisager ces différents modèles évolutionnistes ? Tout d'abord, elle aborde la dépression en termes de préjudice pour l'individu, ce préjudice consistant dans une incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal, ce qui la définit comme pathologique : cette théorie est donc incompatible avec le fait que ces modèles évaluent le caractère « pathologique » ou non de la dépression relativement à la fonction adaptative d'un trait psychologique (comportement, processus cognitif, état affectif). La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » peut envisager l'incapacité de second ordre à atteindre un bien-être minimal comme conférant un caractère dysfonctionnel à l'humeur dépressive et aux croyances dépressives qui l'entraîne, mais ce caractère dysfonctionnel n'est alors pas relatif à une fonction adaptative des états ou traits psychologiques concernés. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » reste donc neutre quant à cette éventuelle fonction évolutive, dont la détermination semble en partie spéculative dans ces modèles⁴⁰⁰.

A ce titre elle est compatible avec le modèle de Nettle (Nettle, 2004) dans la mesure où le « névrotisme » peut être envisagé comme un trait de personnalité qui dispose particulièrement à être d'humeur dépressive : mais chez les personnes fortement névrotiques, la dépression ne surviendrait que dans le cas où leur humeur dépressive recruterait des croyances dépressives, les rendrait intangibles, et augmenterait leur gouvernance cognitive. De la même manière elle est compatible avec le modèle de Nesse (2009) qui prête une fonction adaptative à l'humeur dépressive, celle de conduire à se désengager de certains buts. Cela est cohérent avec la définition fonctionnaliste de l'humeur dépressive adoptée dans la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », puisque l'humeur y est définie comme un état affectif qui recrute des croyances dans l'impossibilité d'atteindre une situation où ses aspirations personnelles seraient satisfaites, croyances qui se manifestent avant tout par une conduite de renoncement à agir. Comme le modèle de Nesse (2009), la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » conçoit la dépression comme un état dépressif problématique, induit par la persistance de l'humeur dépressive. Mais cette théorie explique plus précisément que c'est via un rôle fonctionnel problématique conféré aux croyances

400 Sur ce point, voir les critiques de Luc Faucher sur l'application de la psychologie évolutionniste en philosophie de la psychiatrie (Faucher, 2016, 2021). Pour le modèle de Nesse en particulier, Nettle a par exemple montré que dans une situation radicalement désespérée il serait plus avantageux d'être prône qu'averse à prendre des risques, qui ne peuvent alors qu'améliorer la situation : or dans une telle situation, la plupart des individus sont d'une humeur extrêmement basse, voire véritablement en dépression, ce qui remet en question la thèse de Nesse selon laquelle cette humeur basse aurait pour fonction adaptative de préparer à désengager ses efforts et éviter toute prise de risque dans un environnement peu propice à la réalisation de ses buts (Nettle, 2009).

dépressives par l'humeur dépressive. Un second point de divergence entre cette théorie et ce modèle est dès lors que la première ne considère pas, comme le second, que la dépression soit pathologique parce qu'elle est une humeur dépressive dysfonctionnelle au sens où elle ne remplit pas sa fonction adaptative : elle l'est au sens où elle porte atteinte aux capacités individuelles, en partie via les croyances dépressives dont elle module le rôle causal.

La notion de fonction adaptative se prête mal à définir les états de santé conformément à notre conception contemporaine de la santé en termes de bien-être : certains de ces modèles évolutionnistes considèrent que la dépression n'est jamais pathologique car elle remplirait une fonction adaptative, tandis que d'autres la déclarent pathologique car dysfonctionnelle de ce point de vue, sans prendre en compte le préjudice qui en résulte en termes de bien-être. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » permet de définir des états dépressifs problématiques car préjudiciables comme pathologiques dès lors que le préjudice qu'ils induisent atteint le niveau d'une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal.

3. Avantages de la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices »

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » a trois avantages, relativement aux problèmes soulevés en introduction, que je voudrais mettre en avant : elle permet de clarifier la notion de trouble de l'humeur, d'articuler les causes et les raisons de la dépression, et enfin de distinguer la dépression tant du malheur que de la souffrance affective.

a. Clarification de la notion de « trouble de l'humeur »

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression se fonde sur la théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive. Cette dernière conçoit l'humeur comme un état affectif occurrent qui recrute des croyances spécifiques qui se manifestent par une certaine conduite, et des émotions et des jugements spécifiques, congruents à l'humeur. Le passage de cette humeur dépressive à la dépression à proprement parler se fait lorsque cette humeur, à force de persister, module le rôle causal des croyances dépressives qu'elle rend « actives », de manière à les rendre intangibles et à susciter une

extension de leur gouvernance cognitive : les croyances entraînent alors, conjointement avec les manifestations de l'humeur dépressive elle-même, une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal. Par conséquent, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression permet de concevoir en quel sens celle-ci est un trouble de l'humeur, en conférant un sens précis à la notion d'humeur.

Premièrement, dans cette théorie, la dépression est bien un trouble de l'humeur même lorsqu'elle se traduit par un épisode dépressif ou trouble dépressif diagnostiqué sans faire appel au critère clinique de « l'humeur dépressive » : cela correspond au cas où la phénoménologie de l'humeur se réduit à ses aspects corporels. Comme il s'agit alors du simple ressenti d'un état corporel, sans la phénoménologie affective à proprement parler de l'humeur dépressive, caractérisée notamment par la douleur morale (souffrance affective), j'ai considéré ces cas comme des cas d'humeur inconsciente-P *en tant qu'humeur*. Un autre cas possible d'épisode dépressif ou trouble dépressif apparemment sans humeur dépressive est un cas où le clinicien entend par ce critère de la tristesse, qui n'est pas toujours présente dans un état dépressif, puisque cette émotion est une cause ou une conséquence possible mais non nécessaire de l'humeur dépressive et des croyances dépressives qui induisent un tel état.

Deuxièmement, la dépression est un trouble de l'humeur au sens où l'humeur dépressive est nécessaire pour l'induire, en tant qu'état dépressif pathologique. Mais cette humeur n'est pas suffisante. Pour qu'elle induise un état dépressif il faut qu'elle rende « actives » des croyances dépressives (c'est-à-dire les recrute et les rende plus susceptibles de se manifester). Pour que cet état dépressif devienne problématique (car préjudiciable) il faut que cette humeur persiste, étant entretenue en retour par les manifestations des croyances dépressives qu'elle rend actives. Pour que cet état dépressif devienne pathologique (préjudiciable au point de constituer un état d'incapacité de second-ordre à atteindre le bien-être), il faut que la persistance de l'humeur dépressive rende les croyances dépressives intangibles et étende leur gouvernance cognitive. Dès lors, « trouble de l'humeur » signifie que la dépression est un trouble *induit par une humeur* (qui est un état fonctionnel qui « active » certaines croyances), même s'il ne s'avérait pas possible de distinguer clairement une version en elle-même « pathologique » de cette humeur.

Troisièmement, les croyances dépressives peuvent demeurer inconscientes-A, notamment si elles se manifestent uniquement au niveau de la conduite mais pas au niveau des états mentaux (en causant des émotions et des jugements spécifiques). Donc la théorie des

« croyances dépressives auto-réalisatrices » s'applique aussi aux tableaux dépressifs uniquement « comportementaux », c'est-à-dire sans émotions et cognitions envahissantes, voire sans émotion et cognition du tout, avec une abrasion de l'activité mentale, qui sont parfois considérés comme prouvant que la dépression serait un trouble « comportemental » par opposition à un « trouble de l'humeur ».

Quatrièmement cette théorie est fonctionnaliste, elle articule les pôles symptomatologiques de la dépression : le pôle affectif, le pôle cognitif, le pôle comportemental, et le pôle somatique. Elle permet de comprendre en quoi la dépression, tout en étant induite par une humeur, peut avoir ces différents pôles de symptômes, et permet de situer les uns par rapport aux autres les différents modèles explicatifs qui se sont respectivement concentrés sur l'étiologie des symptômes relevant de tel ou tel pôle, autour d'un rôle fonctionnel de l'humeur qui justifie la notion de « trouble de l'humeur ».

Enfin l'enjeu de la notion d'humeur dans l'expression « trouble de l'humeur », étant de faire référence à un état problématique du corps tout autant que de l'esprit, est bien préservé par la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices ». En effet cette théorie conçoit l'humeur dépressive comme un état affectif avec des manifestations corporelles et comportementales en elles-mêmes préjudiciables, qui d'autre part induit un état dépressif pathologique via une certaine action sur le mental, en recrutant et en poussant à se manifester certaines croyances. La dépression consiste alors dans ce que cette humeur et ces croyances entraînent alors conjointement une incapacité à mobiliser sa capacité à agir, ce qui permet bien de la considérer comme un trouble mental.

b. Solution au paradoxe des raisons dans la dépression

Un élément d'hétérogénéité entre les tableaux dépressifs est que certains semblent dans une certaine mesure répondre à des raisons et d'autres non. Cependant, même dans les cas où la dépression semble dans une certaine mesure répondre à des raisons, ce n'est pas véritablement le cas, car elle apparaît comme une réaction affective excessive, plutôt qu'une véritable réponse affective à ces raisons. Parmi mes exemples, on peut penser de prime abord que la dépression de Marie répond à des raisons, puisqu'elle semble être engendrée par un échec professionnel important, tandis que celle de Pascal ne répond à aucune raison, puisqu'il

est difficile de comprendre pourquoi elle survient. Mais même dans le cas de Marie, il est difficile de dire que sa dépression répond à des raisons, car elle semble être une réaction disproportionnée par rapport à ces raisons : que Marie soit déçue par son échec ne devrait pas se traduire par un état dépressif, nous trouvons que cet état est globalement sans raison. Ainsi nous considérons que Marie n'a pas véritablement de raison d'être aussi découragée qu'elle peut l'être, ou de porter des jugements aussi défaitistes que ceux qu'elle porte ; nous considérons que sa conduite de renoncement à agir ne répond pas vraiment à des raisons, autrement dit qu'il serait plus rationnel de continuer à chercher un emploi car il est objectivement probable qu'elle finisse par en trouver un. Cependant du point de vue de Marie elle-même, son état dépressif global mais aussi les différentes émotions et cognitions que celui-ci inclut, et la conduite de renoncement, qui en résulte, répondent à des raisons : des raisons proximales issues de ses croyances dépressives (elle est vouée à l'échec), et, en remontant de raison en raison, les raisons distales pour lesquelles elle a formé ces croyances qui sont les raisons que l'on pourrait à première vue envisager pour sa dépression (elle a échoué une première fois). Il est possible que Pascal également soit en mesure d'invoquer des raisons pour son état dépressif, ses émotions, ses jugements et sa conduite dépressive, pareillement issues de ses croyances dépressives. Pour Marie et Pascal, les raisons issues de leurs croyances dépressives semblent justifier leur dépression, alors que du point de vue d'un observateur extérieur, ce n'est pas le cas, car la dépression apparaît comme une réaction excessive donc injustifiée, irrationnelle. Dans la conception du « pathologique » que j'ai adoptée, ce n'est pas cette irrationnalité qui rend leur état dépressif « pathologique », cependant peut-on en rendre compte ?

On peut considérer cela comme un paradoxe des raisons dans la dépression : dans une dépression il semble à la fois possible de faire apparaître des raisons auxquelles elle pourrait répondre et impossible de considérer qu'elle leur réponde véritablement. Autrement dit, un état dépressif peut être considéré dans une phase initiale comme répondant à des raisons, mais cesse de leur répondre dès lors qu'il se prolonge au-delà d'une certaine durée ou atteint un seuil cliniquement significatif.

Face à ce paradoxe on peut schématiquement répartir les modèles de la dépression en deux. Certains modèles mettent en évidence le type de raisons auxquelles la dépression pourrait répondre (même si elle ne leur répond pas véritablement) : ces modèles sont par exemple la théorie de l'impuissance apprise de Seligman (Abramson et al., 1978; Seligman, 1975), la théorie du désespoir d'Abramson (Abramson et al., 1989, 1995; Alloy et al., 1988),

ou encore l'étude sur les origines sociales de la dépression de Brown et Harris (Brown & Harris, 2012). D'autres modèles cherchent plutôt à expliquer ce qui fait que la dépression ne répond pas à des raisons, étant une réaction affective, comportementale et cognitive irrationnelle ou a-rationnelle (même si elle peut sembler à première vue répondre à des raisons) : il s'agirait des déficits cognitifs causant des croyances erronées dans le modèle de Beck (Beck, 1963, 1964, 1979), des déséquilibres neurochimiques ou des anomalies neurales fonctionnelles et anatomiques dans les modèles neurobiologiques (Boulanger et al., 2018; Gauthier et al., 2018; Krebs et al., 2010; Mayberg, 1997; Mayberg & Fossati, 2005; Seminowicz et al., 2004).

Pour rendre compte de ce paradoxe avec la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », je vais partir d'un argument formulé par Marušić à propos des raisons du deuil (Marušić, 2018). Marušić met en évidence un paradoxe à propos du deuil : premièrement le deuil est une réponse affective à des raisons évidentes, qui sont liées à la disparition d'une personne chère ; deuxièmement ces raisons « n'expirent pas », c'est-à-dire qu'elles ne cessent jamais de valoir, puisque cette disparition est irrévocable ; mais pourtant, troisièmement, nous considérons qu'un deuil sans fin ne répond pas à des raisons, qu'il s'agit d'une réaction affective anormale, pathologique, comme si le deuil cessait de répondre à ses raisons lorsqu'il excède une certaine durée. Le problème de Marušić est donc le suivant : pourquoi seul un deuil d'une durée finie répond-il à ses raisons, celles qui proviennent de la disparition d'une personne chère, alors même que de telles raisons ne cessent jamais de valoir ?

Marušić formule ce problème en se demandant comment donner un sens à notre anticipation du fait que le deuil diminuera, et comment donner rétrospectivement un sens au fait qu'il ait diminué avec le temps voire se soit terminé, alors que l'on sait que ses raisons n'expirent pas (Marušić, 2018, p. 6). Il écarte l'explication selon laquelle on cesserait avec le temps d'aimer la personne disparue, et souligne que comme les raisons du deuil demeurent (l'amour pour la personne chère et sa disparition), il devrait être irrationnel que le deuil s'interrompe ; mais au contraire c'est un deuil trop prolongé que nous tenons pour irrationnel, comme s'il cessait alors de répondre à ces raisons – au même titre qu'une absence de deuil en cas de décès d'une personne chère serait un échec à répondre affectivement à de telles raisons (Marušić, 2018, p. 8-9). Marušić énonce le fait qu'un deuil normal a une durée finie comme un fait (psychologique) :

« Ce n'est pas seulement que notre deuil diminue avec la distance temporelle; il semble en outre, dans nombre de cas, que nous n'ayons pas tort d'être de moins en moins en deuil. »

En effet, il y a quelque chose qui ne va pas dans le fait de rester bloqué ; il y a quelque chose qui ne va pas avec le deuil persistant. Le deuil persistant peut être distingué (statistiquement) du deuil normal – et notons que le principal critère est alors la durée. »⁴⁰¹ (Marušić, 2018, p. 8).

Il cite ensuite le DSM-5 pour établir que la durée excessive d'un deuil est envisagée comme pathologique. Il propose également une expérience de pensée pour montrer que nous considérerions une créature extra-terrestre sous-résiliente, dont le deuil serait interminable, comme tout aussi irrationnelle qu'une créature sur-résiliente, qui ne connaîtrait pas le deuil des êtres chers. Marušić conclut que si l'on adopte une psychologie morale réaliste le deuil humain non seulement a en général une durée finie, mais de plus ne répond à ses raisons que s'il s'en tient à cette durée moyenne, cessant de leur répondre s'il excède celle-ci.

« Nous, être humains, sommes en deuil pendant un temps limité. Si nous sommes trop peu en deuil, nous ne répondons pas à nos raisons parce que nous sommes insensibles. Si nous sommes trop en deuil, nous ne répondons pas à nos raisons parce que nous sommes bloqués. Pour nous, le deuil qui répond à des raisons prend du temps, mais pas trop. »⁴⁰² (Marušić, 2018, p. 9)

C'est donc un fait psychologique régulier, celui de la durée finie d'un deuil, qui vaut comme norme, permettant de considérer qu'un deuil excédant la durée moyenne d'un deuil humeur est irrationnel, ne répond pas à des raisons. Marušić dit qu'il y a un paradoxe car il est difficile de voir en quoi le temps, la durée, pourrait changer quelque chose aux raisons auxquelles répond le deuil. Il envisage plusieurs solutions pour expliquer pourquoi il y aurait une durée déterminée d'un deuil pour qu'il réponde à des raisons : des explications de ce que cette durée pourrait bien changer à l'égard de ces raisons faisant qu'au-delà d'elle le deuil cesse de leur répondre.

- Par exemple le deuil serait un « travail psychologique » en vue de répondre à ces raisons, d'accomplir une transformation psychologique rendant capable de vivre malgré la disparition de la personne chère, et de cesser d'en souffrir : Marušić écarte cette solution car le deuil est plutôt un processus psychologique non dirigé, dans

⁴⁰¹ “Temporal distance does not merely make us grieve less; in many cases it seems that we are not wrong to grieve less. Indeed, there is something wrong with being stuck; there is something wrong with persistent grief. Persistent grief is distinguishable from (statistically) normal grief—and, interestingly, the main criterion is duration.” (Marušić, 2018, p. 8).

⁴⁰² “We, human beings, grieve for a limited time. If we grieve too little, we are unresponsive to our reasons because we are insensitive. If we grieve too much, we are unresponsive to our reasons because we are stuck. For us, reasons-responsive grief takes time, but not too much.” (Marušić, 2018, p. 9).

lequel nous ne « travaillons » pas, nous ne faisons pas d'effort particulier en vue de quoique ce soit (Marušić, 2018, p. 15-16).

- Une autre solution envisagée est que la perspective temporelle, la distance temporelle croissante à l'événement, rendrait ces raisons de moins en moins pertinentes, tout comme la proximité affective avec une personne crée une partialité, rend le deuil de cette personne plus pertinent que celui d'une personne éloignée, donc lui donne davantage de raisons. Marušić écarte aussi cette solution, par une expérience de pensée dans laquelle une personne sort du coma dix ans après l'accident qu'il l'y avait plongée, dans lequel sa mère est morte : la distance temporelle ne changerait rien en elle-même au fait que cette personne aurait alors des raisons d'être en deuil (Marušić, 2018, p. 12).

Marušić conclut qu'il y a deux points de vue irréconciliables : celui des raisons du deuil, qui n'expirent jamais avec le temps, et celui de la réalité psychologique humaine, qui est qu'un deuil a normalement une durée finie. Autrement dit, il est normal que nous finissions par ne plus répondre affectivement aux raisons d'être en deuil, au sens où il s'agit là d'un fait régulier, en termes de psychologie humaine ; de plus, ce fait régulier vaut comme une norme, au sens où nous considérons qu'un deuil qui n'a pas une durée finie ne répond plus à ces raisons. Marušić souligne que cela est commun à d'autres émotions, par exemple nous considérons que la colère contre une injustice cesse de répondre à des raisons si elle ne finit pas par disparaître, même si l'injustice perdure (Marušić, 2018, p. 17-18).

Maintenant nous pouvons premièrement reformuler le paradoxe des raisons dans la dépression de façon analogue à sa formulation du paradoxe sur les raisons du deuil, deuxièmement étendre à la dépression l'argument de Marušić pour expliquer ce paradoxe, et troisièmement en rendre compte avec la « théorie des croyances dépressives autoréalisatrices ».

Premièrement, le paradoxe des raisons dans la dépression peut être reformulé de la façon suivante : 1) De même que le deuil a des raisons (liées à la disparition d'une personne chère), les émotions qui interviennent dans l'état dépressif (deuil parfois, et plus généralement tristesse, anxiété, découragement) peuvent avoir des raisons : les raisons que l'on peut avoir d'être triste, anxieux, découragé, qui proviennent de croyances que l'on a à propos de mauvaises perspectives futures, donc de croyances dépressives (pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre un état futur qui satisferait ses aspirations),

dans le cas où celles-ci ne sont pas erronées. 2) De même que les raisons du deuil n'expirent pas, les raisons des émotions qui interviennent dans un état dépressif peuvent se maintenir au cours du temps. 3) Pourtant, de même qu'un deuil qui excède une certaine durée cesse d'être considéré comme normal, comme répondant à des raisons, un état dépressif qui excède une certaine durée n'est pas considéré comme répondant à des raisons : en particulier les émotions qui le constituent en partie sont considérées ne pas répondre à des raisons (être irrationnelles).

Deuxièmement, on peut étendre aux émotions qui font partie de l'état dépressif l'argument de Marušić qui est qu'une psychologie humaine réaliste considère que les émotions (dont le deuil) ne répondent à des raisons que si elles n'excèdent pas une certaine durée moyenne, régulière : des émotions trop prolongées sont considérées ne plus répondre à leurs raisons, même si celles-ci n'ont pas « expiré ». Ainsi les émotions de tristesse, de découragement, d'anxiété, qui constituent en partie un état dépressif pathologique ne répondent pas à leurs raisons apparentes, aux raisons qu'elles pourraient avoir ou avaient initialement, parce qu'un tel état se caractérise par une durée prolongée (du fait de laquelle il induit l'incapacité de second ordre au bien-être qui le rend « pathologique »). Ces émotions prolongées se manifestent à des moments où elles semblent désormais injustifiées simplement parce qu'être triste, anxieux ou découragé à propos de quelque chose n'est rationnel (n'est une réponse affective qui répond correctement à des raisons) que si une telle émotion n'excède pas une durée « normale » qui est une durée moyenne, régulière.

Troisièmement, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » permet de rendre compte de ce paradoxe. L'état dépressif global est un état dans lequel certaines raisons sont mises au premier plan : les raisons dans les termes desquelles les croyances dépressives pourraient permettre d'expliquer les émotions, les jugements, et la conduite qu'elles causent (conjointement avec l'humeur). C'est le fait que l'humeur dépressive persistante rende ces croyances « actives » en permanence, suscitant l'extension de leur gouvernance cognitive, qui fait que croyances se manifestent par ces émotions, ces jugements et cette conduite de façon envahissante. Dès lors ces états mentaux et cette conduite se manifestent de façon rigide par rapport au contexte, empêchant de considérer qu'ils répondent à des raisons. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » rend compte de l'apparence paradoxale suivant laquelle ces composantes de l'état dépressif paraissent pourtant avoir des raisons : on pourrait les expliquer en termes de raisons par les croyances dépressives qui les causent. Ces raisons sont des raisons d'être triste, découragé, anxieux, de porter des jugements pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisants, et d'avoir une conduite de renoncement à agir : ces états

mentaux et cette conduite pourraient donc être expliqués en termes de raisons par les croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'atteindre une situation future qui satisferait ses aspirations, croyances qui les causent conjointement avec l'humeur dépressive. Mais à moins de subir l'état mental problématique constitutif d'un état dépressif, même si ces raisons existent, nous ne les prenons pas en considération en permanence : nous ne leur répondons pas sans cesse à travers nos émotions, nos jugements, notre conduite. Par conséquent les émotions, les jugements et la conduite en question ne sont pas considérés répondre à de telles raisons, mais sont considérés comme sans raison, ou irrationnels, s'ils sont manifestés sans cesse, de façon récurrente. C'est ce qui fait qu'un état dépressif persistant mettant en jeu ces émotions et cette conduite est considéré comme ne répondant pas à des raisons, comme irrationnel, alors même que l'on peut, paradoxalement, envisager certaines raisons auquel il serait susceptible de répondre. La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » explique cela en montrant qu'un tel état dépressif fait intervenir une modulation du rôle causal des croyances qui causent ces états mentaux et cette conduite par l'humeur dépressive, étendant leur gouvernance cognitive.

Par exemple, Marie manifeste en permanence de la tristesse, de l'anxiété, du découragement, elle porte sans arrêt des jugements pessimistes, défaitistes, auto-dévalorisants, et elle a en toutes circonstances une conduite de renoncement à agir. Ses émotions, ses jugements et sa conduite ne peuvent être considérés comme répondant à des raisons. S'ils ne se manifestaient que dans un nombre limité de contexte, ils pourraient au contraire répondre à des raisons. Si tel n'est pas le cas, c'est du fait d'une modulation du rôle causal des croyances dépressives de Marie par son humeur dépressive, croyances qui causent ces états mentaux et cette conduite, conjointement avec cette humeur. La modulation du rôle causal de ces croyances empêche qu'elles puissent permettre d'expliquer ces états mentaux et cette conduite en termes de raisons. L'humeur dépressive de Marie cause donc cette irrationalité, en maintenant ces raisons au premier plan via cette modulation du rôle causal des croyances dépressives, ce qui rend compte du paradoxe des raisons dans sa dépression : on peut avoir l'impression que celle-ci a des raisons, fournies par les croyances dépressives, et Marie peut trouver que ses pensées, ses émotions et sa conduite leur répondent, mais pourtant sa dépression dans son ensemble, comme les différents états mentaux et la conduite qui la constituent, ne répondent pas véritablement à ces raisons.

c. Distinction de la dépression, de la souffrance affective et du malheur ou mal-être

La théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » distingue la dépression de la souffrance affective en général. Celle-ci est un aspect de la phénoménologie des états affectifs, notamment celle de l'humeur dépressive. Mais cette humeur n'est pas suffisante à la dépression, et peut d'autre part se présenter sans cette souffrance affective, dans le cas où sa phénoménologie se réduit à des aspects corporels ressentis. La souffrance affective n'est pas non plus suffisante à la dépression, car on peut envisager d'être d'humeur dépressive avec sa phénoménologie affective incluant cette souffrance, sans qu'il y ait une dépression, tant que cette humeur n'a pas induit, conjointement avec les croyances dépressives qu'elle recrute et pousse à se manifester, un état dépressif global pathologique (c'est-à-dire préjudiciable au point d'induire une incapacité à mobiliser certaines capacités psychologiques de premier ordre). Aucun autre état affectif négatif susceptible d'inclure de la souffrance affective n'est d'ailleurs suffisant à la dépression. Avec cette théorie il apparaît donc clairement que toute forme de souffrance affective n'a pas à être considérée comme une dépression.

D'autre part la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » permet aussi de distinguer la dépression du malheur et du mal-être en général. Le malheur, par opposition au bonheur tel que je l'ai défini, serait un état mental par lequel on serait conscient-A, et éventuellement conscient-P d'être dans une situation de privation de bien-être, qui serait elle-même une situation où les aspirations de la personne ne sont pas satisfaites. La dépression consiste dans une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal induite conjointement par des croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes dans l'impossibilité du bien-être, et par une humeur dépressive qui module le rôle causal de ces croyances : la dépression est alors susceptible de s'accompagner du malheur, mais cela n'est pas nécessaire, et inversement le malheur n'est pas suffisant pour qu'il y ait dépression. Ce n'est pas nécessaire dans la mesure où on peut avoir une dépression avec à la fois des croyances dépressives inconscientes-A et une humeur dépressive dont la phénoménologie se réduit à un ressenti corporel, sans souffrance affective à proprement parler (douleur morale) : dans ce cas la personne n'a pas d'état mental par lequel elle serait consciente-A et consciente-P d'être dans une situation ne satisfaisant ses aspirations, or le malheur correspondrait à un tel état mental. Inversement on peut avoir un tel état mental, et ce dans une situation dans

laquelle certaines aspirations fondamentales ne sont pas satisfaites, donc une situation de privation de bien-être minimal. Cependant une telle situation peut avoir un très grand nombre de causes, ne résultant pas nécessairement d'une incapacité à mobiliser certaines capacités permettant de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, et ainsi d'atteindre un bien-être minimal. De plus un état mental par lequel on est conscient-A et conscient-P de cela n'induit pas nécessairement une telle incapacité : dans la dépression, cette incapacité tient à une modulation de l'état mental par l'humeur dépressive, qui altère la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, rend les désirs ineffectifs, et rend les croyances dépressives intangibles tout en étendant leur gouvernance cognitive dans la conduite. Le malheur n'est donc pas suffisant à la dépression.

Le mal-être, entendu comme l'opposé du bien-être qui est une situation où les aspirations d'une personne sont satisfaites, est également une situation qui accompagne généralement la dépression : c'est parce que celle-ci est entraînée par des croyances dans l'impossibilité d'atteindre le bien-être, qui, du fait de la persistance de l'humeur dépressive, deviennent auto-réalisatrices, donc entraînent elles-mêmes une situation où de fait les aspirations subjectives ne sont pas satisfaites, soit une situation de mal-être. Mais une situation de mal-être n'est ni nécessaire ni suffisante pour que la personne soit en dépression. Elle n'est pas nécessaire car la personne peut former ses croyances dépressives de façon erronée, et une humeur dépressive peut être induite par des causes strictement biologiques : dans ce cas, la dépression induite par ces croyances et cette humeur ne répond pas à une situation de mal-être, elle peut se produire dans une situation où les aspirations de la personne sont satisfaites, au moins ses aspirations fondamentales, même si elle peut avoir pour conséquence par la suite d'entraîner la personne en-dessous de son bien-être minimal donc vers le mal-être. Elle n'est pas suffisante car à l'inverse, on peut être dans une situation de mal-être, d'insatisfaction de ses aspirations fondamentales, sans être en dépression, c'est-à-dire dans un état dépressif pathologique, du moment que l'on n'est pas dans un état physique et mental induit conjointement par une humeur dépressive et des croyances dépressives, et marqué par une incapacité de second-ordre à atteindre le bien-être. Si l'on s'attend à une amélioration de sa situation par de l'espoir et des croyances optimistes, plus généralement si l'on est dans une situation de mal-être sans être physiquement et mentalement incapable de mobiliser des capacités de premier ordre qui permettraient de la changer, particulièrement sa capacité à agir en vue de satisfaire certaines aspirations, alors on ne se trouve pas en dépression.

Conclusion générale

A partir de la question médicale de la suffisance des critères cliniques du trouble dépressif, j'avais soulevé la question de ce qu'est l'humeur dépressive à l'égard de la dépression. Cette question, qui a été mon fil conducteur dans ce travail, soulevait des problèmes philosophiques à propos de la dépression, principalement le problème de sa nature plutôt affective, somatique, comportementale ou cognitive, le problème du type de phénomène affectif central de son versant affectif, l'humeur dépressive, et le problème de la nature du critère devant s'appliquer à l'état dépressif, associant l'humeur dépressive et d'autres phénomènes, pour définir la dépression comme un trouble psychiatrique.

J'ai traité cette question en trois étapes ; une étape d'histoire conceptuelle de la notion d'« humeur dépressive » en tant qu'elle désigne le versant affectif d'un état dépressif, histoire qui commence avec d'autres termes et permet d'écarter certaines acceptions de la notion en les relativisant à des contextes historiques dépassés ; une étape d'analyse conceptuelle en philosophie des états affectifs, visant à clarifier la nature de l'humeur dépressive en tant que phénomène affectif central du versant affectif de l'état dépressif ; une étape de conceptualisation de l'état dépressif à partir de cette théorie de l'humeur dépressive, et d'élaboration d'une théorie de la dépression par application d'un critère du pathologique à cet état dépressif. Traiter cette question et les différents problèmes philosophiques qu'elle soulevait à l'égard de la dépression, m'a ainsi permis d'aboutir à une objectivation de celle-ci en partant du plan de l'expérience subjective. Cette objectivation en fait un trouble fondamentalement cognitif induit par un état affectif : la dépression consisterait en effet en ce que des croyances dépressives se manifestent de façon pathologique, au sens d'entraîner un préjudice objectif, à cause d'une modulation de leur rôle causal par la persistance d'une humeur dépressive.

Cette solution est permise par une théorie de l'humeur dépressive dans laquelle celle-ci est conçue comme un état affectif défini par un certain rôle fonctionnel qui est d'avoir un effet distinctif central sur les états mentaux : moduler le rôle causal de croyances dépressives, qui se manifestent elles-mêmes en causant des états affectifs mais aussi des états cognitifs et une certaine conduite. De plus cette théorie envisage l'humeur dépressive comme susceptible d'être dépourvue de sa phénoménologie affective à proprement parler, se réduisant alors à un état corporel ressenti, ce qui rend compte des tableaux cliniques sans ressenti de souffrance affective (que les critères cliniques diagnostiquent sans « l'humeur dépressive » qu'ils

assimilent à cette souffrance affective). Enfin, le caractère pathologique d'un état dépressif apparaît dès lors pouvoir être pensé en termes de préjudice objectif, comme une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, en lui appliquant le critère du « pathologique » proposé par Nordenfelt (2000) : cette incapacité provient de l'humeur dépressive et de sa modulation du rôle causal des croyances dépressives, concernant la mobilisation de capacités psychologiques essentielles à la poursuite du bien-être qui sont notamment la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et la capacité à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales.

Quelles sont les contributions de ce travail ? Je vais distinguer les contributions de chaque partie au champ propre dans lequel elle s'inscrit, et les contributions liées à la mise en relation de différents champs. La première partie a contribué au champ des études historiques sur la dépression en faisant une histoire française de la caractérisation des états dépressifs par la psychiatrie, qui a ciblé leur versant affectif, en s'attachant à mettre à jour les théories de l'affectivité issues de la psychiatrie elle-même, qui ont permis de le concevoir. Un prolongement possible serait d'étendre cette enquête à d'autres traditions nationales avec une perspective comparative. La deuxième partie a contribué au champ des théories contemporaines des états affectifs en philosophie analytique en proposant une nouvelle théorie fonctionnaliste de l'humeur dépressive, et des arguments contre la possibilité de la définir comme un pur état phénoménal ou bien par un type spécifique d'objet intentionnel, en tant que sous-type d'émotion. Un prolongement possible en serait de chercher à formuler une théorie générale des humeurs. La troisième partie a contribué au champ de la philosophie contemporaine de la psychiatrie en proposant une manière d'adapter la définition du « pathologique » de Nordenfelt (2000), en termes d'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, à la dépression. Un prolongement possible serait de chercher à adapter ce critère du « pathologique » à d'autres catégories de troubles psychiatriques.

Deux autres contributions sont liées à la mise en relation de différents champs autour d'un objet, la dépression : la littérature clinique en psychiatrie, passée et contemporaine, la philosophie des états affectifs et la philosophie de la psychiatrie. Premièrement cette mise en relation a permis de montrer que des solutions peuvent être proposées au défaut d'arrière-plan théorique dans la clinique contemporaine grâce à l'apport de ces champs philosophiques : les théories fonctionnalistes de l'humeur dépressive et de la dépression que j'ai proposées se présentent comme des conceptions possibles de ces objets cliniques, pouvant guider le clinicien dans leur appréhension. Deuxièmement, cette mise en relation a permis de montrer

que des extensions des théories des états affectifs et des théories du trouble psychiatrique en philosophie peuvent être élaborées grâce à la prise en compte de la connaissance clinique des états et phénomènes pathologiques.

Pour mettre en lumière ces contributions et conclure ce travail je vais expliciter trois de ses aspects, conséquences ou prolongements possibles.

Premièrement, en faisant appel à la philosophie des états affectifs, ce travail m'a permis de proposer une manière d'objectiver la dépression, ce qui montre que la philosophie des états affectifs peut changer notre vision de certains troubles psychiatriques. En l'occurrence, je vais montrer que la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » aboutit à objectiver la dépression en termes de conduite préjudiciable sous la contrainte de l'humeur dépressive, cette conduite étant le principal terrain sur lequel se manifestent les croyances dépressives dont le rôle problématique fait de la dépression un trouble cognitif. Cette théorie est une représentation de l'objet « dépression » au-delà des critères cliniques de celle-ci qui s'en tiennent à ses manifestations : je vais bien décrire la manière dont elle donne à voir cet objet, suggérée par la philosophie aux psychiatres dont les pratiques peuvent être guidées par une telle représentation.

Deuxièmement, cette théorie de la dépression est élaborée à partir d'une théorie de l'humeur dépressive construite en philosophie des états affectifs, qui part de l'expérience subjective et tente de l'expliquer pour objectiver les phénomènes affectifs : cette théorie donne également une profondeur de champ au regard sur cet objet clinique qu'est l'humeur dépressive elle-même. Sa conception en termes de « croyances dépressives actives » permet de placer cette humeur à la charnière du corps et de l'esprit, en les faisant interagir en termes fonctionnalistes, dans un modèle qui pose entre eux des rapports causaux. Cette approche, sans affronter sur un plan ontologique ou métaphysique le problème esprit-corps, permet à la philosophie de traiter le trouble mental, ici la dépression, comme une question de rapports problématiques entre corps et esprit, ce qui est une bonne caractérisation de la pathologie mentale, en tant qu'objet ou domaine spécifique du psychiatre.

Troisièmement, l'application à la dépression d'un critère du pathologique en termes d'incapacité de second-ordre au bien-être donne un fondement à la notion de santé mentale qui peut servir de repère au psychiatre : cela est particulièrement utile à l'égard de ce trouble psychiatrique dont il convient de rappeler le caractère polymorphe mais aussi la spécificité qui est d'être la catégorie de trouble à première vue la plus difficile à discerner de la simple souffrance affective. Pour autant, je vais envisager l'extension de ce critère à d'autres troubles

psychiatriques, en particulier les troubles bipolaires et les troubles addictifs : ces deux catégories rejoignent en effet la dépression sur un point qui est de se traduire par des conduites préjudiciables à l'égard desquelles il peut néanmoins être difficile de formuler un seuil à partir duquel ce préjudice justifie de parler d'un état « pathologique ». Ces conduites reposent également sur la modulation du rôle causal de certains états mentaux par des états affectifs qui engagent profondément le corps, sans qu'il soit pour autant évident à première vue de définir des critères d'anormalité de ces conduites et de ces états mentaux qui ne soient pas relatifs à des normes et des valeurs sociales et culturelles. Les aborder en termes de capacité individuelle à atteindre un bien-être minimal paraît dès lors une piste prometteuse. Cela supposerait comme dans le cas de la dépression un travail préalable d'objectivation de ces troubles sur le plan psychologique, faisant éventuellement à nouveau appel à la philosophie analytique de l'esprit, ce qui serait un prolongement du présent travail.

- L'objectivation de la dépression en termes de conduite préjudiciable sous la contrainte de l'humeur dépressive

Ce travail était motivé par la volonté de parvenir à une objectivation de la dépression faisant défaut à la psychiatrie. J'ai fait appel à la philosophie contemporaine des états affectifs parce que celle-ci, en s'inscrivant dans la philosophie de l'esprit qui s'efforce d'élaborer une théorie du mental en général, paraissait à même de fournir les ressources conceptuelles nécessaires à une telle objectivation, en se plaçant sur le terrain de l'expérience subjective pour aborder les états et phénomènes affectifs. J'ai ainsi formulé la théorie des « croyances dépressives actives » pour l'humeur dépressive, et, à partir de celle-ci, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression : l'articulation de ces deux théories consiste dans ce que la dépression est un état dépressif global induit par l'humeur dépressive, constitué à la fois de cette humeur, de ses manifestations propres, et de croyances dépressives et de leurs manifestations, ces croyances étant recrutées et poussées à se manifester par cette humeur dont c'est là l'effet distinctif en termes de rôle fonctionnel. Plus précisément la dépression consiste dans un tel état dépressif global lorsque celui-ci devient problématique du fait de la persistance de l'humeur dépressive : cette persistance a en effet pour conséquence que les manifestations de l'humeur elle-même, mais aussi celles des croyances dépressives, en conséquence de la modulation de leur rôle causal par cette humeur, finissent par devenir problématiques. En analysant ce caractère problématique, j'ai montré

qu'il consiste dans ce que ces manifestations induisent une incapacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre nécessaires pour chercher à réaliser ses aspirations fondamentales, et ainsi à atteindre le bien-être, en tant que situation satisfaisant ces aspirations. Les capacités de premier ordre que l'on devient incapable de mobiliser sont principalement des capacités cognitives, notamment la capacité à réguler ses émotions et ses cognitions, et la capacité générale à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales. L'état dépressif induit ainsi une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, ce qui le rend « pathologique » au sens de Nordenfelt (2000). Cela entraîne de fait une impossibilité d'atteindre le bien-être, ce qui correspond à une auto-réalisation des croyances dépressives, puisque celles-ci portent sur l'impossibilité d'atteindre le bien-être, d'où la notion de théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression. Le caractère préjudiciable de l'état dépressif « pathologique » en ce sens, consiste principalement d'une part dans des émotions et cognitions négatives entretenant des cercles vicieux, et d'autre part dans une conduite de renoncement à agir par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation qui se généralise à tous les contextes. Il tient donc au caractère préjudiciable des croyances dépressives qui causent ces émotions, ces cognitions et cette conduite. Mais l'augmentation du préjudice à un point qui permet de considérer l'état dépressif comme pathologique tient à la modulation du rôle causal de ces croyances par l'humeur dépressive. Or ces émotions et cognitions ne sont pas nécessairement présentes, contrairement à la conduite de renoncement à agir. C'est pourquoi la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » objective avant tout la dépression comme une conduite préjudiciable sous la contrainte de l'humeur dépressive, le préjudice étant entendu comme le fait que cette conduite éloigne de fait l'individu de la réalisation de ses aspirations fondamentales donc du bien-être.

De plus, même lorsque les émotions et les cognitions en question sont présentes, elles sont préjudiciables en termes de capacité à atteindre le bien-être principalement parce qu'elles se substituent à des émotions et des cognitions qui pourraient préparer des actions permettant de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, donc à atteindre le bien-être. C'est principalement à ce titre que la capacité à réguler ses émotions et cognitions est nécessaire pour atteindre le bien-être. Les émotions et cognitions préjudiciables dans la dépression le sont donc relativement à la conduite de renoncement à agir, qu'elles entretiennent. On peut donc considérer que cette conduite est le trait central, auquel les autres aspects du tableau dépressif sont subordonnés, pour aborder celui-ci en termes de préjudice.

Ajoutons que c'est parce qu'elles entraînent cette conduite de renoncement à agir en vue d'atteindre le bien-être que les croyances dépressives sont préjudiciables à un point qui

rend l'état dépressif « pathologique ». En effet c'est le fait que cette conduite se généralise qui rend incapable d'atteindre le bien-être, or c'est cette incapacité qui définit l'état dépressif comme « pathologique » d'après le critère de Nordenfelt (2000), dans la mesure où il s'agit d'une incapacité de second-ordre. C'est donc également la conduite de renoncement à agir qui permet d'aborder l'état dépressif préjudiciable comme « pathologique » : par conséquent cette conduite est au cœur de l'objectivation de la dépression (en tant que condition pathologique, que trouble psychiatrique), proposée par la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices ».

Mais si c'est la nature du préjudice induit par la conduite de renoncement à agir, en termes d'incapacité à atteindre le bien-être, qui rend l'état dépressif « pathologique », c'est aussi le fait qu'il s'agisse d'une incapacité de second-ordre, or si tel est le cas, c'est du fait du rôle de l'humeur dépressive. En effet cette incapacité tient d'une part à une modulation du rôle causal des croyances dépressives par l'humeur dépressive, et d'autre part à une diminution de la capacité générale d'agir que cette humeur cause sur le plan du corps et du comportement, et à l'altération des facultés cognitives que cause aussi l'humeur, altération qui empêche la régulation des émotions et cognitions négatives manifestant ces croyances dépressives. C'est donc l'humeur dépressive, en tant qu'elle représente à ce titre une contrainte à l'égard des états mentaux et de la conduite, qui explique cette conduite préjudiciable, donc l'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal qui définit l'état dépressif comme « pathologique » au sens tiré de Nordenfelt (2000).

C'est pourquoi la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » pour la dépression objective la dépression comme une *conduite préjudiciable sous la contrainte de l'humeur dépressive* : une conduite par laquelle on renonce à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales, donc d'atteindre le bien-être, mais que l'on adopte uniquement parce qu'une humeur dépressive persistante amoindrit les capacités cognitives et la capacité à agir, et met au premier plan des croyances dans l'impossibilité d'atteindre ce bien-être, qui orientent ainsi la conduite, directement ou via certaines cognitions et émotions. Sur le plan de l'expérience subjective, la dépression est ainsi objectivée principalement comme le fait de ressentir une humeur dépressive persistante et de renoncer à agir en conséquence, de façon générale. A cela peuvent s'ajouter des émotions et des cognitions négatives, mais pas nécessairement. De plus les croyances dépressives peuvent rester inconscientes-A, d'autant plus si les émotions et les cognitions sont absentes. Enfin la phénoménologie de l'humeur dépressive peut se réduire à des aspects corporels : l'expérience subjective de la dépression se réduit alors au ressenti d'un certain état corporel globalement altéré s'accompagnant d'une

conduite de renoncement à agir. En résumé, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » rend compte du fait que le vécu dépressif puisse consister dans le fait de subir la contrainte d'un état affectif a-rationnel, voire d'un simple ressenti corporel, en conséquence duquel on se sent incapable d'agir bien que l'on en conserve parfois le désir. Cette théorie rend compte de cela en objectivant la dépression par le rôle problématique de l'humeur dépressive à l'égard des croyances dépressives, qui causent cette conduite.

En objectivant ainsi la dépression, cette théorie en fournit une représentation qui peut guider le clinicien dans son appréhension en tant qu'objet clinique, à la fois dans l'attention qu'il porte au vécu subjectif du patient, et dans sa compréhension de ce vécu subjectif, au-delà de ce dont le patient est directement conscient. Elle nous permet de penser à la dépression en termes de conduite, et pas seulement de comportement, qui serait une façon non intentionnelle d'agir. Or abordée en termes de conduite, la dépression pourrait paraître inintelligible à première vue : pourquoi renoncer à agir en vue de satisfaire ses aspirations fondamentales, de chercher à atteindre le bien-être, en l'absence de contrainte externe forçant à cela ? La théorie proposée nous permet ici de comprendre qu'à défaut d'une contrainte externe, cette conduite est adoptée sous le coup d'une contrainte interne, celle de l'humeur dépressive : comme les effets de cette humeur sur les fonctions cognitives et les croyances rendent le dépressif incapable de mobiliser les capacités de premier ordre qui lui permettraient de changer de conduite, cette humeur peut être considérée comme une véritable contrainte. Cela éclaire l'aspect paradoxal de la dépression, qui peut parfois avoir l'air d'être une conduite volontaire, tout étant manifestement un état subi et à ce titre pathologique. Cela rend également compte du fait que la conduite, les émotions et les cognitions par lesquelles la dépression se traduit puissent à la fois paraître irrationnelles et dans une certaine mesure rationnelles. Leurs raisons potentielles seraient celles dans les termes desquelles les croyances dépressives pourraient permettre d'expliquer cette conduite et ces états mentaux. Mais du fait de la modulation problématique du rôle causal de ces croyances par l'humeur dépressive persistante, cette conduite et ces états mentaux cessent de pouvoir être considérés comme répondant véritablement à ces raisons et donc comme rationnels.

Par la notion de conduite préjudiciable sous la contrainte de l'humeur dépressive, la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » nous invite à penser à la dépression comme une conduite en partie volontaire, mais en partie seulement car sous contrainte, la contrainte de l'humeur dépressive. Elle invite donc le psychiatre à envisager le dépressif ou le déprimé, non pas comme simplement affecté d'un état affectif diffus, mais comme ayant avant tout une certaine conduite, comme renonçant à essayer de satisfaire ses aspirations,

d'atteindre le bien-être, sous la contrainte d'un certain état affectif, modulant le rôle de certaines croyances dans son état mental global. C'est cette conduite et, à travers elle, le rôle problématique des croyances, qui feraient la différence entre une simple humeur dépressive courante, un coup de blues, une déprime passagère, et la dépression à proprement parler, en tant que condition pathologique induite par cette humeur. Ce qu'il faudrait se demander pour savoir si quelqu'un est véritablement dépressif, c'est s'il renonce à satisfaire ses aspirations par pessimisme, défaitisme et auto-dévalorisation quant à la possibilité d'y parvenir, et ce sous la contrainte d'une humeur dépressive persistante, susceptible de se réduire au ressenti d'un état corporel, via l'action de celle-ci sur les croyances.

Cette représentation de la dépression, cette manière de l'objectiver grâce à la philosophie des états affectifs, s'accompagne dès lors également d'un regard philosophique sur l'humeur dépressive : ce regard la fait apparaître comme l'opérateur du trouble psychiatrique, en permettant d'envisager du même coup ce dernier comme un trouble mental, un trouble de l'esprit, sous l'effet du corps.

- L'apport d'un regard philosophique sur un objet clinique : l'humeur dépressive

Avec la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices », nous pensons la dépression comme une conduite préjudiciable sous la contrainte d'une humeur dépressive, via des effets de celle-ci sur des croyances dépressives qui guident cette conduite, tout en définissant l'humeur dépressive comme un état affectif qui consiste le plus fondamentalement dans un état du corps, sa phénoménologie étant susceptible de se réduire à un ressenti corporel. Cela revient donc à penser la dépression comme un trouble cognitif, et plus généralement comme un état mental problématique, induit par un certain état du corps.

D'une part, cette théorie représente la dépression comme un trouble cognitif, mais induit par un état affectif, et possédant aussi des aspects somatiques et comportementaux. Ses aspects somatiques sont liés aux manifestations de cette humeur dépressive. Ses aspects « comportementaux » sont au niveau des manifestations comportementales à proprement parler de cette humeur. Elle est de façon plus centrale cognitive, faisant intervenir des croyances dépressives problématiques, même si celles-ci peuvent rester inconscientes-A : elles se manifestent dans tous les cas au niveau de la conduite, par le renoncement à agir en vue du bien-être. A cela s'ajoutent, sur son versant affectif, et, respectivement, cognitif, les émotions et cognitions que cette humeur cause également conjointement avec ces croyances.

Mais d'autre part, cette théorie permet également de bien voir la dépression comme un problème de l'esprit tout autant que du corps, dualisme qu'il peut être souhaitable de maintenir sur un plan épistémologique, celui de notre appréhension et connaissance de ce trouble. En effet, cette théorie permet de prendre en compte le fait que la dépression puisse avoir des aspects somatiques importants, tout en montrant qu'elle ne saurait se limiter, sur le plan de l'expérience, à un état du corps, mais qu'il n'y a de dépression à proprement parler que lorsque cet état corporel retentit sur le mental. En effet, dans cette théorie, l'humeur dépressive, qu'elle ait une phénoménologie affective à proprement parler ou se limite à un état corporel ressenti, est insuffisante à constituer la dépression : celle-ci fait nécessairement intervenir des croyances, qui sont constitutives, et une conduite qu'elles guident. Cela en fait bien un problème de l'esprit, et ce même si ces croyances peuvent demeurer inconscientes-A, donc ne pas être directement accessibles à la personne dépressive qui agit selon elles. C'est en même temps un problème de l'esprit induit par un état du corps, état du corps qui peut lui-même avoir des causes mentales, puisque l'humeur dépressive peut être engendrée par la formation de croyances dépressives ; c'est donc plus généralement un état physique et mental problématique du fait de rapports problématiques entre le corps et l'esprit, ce qui pourrait bien caractériser le trouble mental en général.

Cela a plusieurs conséquences et enjeux. Premièrement cela revient à représenter la dépression comme un trouble mental, historiquement l'objet propre du psychiatre. Deuxièmement cela permet de montrer que saisir objectivement la dépression en tant que problème mental suppose de dépasser le plan de ses manifestations observables variables qui peuvent parfois la faire apparaître comme un problème du corps sans l'esprit. Troisièmement cela suggère qu'il est pertinent d'aborder le mental comme un ordre propre de phénomènes constitutifs de la dépression, ordre dans lequel il faudrait donc se placer pour une prise en charge thérapeutique de ce trouble.

Premièrement, voir l'humeur dépressive comme un état affectif et corporel qui module le rôle de certaines croyances permet de penser la dépression comme un état mental problématique du fait de rapports problématiques entre le corps et l'esprit : cela est conforme à une vision ancienne du trouble mental, qui a le mérite de permettre de circonscrire un objet spécifique de la psychiatrie, sur le plan de l'expérience et de la connaissance des phénomènes qui nous affectent. Cette vision du trouble mental mérite à ce titre d'être maintenue, quel que puisse être le résultat des débats métaphysiques ou ontologiques sur la nature de l'esprit. La psychiatrie cherche avant tout à soigner des patients qui abordent leur expérience dans ces

termes dualistes et a donc besoin de pouvoir circonscrire ses objets en ces termes, en vue de modifier un vécu problématique qui se dit de cette manière. Se placer sur le plan de l'expérience et respecter la différence entre deux ordres de phénomènes qui s'y présentent, des phénomènes du corps et des phénomènes de l'esprit, et l'apparence selon laquelle ils peuvent interagir causalement, par une théorie fonctionnaliste qui pose de telles relations causales, permet de partir du vécu problématique des patients eux-mêmes, qui est la matière et le terrain de la psychiatrie. Ce parti pris épistémologique, dans l'ordre de la connaissance des troubles psychiatriques, permet de les faire apparaître comme des troubles mentaux qui sont à ce titre historiquement l'objet propre du psychiatre. De plus, les troubles mentaux que traite la psychiatrie étant plus spécifiquement liés à des rapports problématiques entre le corps et l'esprit, une théorie fonctionnaliste de la dépression permet de voir de quelle manière spécifique elle s'inscrit dans ce domaine : voir la dépression comme un problème de croyances préjudiciables entraînant une conduite préjudiciable sous la contrainte d'un état affectif, fondamentalement corporel, c'est expliquer de quelle manière spécifique elle met en jeu des rapports problématiques corps-esprit, entre un état mental spécifique et un état corporel spécifique. Ainsi cette objectivation de la dépression permet de voir qu'il ne s'agit pas de nier qu'elle engage des phénomènes se rapportant au corps, mais de souligner que ces derniers ne sauraient être abordés et compris comme constitutifs de la dépression qu'en étant mis en relation avec des phénomènes mentaux, ce qui fait bien de la dépression un trouble mental et un objet pour le psychiatre.

Deuxièmement, donc, penser la dépression, sur le plan de l'expérience subjective, comme une humeur qui induit un état physique et mental global problématique en modulant le rôle causal de croyances qui peuvent rester inconscientes-A, situe le problème central de la dépression au niveau de ces croyances, donc d'états mentaux éventuellement inconscients. Leur « activation » par l'humeur dépressive, c'est-à-dire le fait qu'elles soient recrutées et poussées à se manifester par cette humeur, mais aussi leur intangibilité et l'extension de leur gouvernance cognitive sous l'effet de la persistance de cette humeur, sont les termes techniques dans lesquels la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » décrit la modulation du rôle causal de ces croyances par cette humeur : cela correspond à des effets causaux de cette humeur, elle-même définie en termes de ressenti affectif et corporel, sur ces états mentaux éventuellement inconscients-A.

Ces explications dépassent la part consciente du vécu dépressif en le faisant apparaître comme un renoncement à chercher à satisfaire des aspirations fondamentales, du fait de

croyances pessimistes, défaitistes et auto-dévalorisantes quant à la possibilité d'y parvenir, quand bien même ce renoncement ne serait pas conscient. Ces explications dépassent *a fortiori* les manifestations observables de la dépression qui peuvent être variables, en faisant apparaître une même architecture, une même structure mentale potentiellement inconsciente-A derrière ces manifestations observables. La théorie amène donc le regard du clinicien à se porter au-delà de ce que rapporte le patient et de ce que lui-même observe, qui peut à l'occasion être un vécu strictement somatique et comportemental en apparence, ou au contraire être dominé par une émotion centrale comme la tristesse ou le découragement : la théorie suggère que ces formes très différentes que peut prendre la dépression peuvent en relever au même titre, pour autant que l'on peut retrouver par ailleurs dans les tableaux cliniques correspondants la trace de cette même architecture mentale en termes de croyances dépressives auto-réalisatrices. Cela est permis par le fait d'avoir tout d'abord conceptualisé l'humeur dépressive, par la théorie des « croyances dépressives actives », comme un état affectif dont le rôle fonctionnel spécifique consiste à pousser certaines croyances à se manifester, quand bien même ces croyances resteraient inconscientes-A : cela permettait déjà de voir que même si une humeur dépressive n'a en apparence que des manifestations somatiques et comportementales, il ne s'agit véritablement d'une humeur dépressive que si elle possède ces effets sur les états mentaux, et s'accompagne dès lors d'une certaine conduite, voire également de cognitions et d'émotions spécifiques.

L'histoire conceptuelle de la notion d'humeur n'est donc pas, à ce titre, un héritage encombrant dont il faudrait se défaire, mais rend plutôt cette notion très appropriée à saisir le phénomène de la dépression dans sa double dimension physique et psychique. C'est parce que l'expérience de la dépression est une humeur qu'il est difficile de dire ce qu'elle est, et qu'elle oscille, comme Klibansky et Panovsky le soulignaient pour son ancêtre la mélancolie, entre un état affectif temporaire, une disposition affective, un tempérament ou encore une maladie, toujours polymorphe et avec des causes multiples et non spécifiques (Klibansky et al., 1989). Mais de plus la notion d'humeur place aussi la dépression entre un problème du corps et un problème de l'esprit, au vu de sa double connotation psychologique et biologique. Cependant, si l'on se donne les moyens réflexifs de penser ces ambiguïtés, elles ne sont nullement problématiques mais au contraire nécessaires pour aborder ce phénomène.

Troisièmement, cela suggère que la résolution du problème dépressif au sens de la prise en charge thérapeutique de la dépression gagne à se dérouler sur ce plan mental : puisqu'elle est avant tout un état mental problématique, sa résolution doit passer par des

moyens thérapeutiques s'adressant aux phénomènes mentaux, donc des psychothérapies. Que les traitements biologiques puissent permettre l'amélioration de l'état affectif, corporel, c'est-à-dire faire disparaître l'humeur dépressive qui a modulé le rôle causal des croyances dépressives, pourrait bien ne pas être suffisant dans la mesure où ce sont ensuite ces croyances qui sont devenues problématiques, notamment à l'égard de la conduite, au point de faire de l'état dépressif un état pathologique : la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » suggère en tout cas que l'on pourrait expliquer les rechutes et récurrences dépressives, au-delà de la disparition de l'humeur dépressive sous l'effet des médicaments, par la persistance de ces croyances et de leur rôle problématique. Que les traitements biologiques puissent également être efficaces à l'égard des croyances est une possibilité, mais ce serait alors au sens de créer les conditions neurobiologiques permettant une modification de ces croyances, par exemple en restaurant un niveau d'activité, de connectivité ou de plasticité mentale permettant aux fonctions cognitives de s'exercer correctement. Mais pour ce qui est de changer les croyances elles-mêmes, de cesser d'adhérer à certains contenus intentionnels pour adopter et mobiliser dans sa conduite une nouvelle représentation des choses, en formant de nouvelles croyances, il semble bien à cette heure que seul un traitement mental puisse être pertinent : autrement dit une psychothérapie, qui traite des états psychologiques ou mentaux dans leur ordre propre.

Cependant la pertinence même d'un tel traitement, plus généralement d'une prise en charge thérapeutique, et la définition de ses objectifs, ne sauraient se formuler sans que l'on se soit préalablement accordé sur ce qui était problématique dans l'état mental concerné d'une manière justifiant d'intervenir et orientant cette intervention, c'est-à-dire sur un critère du « pathologique ». En l'occurrence il s'agira de modifier le rôle causal des croyances dépressives pour réduire leurs manifestations par des émotions et cognitions négatives et par une conduite de renoncement à agir, en vue de restaurer avant tout la capacité à agir en vue de réaliser ses aspirations. C'est ici que la notion de capacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal est pertinente pour départager des états dépressifs « pathologiques », soit des épisodes dépressifs ou cas de trouble dépressif à proprement parler, d'états similaires ne nécessitant pas de prise en charge : cette notion de capacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal donne ainsi un fondement à la distinction entre santé et maladie mentale dans le cas de la dépression, tout en permettant d'énoncer l'objectif de sa prise en charge.

- Le fondement philosophique de la santé mentale en termes de capacité au bien-être dans la dépression et son extension à d'autres troubles psychiatriques

Que la conduite de renoncement à agir par laquelle se traduit la dépression soit préjudiciable est insuffisant à définir celle-ci comme un état « pathologique » : si cette conduite permet de l'objectiver ainsi, c'est en tant qu'elle est causée par un état mental problématique, à savoir conjointement par des croyances dépressives, qui la guident, et par une humeur dépressive qui rend ces croyances intangibles et suscite l'extension de leur gouvernance cognitive. Ce rôle causal de l'humeur dépressive à l'égard des croyances dépressives entraîne une incapacité à mobiliser certaines capacités psychologiques de premier ordre : l'humeur altère les fonctions cognitives, donc la capacité de régulation des émotions et des cognitions, et elle pousse les croyances dépressives à se manifester de façon envahissante par des émotions, des cognitions et une conduite de renoncement à agir en vue de satisfaire ses aspirations, en rendant ineffectifs la plupart des désirs, donc les désirs privilégiés, qui pourraient motiver à agir autrement, en recrutant d'autres croyances. Ces capacités de premier ordre étant nécessaires à mobiliser pour chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, l'incapacité à les mobiliser est une incapacité de second-ordre à chercher à les satisfaire et finalement à atteindre un bien-être minimal.

L'incapacité à les mobiliser donne un fondement à la notion de « pathologique » et donc à la distinction entre santé et maladie. De plus cela donne une cible thérapeutique à la prise en charge médicale : la restauration de ces capacités. Dès lors la prise en charge thérapeutique est justifiée par le préjudice, mais celui-ci est objectivé. Par ce critère, on évite que la prise en charge thérapeutique ne s'étende au traitement de tout préjudice, en particulier de toute conduite qui serait préjudiciable à son auteur. Cependant un excès de normativité dans les pratiques médicales pourrait être encore dénoncé comme conséquence de cette conception si le préjudice était évalué non pas de manière objective mais à l'aune de certaines normes et valeurs sociales et culturelles discutables. Or dans l'approche en termes de capacité de second-ordre à atteindre le bien-être, tel n'est pas le cas car le préjudice est défini de manière aussi objective, aussi factuelle que possible : au niveau d'une capacité individuelle à poursuivre le bien-être, ce que l'on peut considérer comme le but de toute existence humaine. Ce bien-être n'étant de plus pas défini par un certain contenu, mais spécifié en termes de satisfaction des aspirations individuelles fondamentales, il est affranchi de toute conception normative relative à des valeurs discutables, à des standards sociaux et culturels que l'on pourrait critiquer. Bien sûr, les capacités de premier ordre permettant de chercher à atteindre le bien-être peuvent être plus ou moins difficiles à mobiliser selon l'environnement social : c'est pourquoi la théorie des « croyances dépressives auto-réalisatrices » se situe du côté

d'une conception externaliste modérée du trouble psychiatrique. L'incapacité à mettre en œuvre des fonctions cognitives, par exemple de régulation de ses émotions, ou à agir, peut être plus ou moins grande ; or cela peut plus ou moins diminuer la possibilité d'atteindre un bien-être minimal selon la mesure dans laquelle l'environnement exige de mobiliser ces capacités de premier ordre pour réaliser les aspirations constitutives de ce bien-être. Mais il est cohérent que la définition de la santé et de la maladie soit relative de cette façon-là à l'environnement, notamment social : la médecine est une pratique inscrite dans une certaine société avec laquelle elle évolue, tout autant que le type d'états qu'elle a à prendre en charge. Ces états étant définis comme ceux qui, dans tous les cas, se traduisent par une incapacité de second-ordre à atteindre une situation de satisfaction de ses aspirations fondamentales, il s'agit tout de même d'un critère absolu, qui ne relativise pas la santé à des valeurs, des normes, des idéaux sociaux ou culturels spécifiques.

Peut-on dès lors étendre ce critère du « pathologique » à d'autres troubles où la conduite non seulement est préjudiciable, mais de plus provient d'une incapacité à mettre en œuvre certaines capacités psychologiques ?

Les troubles bipolaires mettent non seulement en jeu des états dépressifs auxquels on pourrait appliquer ce critère de la même manière que pour la dépression, mais aussi des états maniaques dans lesquels semblent intervenir une humeur, des croyances, des émotions et des jugements, ainsi qu'une conduite en tous points opposés à ceux de la dépression, mais entretenant le même type de rapports problématiques. Dans les épisodes thymiques correspondants, la conduite ne serait pas une conduite de renoncement à agir en vue de chercher à satisfaire ses aspirations fondamentales, s'expliquant par des croyances dans l'impossibilité de les satisfaire, mais une conduite qui chercherait à les satisfaire à tout prix, fondée sur des croyances dans la possibilité d'atteindre un bien-être total ou maximal, donc dans la possibilité que toutes ces aspirations se réalisent. Au lieu d'une impossibilité radicale on croirait donc à une possibilité radicale de réalisation de ses aspirations. Ce qui serait préjudiciable ici, ce ne serait pas d'abandonner la recherche de la satisfaction de certaines aspirations fondamentales, mais au contraire le fait de chercher à toutes les réaliser en même temps, sans les hiérarchiser pour les poursuivre séparément dans des contextes où cela aurait une chance d'aboutir. Cela semble pouvoir tout autant conduire à l'échec à satisfaire ces aspirations, peut-être à satisfaire certaines aspirations fondamentales, et donc à atteindre un bien-être minimal, car la conduite maniaque nuit aux intérêts de la personne à moyen ou long terme, voire peut la mettre en danger aigu à court terme. Nous pourrions ainsi analyser la

conduite maniaque comme préjudiciable en termes d'incapacité à atteindre le bien-être. Mais de plus, pour autant que nous pourrions rendre compte de cette incapacité comme une incapacité de second-ordre, en termes d'incapacité à mobiliser certaines capacités, nous aboutirions ainsi à la caractériser comme pathologique.

Le caractère préjudiciable de cette conduite peut tenir à un caractère erroné ou objectivement infondé des croyances qui la guident, dans le cas où l'on tient ses aspirations pour être réalisables par certains moyens alors qu'elles ne le sont pas. Par exemple une croyance maniaque erronée pourrait représenter une aspiration à être quelqu'un d'apprécié dans son milieu professionnel comme réalisable en faisant certaines plaisanteries, alors que ces dernières auraient au contraire pour effet de susciter l'hostilité de ce milieu professionnel. Les croyances maniaques optimistes dans la possibilité de satisfaire certaines aspirations seraient plus généralement inadéquates en termes prudeniels : elles pourraient être recrutées et se manifester dans des contextes où ne pas les manifester aurait au contraire davantage contribué à leur réalisation. Par exemple il se pourrait que, dans un certain nombre de contextes, le fait de ne pas afficher par certains jugements, ou une certaine conduite, sa croyance dans le fait que l'on parviendra un jour à se faire apprécier de ses collaborateurs professionnels, ait davantage de chances d'aboutir à ce qu'on le soit un jour effectivement, que le fait de manifester cette croyance.

Mais que la conduite maniaque préjudiciable relativement au bien-être soit liée à une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, devenant ainsi « pathologique », supposerait de plus que ces croyances deviennent intangibles, et soient mobilisées à tout bout de champ dans le quotidien. Elles le seraient alors non seulement dans cette conduite mais aussi dans des états mentaux, émotions et cognitions, qui deviendraient envahissants. En effet il semble bien que l'humeur maniaque entraîne tout autant que l'humeur dépressive, une altération des fonctions cognitives susceptible d'empêcher la régulation de ces émotions et cognitions. Dès lors elle induirait aussi une incapacité à mobiliser la capacité psychologique de premier ordre à réguler ses émotions et ses cognitions, tout en poussant les croyances maniaques à se manifester de manière envahissante par des émotions et des cognitions qui motivent une conduite maniaque. Cela induirait une incapacité à agir d'une manière permettant d'atteindre un bien-être minimal, qui pourrait également être entraînée par une modulation des désirs par l'humeur maniaque : elle pourrait rendre certains désirs effectifs au détriment d'autres, ces désirs recrutant les croyances maniaques, et causant conjointement avec elles la conduite maniaque. C'est dans les termes de cette incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, que serait objectivé le préjudice rendant l'état maniaque

« pathologique », et non au niveau des normes sociales auxquelles dérogent la conduite maniaque et les états mentaux occurrence dont elle s'accompagne.

Pour un trouble psychiatrique tout à fait différent, ne faisant pas nécessairement intervenir une humeur problématique, pourrait-on également envisager une extension du critère de l'incapacité de second-ordre à atteindre le bien-être ? Dans les troubles addictifs, ce critère pourrait être utile pour déterminer en quoi la conduite de consommation peut être « pathologique » en ce sens. On peut en effet juger qu'une telle conduite est problématique parce qu'elle porte préjudice à la personne elle-même, par exemple à sa santé physique, et parce qu'elle porte préjudice à son entourage. Mais ce caractère problématique parce que préjudiciable ne suffit pas en lui-même à la considérer comme « pathologique ». Il faudrait alors voir dans quelle mesure on peut reconduire ce préjudice qu'induit la conduite addictive à une incapacité à agir autrement, donc une incapacité à mobiliser certaines capacités de premier ordre permettant d'agir autrement, tout en montrant que cette conduite empêche à terme la personne de se maintenir à un niveau de bien-être minimal. C'est seulement alors que cette conduite addictive serait liée à une incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, et donc « pathologique ». Peut-être y aurait-il lieu de ne pas considérer une consommation ne privant pas de la capacité à mobiliser des capacités permettant de chercher satisfaire ses aspirations fondamentales comme pathologique, quoiqu'elle puisse être problématique. Inversement peut-être la privation de cette capacité pourrait-elle être objectivée, à l'aune de ce que nous savons des mécanismes psychologiques de l'addiction. Il faudrait chercher à expliquer l'ineffectivité des désirs de premier ordre qui pourraient permettre la réalisation des aspirations fondamentales au profit de l'effectivité du désir de consommer. Il pourrait y avoir une impossibilité à former de nouveaux désirs concurrents susceptibles de devenir effectifs, ou une impossibilité pour les désirs concurrents au désir de consommer d'être effectifs, autrement dit de porter à agir, en recrutant les croyances devant guider la conduite qui permettrait de les mettre en œuvre. Les croyances recrutées par le désir de consommer pourraient être mises au premier plan par ce désir, et devenir intangibles, empêchant la formation de nouvelles croyances susceptibles de se manifester par une conduite différente. Quelle que soit la piste à suivre, elle consisterait à tenter d'objectiver l'addiction en termes d'état mental problématique rendant compte de la conduite addictive préjudiciable comme « pathologique » du fait d'une incapacité, inhérente à cet état mental, à mobiliser des capacités de premier ordre qui permettraient de changer de conduite : pour autant que le

préjudice en question soit une incapacité à atteindre un bien-être minimal il s'agirait d'un préjudice objectif et non relatif à des valeurs sociales discutables.

C'est ainsi que le critère du « pathologique » de Nordenfelt (2000), formulé en termes d'incapacité de second-ordre à atteindre un bien-être minimal, tel que je l'ai adapté à la dépression, pourrait également être étendu à d'autres troubles psychiatriques pour lesquels il permettrait de tracer un seuil du pathologique de manière à la fois relative au préjudice et aussi objective que possible. Cela nécessiterait un travail préalable d'objectivation de ces troubles psychiatriques sur le plan psychologique pour lequel la philosophie des états affectifs pourrait également être mobilisée.

Bibliographie

Philosophie

- Aho, K. A. (2013). Depression and embodiment : Phenomenological reflections on motility, affectivity, and transcendence. *Medicine, health care and philosophy*, 16(4), 751-759.
- Arminjon, M., Cherici, C., & Méthot, P.-O. (2022). *Le normal et le pathologique : Des catégories périmées ?* Éditions Matériologiques
- Barkow, J. H., Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). *The adapted mind : Evolutionary psychology and the generation of culture*. Oxford University Press, USA.
- Bayne, T., & Montague, M. (2011). *Cognitive phenomenology*. Oxford University Press on Demand.
- Beedie, C., Terry, P., & Lane, A. (2005). Distinctions between emotion and mood. *Cognition & Emotion*, 19(6), 847-878.
- Block, N. (1995). Some concepts of consciousness. *Sciences*, 18(2), 1-28.
- Bolton, D. (2008). *What is Mental Disorder : An Essay in Philosophy, Science, and Values*. Oxford University Press.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of science*, 44(4), 542-573.
- Callahan, C. M., & Berrios, G. E. (2005). *Reinventing Depression : A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940-2004*. Oxford University Press, USA.
- Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Castel, P.-H. (1998). *La querelle de l'hystérie : La formation du discours psychopathologique en France, 1881-1913*. Presses universitaires de France.
- Castel, P.-H., (2021), « Le cas de la dépression », in Corbin, A., Courtine, J.-J., & Vigarello, G. (2021). *Histoire des émotions*. Éditions Points.
- Castel, R. (1978). *L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme* (Vol. 1-1). Ed. de Minuit.
- Choi, S., & Fara, M. (2021). Dispositions. In E. N. Zalta & U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/dispositions/>
- Cooper, R. (2014). *Psychiatry and philosophy of science*. Routledge.
- Cooper, R. (2021). *On Harm*. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9949.003.0033>
- Cummins, R. (1975). Functional Analysis. *Journal of Philosophy*, 72(November), 741-764. <https://doi.org/10.2307/2024640>
- DeLancey, C. (2006). Basic moods. *Philosophical Psychology*, 19(4), 527-538.
- Demazeux, S. (2013). *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Ithaque.
- Demazeux, S. (2019). *L'éclipse du symptôme : L'observation clinique en psychiatrie 1800-1950* (Vol. 1-1). Ithaque.
- Demazeux, S. (2008). Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? *Philonsorbonne*, 2, Article 2. <https://doi.org/10.4000/philonsorbonne.166>

- Deonna, J. A., & Teroni, F. (2009a). L'intentionnalité des émotions : Du corps aux valeurs. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, XLVII-144, 25-41.
- Deonna, J. A., & Teroni, F. (2009b). Taking affective explanations to heart. *Social Science Information*, 48(3), 359-377.
- Deonna, J. A., & Teroni, F. (2015). Emotions as attitudes. *dialectica*, 69(3), 293-311.
- Deonna, J., & Teroni, F. (2012). *The emotions : A philosophical introduction*. Routledge.
- Deonna, J., & Teroni, F. (2022). Emotions and Their Correctness Conditions : A Defense of Attitudinalism. *Erkenntnis*, 1-20.
- De Vreese, L. (2017). How to proceed in the disease concept debate? A pragmatic approach. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 42(4), 424-446.
- Dézèque, F. (2021), «Bien-être (A)», dans Maxime Kristanek (dir.), l'Encyclopédie philosophique, <https://encyclo-phil.fr/>
- Dokic, J. (2000). *Philosophie de l'esprit*. PUF, Paris.
- Dowrick, C. (2016). Suffering, meaning and hope : Shifting the focus from depression in primary care. In *Sadness or depression? International perspectives on the depression epidemic and its meaning* (p. 121-136). Springer Science
- Dretske, F. (2002). *Conscious Experience in "Philosophy of Mind: Classical and Contemporary Readings"* edited by David J Chalmers. New York: Oxford University Press.
- Dretske, F. (1991). *Explaining behavior: Reasons in a world of causes*. MIT press.
- Dugas (1914), « L'humeur », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 39 (LXXVII), jan.-juin. 1914, p. 170-188 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k17216s/f174.item>
- Dupré, J. (1993). *The disorder of things : Metaphysical foundations of the disunity of science*. Harvard University Press.
- Dupuis (1922), « L'Ennui morbide », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 47 (XCIII), jan.-juin 1922, Paris : Félix Alcan, p. 417-442 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k172321/f417.item>
- Durkheim, É., *Le Suicide, étude de sociologie*, Paris : Félix Alcan, 1897 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6128145d>
- Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression. *Figures de la psychanalyse*, 1, 25-41.
- Ehrenberg, A. (2008). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2010a). 2. *La dépression, une pathologie de l'autonomie ?* Lavoisier.
- Ehrenberg, A. (2010b). D'oedipe à Narcisse : La crise de la self-reliance. *Ehrenberg A. La société du malaise. Paris: Odile Jacob*, 101-142.
- Faucher, L. (2016). Darwinian blues : Evolutionary psychiatry and depression. In *Sadness or Depression?* (p. 69-94). Springer.
- Faucher, L. (2021). 3 Facts, Facts, Facts : HD Analysis Goes Factual. *Defining Mental Disorder: Jerome Wakefield and His Critics*, 47.
- Faucher, L., & Goyer, S. (2015). RDoC : Thinking outside the DSM box without falling into a reductionist trap. In *The DSM-5 in perspective* (p. 199-224). Springer.

- Faucher, L., & Goyer, S. (2017). RDoC's Special Kind of Reductionism and Its Possible Impact on Clinical Psychiatry. In *The Routledge Handbook of Neuroethics* (p. 412-428). Routledge.
- Fernandez, A. V. (2014a). Depression as existential feeling or de-situatedness? Distinguishing structure from mode in psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 13(4), 595-612.
- Fernandez, A. V. (2014b). Reconsidering the affective dimension of depression and mania : Towards a phenomenological dissolution of the paradox of mixed states, *Journal of Psychopathology* 20 (4):414-422 (2014)
- Fish, W. (2005). Emotions, Moods, and Intentionality. In *Intentionality : Past and future* (p. 25-35). Editions Rodopi.
- Fish, W. (2010). *Philosophy of Perception : A Contemporary Introduction*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203880586>
- Forest, D. (2009). De quel concept de fonction la philosophie de la médecine peut-elle avoir besoin? *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 134(1), 59-77.
- Forest, D. (2016). Is an Anatomy of Melancholia Possible? Brain Processes, Depression, and Mood Regulation. In *Sadness or Depression?* (p. 95-107). Springer.
- Forest, D. (2021). 21 Autistic Spectrum, Normal Variation, and Harmful Dysfunction. *Defining Mental Disorder*, 433.
- Frankfurt, H. G. (1988). Freedom of the Will and the Concept of a Person. In M. F. Goodman (Éd.), *What Is a Person?* (p. 127-144). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3950-5_6
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Frijda, N. H. (1994). *Varieties of affect : Emotions and episodes, moods, and sentiments*. <https://dare.uva.nl/search?identifier=c07ee615-8086-4751-971a-70fabbb6ea6fc>
- Fuchs, T. (2002). The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of phenomenological psychology*, 33(2), 223-243.
- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds : A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12(2), 95-107.
- Fuchs, T. (2013). Depression, Intercorporeality, and Interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 219-238.
- Galison, P. L. (1997). *Image and logic : A material culture of microphysics*. the University of Chicago press.
- Gallegos, F. (2017). Moods are not colored lenses : Perceptualism and the phenomenology of moods. *Philosophia*, 45(4), 1497-1513.
- Giroux, É., & Lemoine, M. (Éds.). (2012). *Philosophie de la médecine*. Librairie philosophique J. Vrin.
- Goldie, P. (2000). *The emotions : A philosophical exploration*. Oxford University Press.
- Goldie, P. (2002). Emotions, feelings and intentionality. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1(3), 235-254.

- Goldie, P. (2012). *The mess inside : Narrative, emotion, and the mind*. Oxford University Press.
- Goldstein, J. E. (1997). *Consoler et classifieur : L'essor de la psychiatrie française* (F. Bouillot, Trad.). Synthélabo.
- Griffiths, P. E. (1989). Folk, functional and neurochemical aspects of mood. *Philosophical Psychology*, 2(1), 17-30.
- Griffiths, P. E. (1996). The historical turn in the study of adaptation. *The British journal for the philosophy of science*, 47(4), 511-532.
- Griffiths, P. E. (1997). *What emotions really are : The problem of psychological categories*. University of Chicago Press.
- Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Harvard University Press.
- Helton, G. (2020). If you can't change what you believe, you don't believe it. *Noûs*, 54(3), 501-526.
- Horwitz, A. V. (2015). The DSM-5 and the continuing transformation of normal sadness into depressive disorder. *Emotion review*, 7(3), 209-215.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness : How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear : Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press.
- Jackson, S. W. (1986). *Melancholia and depression : From hippocratic times to modern times*. Yale University Press.
- Kendler, K. S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41(6), 1143-1150. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
- Kincaid, H. (2008). Do We Need Theory to Study Disease? : Lessons from cancer research and their implications for mental illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3), 367-378.
- Klibansky, R., Panofsky, E., Saxl, F., Durand-Bogaert, F., & Evrard, L. (1989). *Saturne et la mélancolie : Études historiques et philosophiques nature, religion, médecine et art*. Gallimard.
- Kristeva, J. (1989). *Soleil Noir. Dépression et mélancolie*. Folio Essais
- Kuhn, T. S., Meyer, L., Debru, C., & Dupont, J.-Y. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion.
- Lemaire, S. (2008). *Les désirs et les raisons : De la délibération à l'action*. J. Vrin.
- Lepine, S. (2022). « Les bonnes humeurs, le bonheur et le bien-être ». *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum*, 17(1-2), 151-175. <https://doi.org/10.7202/1097018ar>
- Levin J., "Functionalism", In E. N. Zalta & U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2023). Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/sum2023/entries/functionism/>
- Levy, N. (2017). Religious beliefs are factual beliefs : Content does not correlate with context sensitivity. *Cognition*, 161, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2017.01.012>
- Lormand, E. (1985). Toward a theory of moods. *Philosophical Studies*, 47(3), 385-407.
- Marinker, M. (1975). Why make people patients?. *Journal of medical ethics*, 1(2), 81-84.
- Marušić, B. (2018). Do Reasons Expire? An Essay on Grief. *Philosophers' Imprint*, 18.

- McLaughlin, B. and Bennett K., "Supervenience", In E. N. Zalta & U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2021), Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/supervenience/>
- Mendelovici, A. (2013a). Intentionalism about moods. *Thought: A Journal of Philosophy*, 2(2), 126-136.
- Mendelovici, A. (2013b). Pure intentionalism about moods and emotions. In *Current controversies in philosophy of mind* (p. 135-157). Routledge.
- Millikan, R. G. (1989). Biosemantics. *The journal of philosophy*, 86(6), 281-297.
- Minois, G. (2003). *Histoire du mal de vivre : De la mélancolie à la dépression*. Éd. de La Martinière.
- Missa, J.-N., & Buser, P. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique : Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*. Presses universitaires de France.
- Morris, W. N. (2012). *Mood : The Frame of Mind*. Springer Science & Business Media.
- Murphy, D. (2010), "Philosophy of Psychiatry", In E. N. Zalta & U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2020 Edition), Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/psychiatry/>
- Murphy, M. J., & Peterson, M. J. (2015). Sleep Disturbances in Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.009>
- Nordenfelt, L. Y. "Action, capacité et santé", extraits de *Action, ability and health : Essays in the philosophy of action and welfare* Dordrecht, Kluwer, 2000, trad. Fr. M. Le Bidan et D. Forest, in *Philosophie de la médecine*, textes réunis par E. Giroux et M. Lemoine, Paris, Vrin, 2012, p. 259-296
- Nussbaum, M. C. (2003). *Upheavals of thought : The intelligence of emotions*. Cambridge University Press.
- Piñeros Glasscock J. S. & Tenenbaum S., "Action", In E. N. Zalta & U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2023). Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/action/>
- Pouivet, Roger (2020), «Croyance religieuse (A)», dans Maxime Kristanek (dir.), *l'Encyclopédie philosophique*, <https://encyclo-philo.fr/croyance-religieuse-a>
- Price, C. (2006). Affect without object : Moods and objectless emotions. *European Journal of Analytic Philosophy*, 2(1), 49-68.
- Prinz, J. J. (2004). *Gut reactions : A perceptual theory of emotion*. Oxford University Press.
- Radden, J. (2009). *Moody minds distempered : Essays on melancholy and depression*. Oxford University Press on Demand.
- Ratcliffe, M. (2010). Depression, guilt and emotional depth. *Inquiry*, 53(6), 602-626.
- Ratcliffe, M. (2013a). A bad case of the flu? The comparative phenomenology of depression and somatic illness. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 198-218.
- Ratcliffe, M. (2013b). Why mood matters. *The Cambridge companion to Heidegger's being and time*, 157-176.
- Ratcliffe, M. (2014). *Experiences of depression : A study in phenomenology*. OUP Oxford.
- Rigoli, J. (2018). Psychopathologie et poétique de l'«ennui» en France au xixe siècle. *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n°10

- Roberts, R. C. (2003). *Emotions : An essay in aid of moral psychology*. Cambridge University Press.
- Russell, J. A. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of personality and social psychology*, 37(3), 345.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of personality and social psychology*, 39(6), 1161.
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological review*, 110(1), 145.
- Russell, J. A. (2009). Emotion, core affect, and psychological construction. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1259-1283.
- Scarantino, A., & de Sousa, R. (2018). *Emotion*.
- Schwitzgebel, E., "Belief", in E. N. Zalta & U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2023 Edition), Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/belief/>
- Siemer, M. (2001). Mood-specific effects on appraisal and emotion judgements. *Cognition and Emotion*, 15(4), 453-485. <https://doi.org/10.1080/02699930126083>
- Siemer, M. (2009). Mood Experience: Implications of a Dispositional Theory of Moods. *Emotion Review*, 1(3), 256-263. <https://doi.org/10.1177/1754073909103594>
- Solomon, R. C. (1976). *The Passions*. Anchor press.
- Stephan, A. (2017). Moods in Layers. *Philosophia*, 45(4), 1481-1495. <https://doi.org/10.1007/s11406-017-9841-0>
- Starobinski, J. (2012). *L'Encre de la mélancolie*. Seuil
- Svenaesus, F. (2013). Depression and the Self Bodily Resonance and Attuned Being-in-the-World. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 15-32.
- Szasz, T. S., & Berger, D. (1975). *Le Mythe de la maladie mentale*. Payot.
- Tappolet, C. (2000). *Emotions et valeurs*. Presses universitaires de France.
- Tappolet, C. (2016). *Emotions, values, and agency*. Oxford University Press, 2016.
- Tappolet, C. (2018). The metaphysics of moods. In *The ontology of emotions* (p. 169-186). Cambridge University Press.
- Teroni, F. (2019). Valence, bodily (dis)pleasure, and emotion. In *Philosophy of Suffering*. Routledge.
- Tye, M. (1995). *Ten problems of consciousness : A representational theory of the phenomenal mind*. MIT Press.
- Tye, M. (2008). The Experience of Emotion : An Intentionalist Theory. *Revue Internationale de Philosophie*, n° 243(1), 25-50.
- Van Gulick, R. (2022). Consciousness. In E. N. Zalta & U. Nodelman (Éds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2022). Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/consciousness/>
- Van Leeuwen, N. (2014). Religious credence is not factual belief. *Cognition*, 133(3), 698-715. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.08.015>
- Wakefield, J. C. (1992a). Disorder as harmful dysfunction : A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological review*, 99(2), 232.

- Wakefield, J. C. (1992b). The concept of mental disorder : On the boundary between biological facts and social values. *American psychologist*, 47(3), 373.
- Wakefield, J. C., & Demazeux, S. (Éds.). (2016). *Sadness or Depression? : International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning*. Springer Netherlands.
- Wetzel, L. (2018). Types and Tokens. In E. N. Zalta (Éd.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2018). Metaphysics Research Lab, Stanford University, <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/types-tokens/>
- Wittgenstein, L. (1966). *Leçons et Conversations*, trad. J. Fauve, Paris, Gallimard, Folio essais n°190, 1992
- Zachar, P. (2006). Les troubles psychiatriques et le modèle des espèces pratiques. *Philosophiques*, 33(1), 81-97.
- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2007). Psychiatric disorders : A conceptual taxonomy. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 557-565.

Psychiatrie

Revue dépouillées : *L'Encéphale : journal des maladies mentales et nerveuses* (1881-1889), les *Annales médico-psychologiques* (depuis 1843), la *Revue philosophique de la France et de l'étranger* (depuis 1876), les *Annales de psychiatrie et d'hypnologie* (1891-1895), la *Revue de psychiatrie (médecine mentale, neurologie, psychologie)* (1898-1914), *l'Année psychologique* (depuis 1894), *L'Encéphale* (depuis 1906), la *Revue des sciences psychologiques* (1913), *L'Evolution psychiatrique* (depuis 1925)

Dictionnaires de médecine :

Dictionnaire des sciences médicales, Paris: Pancoucke, 1812-1822
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?47661>

Dictionnaire de médecine, Adelon dir., Paris : Béchet jeune, 1821-1828
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?extbnfadelon>

Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique, 2e édition, Adelon dir., Paris, Béchet jeune, 1832-1846
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?34820>

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Andral dir., Paris : Gabon, Méquignon-Marvis, J.-B. Baillière, Crochard, 1829-1836
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?34826>

Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale : contenant l'indication, la description et l'emploi de tous les médicaments connus dans les diverses parties du globe, Mérat De Vaumartoise F.-V. et Lens A. J., Paris : J.B. Baillière :

Méquignon-Marvis : Gabon, 1829-1846
https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?pharma_014023

Nouveau dictionnaire de médecine de chirurgie pratiques, Jaccoud dir., Paris: J.B. Baillière, 1864-1886 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?32923>

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Dechambre dir., Paris : G. Masson : P. Asselin, 1864-1889
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?extbnfdechambre>

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent... 13^e édition, Littré, E. et Robin, C., Paris : J.-B. Baillière, 1873
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?37020d>

Dictionnaire de médecine, chirurgie..., 21^e édition, Gilbert A. et Littré E., Paris, Baillière, 1908 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?27898>

Dictionnaire usuel des sciences médicales, Dechambre dir., Paris, G. Masson, 1885
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?20311>

Larousse médical illustré, Galtier-Boissière dir., Paris : Larousse, 1924
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?269035>

Abbey, S. E., & Garfinkel, P. E. (1991). Chronic Fatigue Syndrome and Depression : Cause, Effect, or Covariate. *Reviews of Infectious Diseases*, 13(Supplement_1), S73-S83.
https://doi.org/10.1093/clinids/13.Supplement_1.S73

Abelaira, H. M., Réus, G. Z., Petronilho, F., Barichello, T., & Quevedo, J. (2014). Neuroimmunomodulation in Depression : A Review of Inflammatory Cytokines Involved in this Process. *Neurochemical Research*, 39(9), 1634-1639. <https://doi.org/10.1007/s11064-014-1372-5>

Abély, Assailly, Lainé (1948), « Étude clinique et physiologique d'une dynamique affective. La pensée affective et l'humeur instinctive », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1948, Paris : Masson, p. 69-74

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness depression. In *Explanatory style* (p. 113-134). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511527937.026>

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression : A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans : Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>

Achab, S., Haffen, E., Thorens, G., & Zullino, D. (2018). 23. Dépression et addictions sans substance. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 230-235). Lavoisier.

- Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, G. F., & Gasbarrini, G. (1997). Inflammatory Bowel Disease : A Study of the Association between Anxiety and Depression, Physical Morbidity, and Nutritional Status. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(10), 1013-1021. <https://doi.org/10.3109/00365529709011218>
- Adler, U. C., Marques, A. H., & Calil, H. M. (2008). Inflammatory Aspects of Depression. *Inflammation & Allergy - Drug Targets (Formerly Current Drug Targets - Inflammation & Allergy)*, 7(1), 19-23. <https://doi.org/10.2174/187152808784165216>
- Agbokou, C., & Allilaire, J.-F. (2010). 4. Dépression de l'adulte. In *Les états dépressifs* (p. 26-34). Lavoisier.
- Alacreu-Crespo, A., Cazals, A., Courtet, P., & Olié, E. (2020). Brief Assessment of Psychological Pain to Predict Suicidal Events at One Year in Depressed Patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(5), 320-324.
- Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies : Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 382-389. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.005>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Ali, H., Pamarthy, R., Bolick, N. L., Lambert, K., & Naseer, M. (2022). Relation between inflammatory bowel disease, depression, and inpatient outcomes in the United States. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 35(3), 278-283. <https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2028344>
- Allan, L. G., Siegel, S., & Hannah, S. (2007). The sad truth about depressive realism. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 60(3), 482-495. <https://doi.org/10.1080/17470210601002686>
- Allendy, R., Arland, M., & Blanche, J.-É. (1924). *Freud et la psychanalyse*. In *Le disque vert*, ISSN 0779-2174.
- Allilaire, (2008). Pierre Janet et la Salpêtrière. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 166, N°3, Elsevier Masson, p. 185-190.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1982). Learned helplessness, depression, and the illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(6), 1114-1126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.6.1114>
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression : Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 5-21. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00749.x>
- Alloy, L. B., Peterson, C., Abramson, L. Y., & Seligman, M. E. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 681-687. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.681>
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>

- American psychiatric association. (2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association* (5th edition). American Psychiatric Publishing.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame : The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Andrews, P. W., & Thomson Jr., J. A. (2009). The bright side of being blue : Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116(3), 620-654. <https://doi.org/10.1037/a0016242>
- Anzolin, A. P., Feiten, J. G., Bristot, G., Possebon, G. M. P., de Almeida Fleck, M. P., Caldieraro, M. A., & Kauer-Sant'Anna, M. (2022). Earlier age of onset is associated with a pro-inflammatory state in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 314, 114601.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (2010). Alexithymia : Concept and Measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(1-4), 180-190. <https://doi.org/10.1159/000287386>
- Argyropoulos, S. V., & Wilson, S. J. (2005). Sleep disturbances in depression and the effects of antidepressants. *International Review of Psychiatry*, 17(4), 237-245. <https://doi.org/10.1080/09540260500104458>
- Armbruster, D., Pieper, L., Klotsche, J., & Hoyer, J. (2015). Predictions get tougher in older individuals : A longitudinal study of optimism, pessimism and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 153-163. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0959-0>
- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., Kraemer, H. C., Dea, R., Robinson, R., & Hayward, C. (2006). Comorbid Depression, Chronic Pain, and Disability in Primary Care. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 262. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204851.15499.fc>
- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, Shame, and Depressive Symptoms. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), 148-156. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00390.x>
- Auerbach, R. P., Millner, A. J., Stewart, J. G., & Esposito, E. C. (2015). Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters. *Journal of Affective Disorders*, 186, 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.031>
- Austin, M.-P., Mitchell, P., & Goodwin, G. M. (2001). Cognitive deficits in depression : Possible implications for functional neuropathology. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 200-206. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.200>
- Baeyens C. (2019), Les facteurs cognitifs dans la régulation émotionnelle, in *Neuropsychologie en psychiatrie*, Amieva, Prouteau et Martinaud dir., Paris, De Boeck supérieur, p. 157-176.
- Bagayogo, I. P., Interian, A., & Escobar, J. I. (2013). *Transcultural Aspects of Somatic Symptoms in the Context of Depressive Disorders*. <https://doi.org/10.1159/000350057>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
- Baillarger J. (1853a), « De la mélancolie avec stupeur », *Annales médico-psychologiques*, n°5, 1853, Paris : Masson, p. 251-276 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1853x05&p=261>
- Baillarger J. (1853b) « Essai sur une classification des différents genres de folie », *Annales médico-psychologiques*, n°5, 1853, Paris : Masson, p. 545-566 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1853x05&p=555>
- Baillarger, J. (1854) *Essai de classification des maladies mentales:(Leçon faite à Salpêtrière, le 9 Avril 1854.)*, Paris : Masson, 1854 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k82670x.r=baillarger%20essai%20de%20classification%20des%20maladies%20mentales?rk=21459;2>
- Baillarger, J. (1890), *Recherches sur les maladies mentales. Tome premier*, 1890, Paris: Masson <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k766057.r=baillarger%20recherches%20sur%20les%20maladies%20mentales?rk=21459;2>
- Ball B. (1888), « De la mélancolie », *L'Encéphale : journal des maladies mentales et nerveuses*, 1888, Paris : Baillière, p. 291-304 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6377571t/f297.item>
- Ballet G. (dir.), *Traité de pathologie mentale*, 1903, Paris : Octave Doin <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55051997.r=ballet%20trait%C3%A9%20de%20pathologie%20mentale?rk=21459;2>
- Ballet, « Les affections qu'on confond souvent avec la neurasthénie », *Revue de psychiatrie (médecine mentale, neurologie, psychologie)*, 1907 n°1, (tome XI), Paris : Doin, p. 128 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6448136q/f144.item>
- Bamonti, P. M., Heisel, M. J., Topciu, R. A., Franus, N., Talbot, N. L., & Duberstein, P. R. (2010). Association of Alexithymia and Depression Symptom Severity in Adults Aged 50 Years and Older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 51-56. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bd1bfe>
- Barch, D. M., Pagliaccio, D., & Luking, K. (2016). Mechanisms Underlying Motivational Deficits in Psychopathology : Similarities and Differences in Depression and Schizophrenia. In E. H. Simpson & P. D. Balsam (Éds.), *Behavioral Neuroscience of Motivation* (p. 411-449). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/7854_2015_376
- Bargdill, R. W. (2019). Habitual Boredom and Depression : Some Qualitative Differences. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(2), 294-312. <https://doi.org/10.1177/0022167816637948>

- Barsevick, A. M., Dudley, W. N., & Beck, S. L. (2006). Cancer-related Fatigue, Depressive Symptoms, and Functional Status : A Mediation Model. *Nursing Research*, 55(5), 366.
- Baruk, H., *La Psychiatrie française, de Pinel à nos jours*, Presses universitaires de France, 1967.
- Baruk H. (1954), « La psychopathologie de la mélancolie. La mélancolie, maladie de la conscience morale », *Annales médico-psychologiques*, Vol. 113, N°1, janv. 1955, Paris : Masson, p. 111-114
- Batterham, P. J., Glozier, N., & Christensen, H. (2012). Sleep disturbance, personality and the onset of depression and anxiety : Prospective cohort study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(11), 1089- 1098. <https://doi.org/10.1177/0004867412457997>
- Baudic, S., Benisty, S., Barba, G. D., & Traykov, L. (2007). Impairment of executive function in elderly patients with major unipolar depression : Influence of psychomotor retardation. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 5(1), 65-71. <https://doi.org/10.1684/pnv.2007.0036>
- Baxter, L. C. (2016). Appetite Changes in Depression. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 317-318. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010010>
- Beard, G. (1869). Neurasthenia, or nervous exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 80(13), 217-221.
- Beaunis H. (1889), « La Douleur morale », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 14(XXVII), jan.-juin 1889, Paris : Félix Alcan, p. 251-261
- Beaunis H., *Les sensations internes*, Paris : Félix Alcan, 1889
- Bech, P., & Rafaelsen, O. J. (1980). The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(S285), 128-132. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb07683.x>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression : I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression : II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy : Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T. (2017a). Chapitre 11. La thérapie cognitive de la dépression. In *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels: Vol. 2e éd.* (p. 223-252). De Boeck Supérieur.
- Beck, A. T. (2017b). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels: Vol. 2e éd.* (B. Pascal, Trad.). De Boeck Supérieur.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression : Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism : The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Benoit, G., & Everett, J. (1993). Problèmes d'attention et dépression. *L'année psychologique*, 93(3), 401-426.
- Benon R. (1922), « Mélancolie vraie et asthénie périodique », *L'Encéphale : journal de neurologie et de psychiatrie*, 1922-01, Paris : Delarue, p. 646-651 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96499787/f726.item>
- Benon R. (1927), « Mélancolie vraie et guérison », *Annales médico-psychologiques*, n°01, 1927, Paris : Masson, p. 240-263 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1927x01&p=240>
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. M., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.007>
- Bellivier, F., & Haffen, E. dir. (2018). *Actualités sur les maladies dépressives*. Lavoisier.
- Bener, A., Al-Kazaz, M., Ftouni, D., Al-Harthy, M., & Dafeeah, E. E. (2013). Diagnostic overlap of depressive, anxiety, stress and somatoform disorders in primary care. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(1), E29-E38. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00215>.
- Bennabi, D., Masse-Sibille, C., Vandiel, P., & Haffen, E. (2018). 6. *Sémiologie psychomotrice*. Lavoisier.
- Bennabi, D., Vandiel, P., Papaxanthis, C., Pozzo, T., & Haffen, E. (2013). Psychomotor Retardation in Depression : A Systematic Review of Diagnostic, Pathophysiologic, and Therapeutic Implications. *BioMed Research International*, 2013, e158746. <https://doi.org/10.1155/2013/15874>
- Bergmans, Y., Guimond, T., Lambert, C., McInerney, S., & O'Brien, K. (2021). Alexithymia in People With Recurrent Suicide Attempts. *Crisis*, 42(6), 425-433. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a00073>
- Berman, A. L. (2009). Depression and suicide. *Handbook of depression*, 2, 510-530.
- Bernert, R. A., & Nadorff, M. R. (2015). Sleep Disturbances and Suicide Risk. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.00>
- Bertschy, G., & Bondolfi, G. (2018). 26. Symptômes résiduels de la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 253-261). Lavoisier.
- Besharat, M. A., Nia, M. E., & Farahani, H. (2013). Anger and major depressive disorder : The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(1), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.07.013>
- Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., & Johnson, E. A. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addictive Behaviors*, 82, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.023>
- Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R. E. (2001). Chronic Pain, Chronic Stress and Depression : Coincidence or Consequence? *Journal of Neuroendocrinology*, 13(12), 1009-1023. <https://doi.org/10.1046/j.0007-1331.2001.00727.x>

- Bondolfi, G., & Bertschy, G. (2018). 48. Interventions fondées sur la méditation de pleine conscience et dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 496-502). Lavoisier.
- Bondolfi, G., Mazzola, V., & Arciero, G. (2015). In Between Ordinary Sadness and Clinical Depression. *Emotion Review*, 7(3), 216-222. <https://doi.org/10.1177/1754073915575405>
- Bonnet, A., Bejaoui, M., Bréjard, V., & Pedinielli, J.-L. (2011). Dépendance physiologique et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : Affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 169, N°2, Elsevier Masson, p. 92-97.
- Bordalo, F., & Carvalho, I. P. (2022). The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression – A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 297, 130-144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.029>
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network Analysis : An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Bottai, T., Jacquesy, L., & Kochman, F. (2018). 46. Psychothérapie interpersonnelle. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 478-487). Lavoisier.
- Bottemanne, H., Barberousse, A., & Fossati, P. (2022). Théorie multidimensionnelle et computationnelle de l'humeur. *L'Encéphale*, 48(6), 682-699.
- Bottemanne, H., Frileux, S., Guesdon, A., & Fossati, P. (2021). Mise à jour des croyances et congruence à l'humeur dans le trouble dépressif. *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.06.015>
- Boulanger, H., Demmou, A., & Mauras, T. (2018). 30. Bases neurales de la dépression unipolaire. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 299-314). Lavoisier.
- Bouveret, L. (1891). *La neurasthénie : Épuisement nerveux (2e édition revue et augmentée)* Paris : Baillière. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769548.r=bouveret%20la%20neurasth%C3%A9nie?rk=21459;2>
- Bozoky, I., & Corwin, E. J. (2002). Fatigue as a Predictor of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 436-443. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00066.x>
- Brébion, G., Smith, M. J., & Widlocher, D. (1997). Discrimination and response bias in memory : Effects of depression severity and psychomotor retardation. *Psychiatry Research*, 70(2), 95-103. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(97\)03098-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(97)03098-9)
- Bréjard, V., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2008, May). Régulation des émotions, dépression et conduites à risques: l'alexithymie, un facteur modérateur. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 166, N°4, Elsevier Masson, p. 260-268.
- Bréjard, V., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2011, July). Relations entre dimensions émotionnelles et symptômes somatiques: effets médiateurs de la dépression et de l'alexithymie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 6, pp. 354-360). Elsevier Masson.
- Brémaud, N. (2020). Sur l'ennui pathologique. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(4), 569-579.

- Brierre de Boismont, « De l'ennui », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1850, Paris : Masson, p. 545-585
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1850x02&p=549>
- Briffault, X. (2018). 3. Les métamorphoses contemporaines du canard-lapin dépressif. Nouvelles figures de la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 26-54). Lavoisier.
- Brinker, J. K., & Dozois, D. J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 1-19.
- Brinkmann, K., & Franzen, J. (2013). Not everyone's heart contracts to reward : Insensitivity to varying levels of reward in dysphoria. *Biological Psychology*, 94(2), 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.07.003>
- Brinkmann, K., Franzen, J., Rossier, C., & Gendolla, G. H. E. (2014). I don't care about others' approval : Dysphoric individuals show reduced effort mobilization for obtaining a social reward. *Motivation and Emotion*, 38(6), 790-801. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9437-y>
- Brinkmann, K., & Gendolla, G. H. E. (2008). Does depression interfere with effort mobilization? Effects of dysphoria and task difficulty on cardiovascular response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 146-157. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.1.146>
- Brinkmann, K., Schüpbach, L., Joye, I. A., & Gendolla, G. H. E. (2009). Anhedonia and effort mobilization in dysphoria : Reduced cardiovascular response to reward and punishment. *International Journal of Psychophysiology*, 74(3), 250-258. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2009.09.009>
- Brisset, Ey, & Bernard (1960). *Manuel de psychiatrie*, Paris : Masson
- Brousseau, Casalis et Laubry (1942) « Guérison rapide par l'électro-choc d'une mélancolie chez une femme âgée de 69 ans », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1942, Paris : Masson, p. 167-172
- Brown, G. W., & Harris, T. (2012). *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder in women* (Vol. 2). Routledge.
- Brown, L. F., & Kroenke, K. (2009). Cancer-Related Fatigue and Its Associations With Depression and Anxiety : A Systematic Review. *Psychosomatics*, 50(5), 440-447. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70835-](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70835-)
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585.
- Burns, D., Westra, H., Trockel, M., & Fisher, A. (2013). Motivation and Changes in Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 368-379. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9458-3>
- Busch, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(4), 271-278. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004937>
- Buyukdura, J. S., McClintock, S. M., & Croarkin, P. E. (2011). Psychomotor retardation in depression : Biological underpinnings, measurement, and treatment. *Progress in Neuro-*

Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 35(2), 395-409.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.10.019>

Cabanis, P.-J.-G. (1805). *Rapports du physique et du moral de l'homme. Tome 2 (seconde édition)*, Paris : Crapelet. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k770301>

Caci, H. (2018). 21. Troubles dépressifs et TDAH chez l'adulte. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 206-215). Lavoisier.

Caligiuri, M. P., & Ellwanger, J. (2000). Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 83-93. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00068-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00068-3)

Calugi, S., Cassano, G. B., Litta, A., Rucci, P., Benvenuti, A., Miniati, M., Lattanzi, L., Mantua, V., Lombardi, V., Fagiolini, A., & Frank, E. (2011). Does psychomotor retardation define a clinically relevant phenotype of unipolar depression? *Journal of Affective Disorders*, 129(1), 296-300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.004>

Cantisani, A., Koenig, T., Horn, H., Müller, T., Strik, W., & Walther, S. (2015). Psychomotor retardation is linked to frontal alpha asymmetry in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 188, 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.01>

Carton, S., Bungener, C., Montreuil, M., Allilaire, J. F., Widlocher, D., & Jouvent, R. (1992). Recherche de sensations et dimensions de l'humeur dans les états dépressifs. *L'Encéphale (Paris)*, 18(5), 567-574.

Carver, C. S., & Lattie, E. G. (2015). Depression, Pessimism, and Health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences : Second Edition* (p. 207-213). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14076-0>

Cavard, H., & Poulet, E. (2018). 40. Électroconvulsivothérapie dans les troubles dépressifs. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 413-419). Lavoisier.

Chahar Mahali, S., Beshai, S., Feeney, J. R., & Mishra, S. (2020). Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents : International support for the cognitive model of depression. *BMC Psychiatry*, 20(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2423-x>

Charpeaud, T., & Llorca, P.-M. (2018). 37. Chimiothérapies antidépressives. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 371-389). Lavoisier.

Chávez-Hernández, A.-M., Leenaars, A. A., Chávez-de Sánchez, M.-I., & Leenaars, L. (2009). Suicide notes from Mexico and the United States : A thematic analysis. *salud pública de méxico*, 51, 314-320.

Chentsova-Dutton, Y., & Hanley, K. (2010). The effects of anhedonia and depression on hedonic responses. *Psychiatry Research*, 179(2), 176-180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.01>

Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M. J., Oxman, M. N., & Irwin, M. R. (2008). Sleep Disturbance and Depression Recurrence in Community-Dwelling Older Adults : A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1543-1550. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07121882>

Chomel «Abattement », in *Dictionnaire de médecine*, Adelon eds., 1821, volume 1, p. 3

- Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., ... & Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*, 7, 555-565. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.3.55>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression : Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316.
- Claude et Masquin (1933), « Le Devenir des paralytiques généraux malarisés », Extrait de *la Presse Médicale*, n°99, du 13 Décembre 1933, Paris : Masson
- Claude H., *La thérapeutique de choc en psychiatrie*, Paris : Baillière, 1939, <http://ark.bnf.fr/ark:/12148/cb31949978g>
- Claude H., & Rubenovitch P., *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, Paris, Masson, 1940
- Cléry-Melin, M.-L., Schmidt, L., Lafargue, G., Baup, N., Fossati, P., & Pessiglione, M. (2011). Why don't you try harder? An investigation of effort production in major depression. *PloS one*, 6(8), e23178.
- Collet G. (1945), « Doutes sur l'opportunité du traitement par l'électrochoc dans certains cas de mélancolie et dans la manie », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1945, Paris : Masson, p. 421-428
- Collet, Cottraux (1986), « Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items) – Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher », *L'Encéphale*, XII, p. 77-79
- Colonna et coll. (1978), « états dépressifs – symptômes cliniques et hypothèses monoaminergiques », *L'Encéphale*, p. 5-18
- Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D., & Courtet, P. (2018). Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(5), 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., & Hearon, B. (2008). The Empirical Status of Psychodynamic Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 93-108. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141252>
- Conroy, R. M., Golden, J., Jeffares, I., O'Neill, D., & McGee, H. (2010). Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 463-473. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487103>
- Cooper, J. A., Arulpragasam, A. R., & Treadway, M. T. (2018). Anhedonia in depression: Biological mechanisms and computational models. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.01.024>
- Corfield, E. C., Martin, N. G., & Nyholt, D. R. (2016). Co-occurrence and symptomatology of fatigue and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.004>
- Corruble, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 211-215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00130-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00130-X)

- Corruble, E., & Granger, B. (2018). 16. Dépressions et troubles de la personnalité. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 172-178). Lavoisier.
- Coryell, W., & Young, E. A. (2005). Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 412-417.
- Cosgrove, K. T., Burrows, K., Avery, J. A., Kerr, K. L., DeVille, D. C., Aupperle, R. L., Teague, T. K., Drevets, W. C., & Simmons, W. K. (2020). Appetite change profiles in depression exhibit differential relationships between systemic inflammation and activity in reward and interoceptive neurocircuitry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 83, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.10.006>
- Cosminey, F., & De Bonis, M. (1988). Représentations de la causalité et dépression. Une approche factorielle du modèle de la résignation chez le déprimé. *L'Encéphale (Paris)*, 14(2), 53-58.
- Courbon P. (1923), « De la dualité étiologique de la manie et de la mélancolie, Contribution à l'étude des maladies du rythme et de l'équilibre », *L'Encéphale : journal de neurologie et de psychiatrie*, 1923-01, Paris : Delarue, p. 27-31 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96568980/f39.image.r=Courbon>
- Courbon et Rondepierre (1929), « Mélancolie affective et précessive », Société de psychiatrie de Paris, *L'Encéphale : journal de neurologie et de psychiatrie*, 1929-01, Paris : Delarue, p. 590-591 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96582729/f664.item>
- Courtet, P., & Vaiva, G. (2010). 9. Suicide et dépression. In *Les états dépressifs* (p. 75-85). Lavoisier.
- Cremniter, D., Delcros, J., Guelfi, J. D., & Fermanian, J. (1982). Une enquête sur les états dépressifs en médecine générale. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 8(4), 523-537.
- Cristea, I. A., Montgomery, G. H., Szamoskozi, Ş., & David, D. (2013). Key constructs in “classical” and “new wave” cognitive behavioral psychotherapies : Relationships among each other and with emotional distress. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 584-599.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Temes, C. M., Elkin, I., & Gallop, R. (2010). Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 420-428. <https://doi.org/10.1037/a0019549>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & American psychiatric association. (2004). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Crocq, M.-A. T., Guelfi, J.-D. T., Boyer, P., Pull, C.-B., Pull-Erpelding, M.-C., & American psychiatric association. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Cullere A. (1873), « Étude clinique de la lypémanie stupide », *Annales médico-psychologiques*, n°09 et 10, 1873, Paris : Masson, p. 210-236 https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1873x09_10&p=769
- Cummins, N., Scherer, S., Krajewski, J., Schnieder, S., Epps, J., & Quatieri, T. F. (2015). A review of depression and suicide risk assessment using speech analysis. *Speech Communication*, 71, 10-49. <https://doi.org/10.1016/j.specom.2015.03.004>

- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.015>
- Daban, Henry (2011), « La réactivité émotionnelle : un outil diagnostique ? », *L'Encéphale*, Supplément 3, S179-184
- Daquin, N., & Szekely, D. (2018). 42. Stimulation du nerf vague et dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 428-432). Lavoisier.
- Darcourt, G. (2010). 45. Psychanalyse et dépression. In *Les états dépressifs* (p. 383-387). Lavoisier.
- Davidson, R. J., & Henriques, J. B. (2000). Regional brain function in sadness and depression. *The neuropsychology of emotion*, 269-297.
- Dekker, J. J. M., Hendriksen, M., Kool, S., Bakker, L., Driessen, E., De Jonghe, F., de Maat, S., Peen, J., & Van, H. L. (2014). Growing Evidence for Psychodynamic Therapy for Depression. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 131-155. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880312>
- Delasiauve, « Du diagnostic différentiel de la lypémanie », *Annales médico-psychologiques*, n°03, 1851, Paris : Masson, p. 380-442 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1851x03&p=384>
- Delay J. (1943) « Les tendances actuelles de la psychologie et leurs applications à la clinique psychiatrique », *Annales médico-psychologiques*, n°01, 1943, Paris : Masson, p. 160-173 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1943x01&p=192>
- Delay, Targowla et Soulairac (1943), « Modifications humorales après électro-choc », *Annales médico-psychologiques*, n°01, 1943, Paris : Masson, p. 523-527 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1943x01&p=555>
- Delay et Soulairac, « Nouvelles recherches sur le syndrome humoral de l'électro-choc », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1943, Paris : Masson, p. 115-117 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1943x02&p=153>
- Delay J. (1946). *Les dérèglements de l'humeur*. Paris : Presses universitaires de France
- Delay, discours inaugural au congrès international de psychiatrie des 18-27 septembre 1950, *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1950, Paris : Masson, p. 526-528
- Delay, Lainé, Puech, Clavreul (1952) « Le choc émotionnel. Effet thérapeutique. Premières données biologiques », *Annales médico-psychologiques*, 1952, Paris : Masson, p. 476-480
- Delay J., introduction au colloque international sur les neuroleptiques, des 20, 21 et 22 octobre 1955, *L'Encéphale*, 1956, p. 303-306
- Delay, J., D., Pichot, P., Deniker, P., & Jousselin, D. (1961). Psychose cyclique avec inversions quotidiennes de l'humeur. *Annales Médico-Psychologiques*, 119, Paris : Masson, p. 125-129.
- Delay, J., & Pichot, P., *Abrégé de psychologie : À l'usage de l'étudiant*. Paris : Masson, 1962.
- Delay, Pichot, Mirouze, Pérouzet (1963) « La nosologie des états dépressifs, rapports entre l'étiologie et la sémiologie. 1. Position du problème », *L'Encéphale* n°06, p. 481-496

- Delay, Pichot, Lempérière, Mirouze sur les « La nosologie des états dépressifs, rapports entre l'étiologie et la sémiologie. 2. Résultats du questionnaire de Beck » *L'Encéphale* 1963 n°06, p. 487-505
- Delay, Pichot, Lemperière, Perse, « La nosologie des états dépressifs, rapports entre l'étiologie et la sémiologie. 3. Résultats de l'échelle d'appréciation de Wittenborn », *L'Encéphale*, 1964 n°01, p. 5-18
- Delay, Pichot, Perse, Genou, « La nosologie des états dépressifs, rapports entre l'étiologie et la sémiologie. 4. Résultats du test de niveau d'aspiration », *L'Encéphale*, 1964 n°01, p. 19-34
- Delay, Deniker, Perier, Verdeaux (1964), « Recherches concernant de nouvelles techniques d'utilisation des chimiothérapies antidépressives », *L'Encéphale* n°01, pp. 485-493
- Delhaye, D., Doumy, O., & Aouizerate, B. (2018). 27. Dépression résistante : Que pouvons-nous en savoir aujourd'hui ? In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 262-274). Lavoisier.
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating Between Depression, Hopelessness, and Psychache in University Undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 46-63. <https://doi.org/10.1177/0748175609333562>
- de Mello, M. F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 75-82. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0542-x>
- Demyttenaere, K., De Fruyt, J., & Stahl, S. M. (2005). The many faces of fatigue in major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(1), 93-105. <https://doi.org/10.1017/S1461145704004729>
- Deniker, Ginestet, Léo (1975) « Médicaments psychotropes et mécanismes de régulation de l'humeur », *L'Encéphale*, 1975, vol. 1, n°4, p. 359-362
- Deniker P. (1979), « Nosologie moderne des troubles de l'humeur », *L'Encéphale* V, fasc. 5, Numéro spécial sur l'approche moderne des désordres de l'humeur, 1979, Paris, : Doin, p. 407-418
- Dereux, A., & Vorspan, F. (2018). 22. Dépression et troubles liés à l'usage de substances. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 216-229). Lavoisier.
- Desseilles, M. (2010). Les modèles étiologiques de la dépression. *Acta psychiatrica belgica*, 110(4), 34-42.
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., O'Dea, C., & Field, M. (2016). Goal Fluency, Pessimism and Disengagement in Depression. *PLOS ONE*, 11(11), e0166259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166259>
- Dinan, T. G. (2009). Inflammatory markers in depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 32. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328315a561>
- Doussinet, Jacob, Thévenot (1949), « Chocs insuliniques et chocs colloïdo-insuliniques », *Annales médico-psychologiques*, vol. 107, n°01, p. 13-30
- Douville, O. (2013). De la mélancolie dans la psychiatrie classique : En jeu des débats. *Figures de la psychanalyse*, 2, 39-72.
- Dondé, C., Moirand, R., & Carré, A. (2018). L'activation comportementale : Un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *L'Encéphale*, 44(1), 59-66.

- Donovan, K. A., & Jacobsen, P. B. (2007). Fatigue, Depression, and Insomnia : Evidence for a Symptom Cluster in Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(2), 127-135. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2007.01.004>
- Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., Rollman, B. L., Dew, M. A., Kelleher, K., Karp, J. F., Begley, A., Schulberg, H. C., & Reynolds III, C. F. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 973-982. <https://doi.org/10.1002/gps.1389>
- Drevets, W. C. (1999). Prefrontal cortical-amygdalar metabolism in major depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877(1), 614-637.
- Drevets, W. C. (2000). Neuroimaging studies of mood disorders. *Biological psychiatry*, 48(8), 813-829.
- Driessen, E., Smits, N., Dekker, J. J. M., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Cuijpers, P., & Van, H. L. (2016). Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: A study of prescriptive factors. *Psychological Medicine*, 46(4), 731-744. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001853>
- Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Twisk, J. W. R., Cuijpers, P., & Dekker, J. J. M. (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression : Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 653-663. <https://doi.org/10.1037/ccp0000207>
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Psychological Pain in Suicidality : A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(3), 16108. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732>
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 435-438. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00440-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00440-3)
- Dupouy R. (1912), « Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses – Leur traitement par la psychothérapie », *Annales médico-psychologiques*, n°01, 1912, Paris : Masson, p. 48-62 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1912x01&p=48>
- Egler, P.-J., & Baleyte, J.-M. (2010). 55. Psychothérapies familiales systémiques. « Dépression dans la famille, dépression de la famille ». In *Les états dépressifs* (p. 485-489). Lavoisier.
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality Among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
- Eisenberger, N. (2008). Understanding the moderators of physical and emotional pain : A neural systems-based approach. *Psychological Inquiry*, 19(3-4), 189-195.
- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection : Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 421-434.

- Eisenberger, N. I. (2015). Social pain and the brain : Controversies, questions, and where to go from here. *Annual review of psychology*, 66, 601-629.
- El-Hage, W. (2018). 5. Diagnostic des épisodes, diagnostic des troubles. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 71-80). Lavoisier.
- El-Khoury, F., Lahaye, J., Oudinet, C., Geoffroy, P. A., Casalino, E., Choquet, C., Perquier, F., & Lejoyeux, M. (2022). The “GHU-Checkist” : Validity and acceptability of a 17-words checklist for rapid screening of depressive symptoms and anxiety. *The European Journal of Psychiatry*, 36(4), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.03.002>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy* (p. 442). Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1997). Extending the goals of behavior therapy and of cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28(3), 333-339. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80078-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80078-0)
- Ellis, A. (2005). Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment-therapy (ACT) resolve their differences and be integrated? *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(2), 153-168. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0008-8>
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.
- Emery, P. C., Wilson, K. G., & Kowal, J. (2014), Major Depressive Disorder and Sleep Disturbance in Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 19, 35-41. <https://doi.org/10.1155/2014/480859>
- Englebert, J. (2020). Psychopathologie de l’homme en désituation. *Bulletin d’Analyse Phénoménologique*.
- Englebert, J., & Stanghellini, G. (2015). La manie et la mélancolie comme crises de l’identité narrative et de l’intentionnalité. *L’Évolution Psychiatrique*, 80(4), 689-700.
- Esquirol, É. (1805), *Des passions considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l’aliénation mentale*, Paris : Didot, 1805 <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?TPAR1805x574>
- Esquirol É. (1819), « Mélancolie », in *Dictionnaire des sciences médicales*, Pancoucke eds., 1819, vol. 32, p. 147 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=47661x32&p=155>
- Esquirol, É. (1838), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal* (Vol. 1), Paris : Baillière, 1838 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850882.r=Esquirol%20des%20maladies%20mentales?rk=21459;2>
- Étain, B. (2018). 33. Axe hypothalamo-hypophysaire, cortisol, stress, exposition aux traumatismes dans les troubles dépressifs. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 333-339). Lavoisier.
- Ey et Burguet (1952) « Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d’involution. Étude statistique », *Annales médico-psychologiques*, 1952, p. 215-219
- Ey H. (1955), « Contribution à l’étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique », *L’Évolution psychiatrique*, 3, 1955, p. 532-553

- Fabri, P., *Neurasthénie et états neurasthéniques*, Montpellier : Firmin, Montane et Sicardi, 1907
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55425687.r=fabri%20neurasth%C3%A9nie?rk=21459;2>
- Fahlman, S. A., Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B., & Eastwood, J. D. (2013). Development and Validation of the Multidimensional State Boredom Scale. *Assessment*, 20(1), 68-85.
<https://doi.org/10.1177/1073191111421303>
- Falret, J.-P., *Des Maladies mentales et des asiles d'aliénés, leçons cliniques et considérations générales*, Paris : Baillière et fils, 1864 <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?34069>
- Falret, J.-P. (1854). *Leçons Cliniques de Médecine Mentale faites à l'Hospice et la Salpêtré* (Première partie : symptomatologie générale des maladies mentales), Paris : Baillière, 1854
<https://archive.org/details/leonscliniques00falr/page/n7/mode/2up>
- Falret J.-P., « De la mélancolie et ses diverses variétés », *Annales médico-psychologiques*, n°11, 1890, Paris : Masson, p. 88-92
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1890x11&p=88>
- Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance : A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324-2332. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>
- Fava, M. (1998). Depression with anger attacks. *Journal of clinical psychiatry*, 59(18), 18-22.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 97-102. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90140-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90140-8)
- Fava, M., & Rosenbaum, J. F. (1998). Anger attacks in depression. *Depression and Anxiety*, 8(S1), 59-63. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1998\)8:1+<59::AID-DA9>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1998)8:1+<59::AID-DA9>3.0.CO;2-Y)
- Fawcett, J., Clark, D. C., Scheftner, W. A., & Gibbons, R. D. (1983). Assessing Anhedonia in Psychiatric Patients : The Pleasure Scale. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 79-84.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790010081010>
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, 53, 105-116. <https://doi.org/10.1037/pst0000041>
- Fleury, M., *Les états dépressifs et la neurasthénie : Avec une préface sur la classification des psychoses*, Paris : Félix Alcan, 1924
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5462457d.r=fleury%20neurasth%C3%A9nie?rk=128756;0>
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keeffe, S., Constantinou, M. P., Wurman, T. V., Luyten, P., Allison, E., Roth, A., Cape, J., & Pilling, S. (2020). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression : A pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 50(6), 1010-1019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000928>

- Fond, G., & Leboyer, M. (2018). 32. Immuno-inflammation et dépressions. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 326-332). Lavoisier.
- Fond, G., Lançon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2018). 14. Épidémiologie et impact médico-économique des troubles dépressifs majeurs en France. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 154-159).
- Foran, H. M., & O’Leary, K. D. (2013). The Role of Relationships in Understanding the Alexithymia–Depression Link. *European Journal of Personality*, 27(5), 470-480. <https://doi.org/10.1002/per.1887>
- Fossati, P. (2018). 7. Sémiologie cognitive. In *Actualités sur les maladies dépressives* (88-96), Lavoisier.
- Fossati, P., Bergouignan, L., & Lemogne, C. (2010). 12. Troubles cognitifs de l’épisode dépressif majeur. In *Les états dépressifs* (99-105), Lavoisier.
- Fossati, P., Ergis, A. M., & Allilaire, J. F. (2002). Neuropsychologie des troubles des fonctions exécutives dans la dépression: une revue de la littérature. *L’Encéphale (Paris)*, 28(2), 97-107.
- Fouks, Cancier-Gravelat et Viard (1949) « Mélancolie anxieuse d’origine psychogène, actions combinées de l’électro-choc, de la narco-analyse et de la psychothérapie », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1949, p. 382-385
- Fountoulakis, K. N., Bech, P., Panagiotidis, P., Siamouli, M., Kantartzis, S., Papadopoulou, A., Papadopoulou, M., Kaprinis, S., Kourila, E., & Iacovides, A. (2007). Comparison of depressive indices : Reliability, validity, relationship to anxiety and personality and the role of age and life events. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 187-195.
- Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered : Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1531-1541. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.003>
- Franzen, J., & Brinkmann, K. (2016). Anhedonic symptoms of depression are linked to reduced motivation to obtain a reward. *Motivation and Emotion*, 40(2), 300-308. <https://doi.org/10.1007/s11031-015-9529-3>
- Franzen, P. L., & Buysse, D. J. (2008). Sleep disturbances and depression : Risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 473-481. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.4/plfranzen>
- Freud, S., & Abraham, K. (2010). *Deuil et mélancolie* (A. Weill, Trad.; Vol. 1-1). Payot & Rivages.
- Fussner, L. M., Mancini, K. J., & Luebbe, A. M. (2018). Depression and Approach Motivation : Differential Relations to Monetary, Social, and Food Reward. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(1), 117-129. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9620-z>
- Gaillard, A. (2014). Douleur morale, douleur physique : Mécanismes neurobiologiques et traitement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 172, N°2, Elsevier Masson, p. 104-107.
- Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L’anhédonie dans la dépression. *L’encephale*, 39(4), 296-305.

- Gana, K., & Akremi, M. (1998). L'échelle de Disposition à l'Ennui (EDE): Adaptation française et validation du Boredom Proneness Scale (BP). *L'année Psychologique*, 98(3), 429-450
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students : Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488. <https://doi.org/10.1002/da.20321>
- Gauthier, C., Gaillard, R., & Krebs, M.-O. (2018). 34. Neurobiologie de la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 340-353). Lavoisier.
- Gauthier, É., & Lecardeur, L. (2018). 35. *Biomarqueurs cognitifs de la dépression*. Lavoisier.
- Gayral, Raymondis, Schecktmann, Privat (1969) « Étude comparée de l'activité de la sismothérapie et de la chimiothérapie sur l'évolution des dépressions par les méthodes statistiques », *L'Encéphale*, n°01, 1969, p. 5-18
- Geisser, M. E., Roth, R. S., & Robinson, M. E. (1997). Assessing Depression among Persons with Chronic Pain Using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory : A Comparative Analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 163.
- Gendolla, G. H. E., & Brinkmann, K. (2005). The Role of Mood States in Self-Regulation. *European Psychologist*, 10(3), 187-198. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.10.3.187>
- Genil Perrin G. (1911), « Mélancolie et psychose maniaco-dépressive », *Revue de psychiatrie (médecine mentale, neurologie, psychologie)*, 1911, n°12, (tome XV), Paris : Doin, p. 489-495 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6448659f.r=Genil%20Perrin?rk=42918;4#>
- Germain, A., & Kupfer, D. J. (2008). Circadian rhythm disturbances in depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23(7), 571-585. <https://doi.org/10.1002/hup.964>
- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S., & Levitt, A. (2002). Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 307-315.
- Gigonzac, V., Delézire, P., Khireddine-Medouni, I., & Chérié-Challine, L. (2018). La dépression dans la population active occupée en France en 2017. *Baromètre santé 2017*. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire, 32-33.
- Gilles « Etude sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos, sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu », *Annales médico-psychologiques*, n°07, 1916, Paris : Masson, p. 209-229 ; 333-364 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1916x07&p=209>
- Gilles de la Tourette, G. (1898). *Les états neurasthéniques : Formes cliniques, diagnostic, traitement*, Paris : Baillière et fils, 1898, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k767552?rk=107296;4>
- Ginestet, D. (1975), « Limites d'efficacité et de tolérance des médicaments antidépresseurs », *Encephale*, 1, 203-210.
- Godin, O. (2018). 24. Vulnérabilité métabolique dans la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 236-242). Lavoisier.

- Gold, J. M., Waltz, J. A., Matveeva, T. M., Kasanova, Z., Strauss, G. P., Herbener, E. S., Collins, A. G. E., & Frank, M. J. (2012). Negative Symptoms and the Failure to Represent the Expected Reward Value of Actions : Behavioral and Computational Modeling Evidence. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 129-138. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1269>
- Goldberg, Y. K., Eastwood, J. D., LaGuardia, J., & Danckert, J. (2011). Boredom : An Emotional Experience Distinct from Apathy, Anhedonia, or Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(6), 647-666. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.6.647>
- Gong, L., Yin, Y., He, C., Ye, Q., Bai, F., Yuan, Y., Zhang, H., Lv, L., Zhang, H., Xie, C., & Zhang, Z. (2017). Disrupted reward circuits is associated with cognitive deficits and depression severity in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.016>
- Gorwood, P. (2008). Neurobiological mechanisms of anhedonia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 291-299. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/pgorwood>
- Gorwood, P. (2018). 31. Étiopathogénie des troubles de l'humeur : Facteurs développementaux, environnementaux et génétiques. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 315-325). Lavoisier.
- Gorwood, P., Even, C., & Rouillon, F. (2010). 43. Les événements de vie stressants dans la dépression. In *Les états dépressifs* (p. 367-374). Lavoisier.
- Gorwood, P., Richard-Devantoy, S., Baylé, F., & Cléry-Melun, M. L. (2014). Psychomotor retardation is a scar of past depressive episodes, revealed by simple cognitive tests. *European Neuropsychopharmacology*, 24(10), 1630-1640. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.07.013>
- Goudemand, M. dir. (2010). *Les états dépressifs*. Lavoisier.
- Grahek, I., Shenhav, A., Musslick, S., Krebs, R. M., & Koster, E. H. W. (2019). Motivation and cognitive control in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 102, 371-381. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.011>
- Grasset (1891), « Sur quelques points relatifs à l'étiologie et à la symptomatologie de la neurasthénie », *Annales de psychiatrie et d'hypnologie dans leurs rapports avec la psychologie et la médecine légale*, n°2, 1891, Paris : Bureau des Annales de psychiatrie et d'hypnologie, p. 311-318 ; 330-336 ; 365-376 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6475894g/f321.item>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression* (p. viii, 353). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-000>
- Griesinger G. W. (1865), « La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande », *Annales médico-psychologiques*, n°05, 1865, Paris : Masson, p. 2-31 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1865x05&p=5>
- Griffith, J. P., & Zarrouf, F. A. (2008). A systematic review of chronic fatigue syndrome : Don't assume it's depression. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 10(2), 120.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes : Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.009>
- Guelfi, J.-D. T., Boyer, P., Pull, C.-B., & American psychiatric association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Guelfi Julien-Daniel, Pichot Pierre, Guelfi, J.-D., Guelfi Julien-Daniel, & Pichot Pierre. (1989). *DSM-III-R : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Guelfi, J.-D. (2010). 17. Psychopathologie quantitative et psychométrie de la dépression. In *Les états dépressifs* (p. 142-151). Lavoisier.
- Guelfi, J.-D. (2016). Chapitre 3. Les troubles dissociatifs dans le DSM-5. In *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 27-34). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2016.01.0027>
- Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G., & Jeammet, P. (2002). Modèles psycho-neuro-immunologiques de la dépression : Une revue critique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 160, N°2, Elsevier Masson, p. 179-185.
- Haas, J. W., Rief, W., Glombiewski, J. A., Winkler, A., & Doering, B. K. (2020). Expectation-induced placebo effect on acute sadness in women with major depression : An experimental investigation. *Journal of Affective Disorders*, 274, 920-928. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.056>
- Halberstadt G. (1928), « La mélancolie présénile », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1928, Paris : Masson, p. 307-325 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1928x02&p=307>
- Halberstadt G., « Contribution à l'étude des états chroniques de la psychose maniaque dépressive », *Annales médico-psychologiques*, n°01, 1937, Paris : Masson, p. 1-18 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1937x01&p=35>
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk : Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.001>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Hamilton, M. (1986). The Hamilton rating scale for depression. In *Assessment of depression* (p. 143-152). Springer.
- Hardy, P., Jouvent, R., Lancrenon, S., Roumengous, V., & Féline, A. (1986). L'échelle de plaisir-déplaisir. Utilisation dans l'évaluation de la maladie dépressive. *L'Encéphale (Paris)*, 12(4), 149-155
- Harrison, N. A., Brydon, L., Walker, C., Gray, M. A., Steptoe, A., & Critchley, H. D. (2009). Inflammation Causes Mood Changes Through Alterations in Subgenual Cingulate Activity

- and Mesolimbic Connectivity. *Biological Psychiatry*, 66(5), 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.03.015>
- Harwitz, D., & Ravizza, L. (2000). Suicide and depression. *Emergency medicine clinics of North America*, 18(2), 263-271.
- Haustgen, T. (2014). Jules Séglas ou la première formulation moderne des états dépressifs. *PSN*, 12(4), 47-65.
- Haustgen, T., & Masson, M. (2018). « 1. Les états dépressifs : Une perspective historique de la mélancolie à l'épisode dépressif caractérisé », *Actualités sur les maladies dépressives*, Bellivier et al., Lavoisier, 2018
- Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), 255.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science : Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and into Your Life : The New Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press New York.
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression : An Overview of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- Henningsen, P., & Löwe, B. (2006). Depression, pain, and somatoform disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 19. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000189880.11059.8d>
- Hernandez, Girard, Lecamp, Dohnalova, Larome (2001), « L'ennui, mode d'emploi », *Annales médico-psychologiques*, Vol 159, N° 1, fév. 2001, Elsevier Masson, p. 28-32
- Heshmati, M., & Russo, S. J. (2015). Anhedonia and the Brain Reward Circuitry in Depression. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 2(3), 146-153. <https://doi.org/10.1007/s40473-015-0044-3>
- Hettema, J. M. (2008). The nosologic relationship between generalized anxiety disorder and major depression. *Depression and Anxiety*, 25(4), 300-316. <https://doi.org/10.1002/da.20491>

- Hilbert, S., Goerigk, S., Padberg, F., Nadjiri, A., Übleis, A., Jobst, A., Dewald-Kaufmann, J., Falkai, P., Bühner, M., Naumann, F., & Sarubin, N. (2019). The Role of Self-Esteem in Depression : A Longitudinal Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 244-250. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000243>
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Tanskanen, A., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2004). Alexithymia and suicidal ideation : A 12-month follow-up study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.008>
- Höflich, A., Michenthaler, P., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2019). Circuit Mechanisms of Reward, Anhedonia, and Depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(2), 105-118. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy081>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 701-710.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., & Viinamäki, J. L. H. (2001). Alexithymia and Depression : A Prospective Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.3.229>
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00083-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00083-5)
- Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – A three-year follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(3), 299-316. <https://doi.org/10.13109/zptm.2012.58.3.299>
- Hum, Levêque, Naneix (2010), « 1. Histoire de la dépression, de la mélancolie aux troubles de l'humeur », *Les états dépressifs*, Goudemand, Lavoisier, 2010
- Hung, C.-I., Weng, L.-J., Su, Y.-J., & Liu, C.-Y. (2006). Depression and somatic symptoms scale : A new scale with both depression and somatic symptoms emphasized. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 700-708. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01585.x>
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., Honyashiki, M., Chen, P., Lewis, G., & Churchill, R. (2013). « Third wave » cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>
- Inserm (dir.). Psychothérapie : Trois approches évaluées. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 553 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/146>
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. P. (2001). Is pessimism a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults? *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 255-272. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00178-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00178-3)
- Iskric, A., Ceniti, A. K., Bergmans, Y., McInerney, S., & Rizvi, S. J. (2020). Alexithymia and self-harm : A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 288, 112920. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112920>

- Iverson, G. L. (2004). Objective Assessment of Psychomotor Retardation in Primary Care Patients with Depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 31-37. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000013642.43978.f9>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression : Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255.
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effect of interpersonal psychotherapy and other psychodynamic therapies versus 'treatment as usual' in patients with major depressive disorder. *PLoS One*, 6(4), e19044.
- Janet P. (1891), « Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 16(XXXI), jan.-juin 1891, Paris : Félix Alcan, p. 258-287 ; 382-407 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k171709/f270.item>
- Janet, P., *Les névroses*, Paris : Flammarion, 1909 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k30404128.r=janet%20les%20n%C3%A9vroses?rk=21459;2>
- Jason, L. A., Corradi, K., Gress, S., Williams, S., & Torres-Harding, S. (2006). Causes of Death Among Patients With Chronic Fatigue Syndrome. *Health Care for Women International*, 27(7), 615-626. <https://doi.org/10.1080/07399330600803766>
- JeanClaude, C. (2008). 1. La première théorie de l'angoisse ou théorie biologique de l'angoisse (1895). *Oxalis*, 3, 53-81.
- Johnson, M. L., Cotler, J., Terman, J. M., & Jason, L. A. (2022). Risk factors for suicide in chronic fatigue syndrome. *Death Studies*, 46(3), 738-744. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1776789>
- Joiner, T. E., Wingate, L. R., & Otamendi, A. (2005). An Interpersonal Addendum to the Hopelessness Theory of Depression : Hopelessness as a Stress and Depression Generator. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 649-664. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.5.649>
- Jollant, F., Perreira, F., Fiori, L. M., Richard-Devantoy, S., Lutz, P.-E., Belzeaux, R., & Turecki, G. (2020). Neural and molecular correlates of psychological pain during major depression, and its link with suicidal ideas. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 100, 109909. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109909>
- Joormann, J. (2010). Cognitive inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 161-166.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression : Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281-298.
- Jouvent, Lecrubier, Puech, Frances, Simon, Widlöcher (1977), « De l'étude expérimentale d'un stimulant bêta-adrénergique à la mise en évidence de son activité antidépressive chez l'homme », *L'Encéphale*, 3(4), 1978, p. 285-293
- Jouvent, Frechette, Ginoux, Lancrenon, Lauriers (1980), « Le ralentissement psycho-moteur dans les états dépressifs : construction d'une échelle d'évaluation quantitative », *L'Encéphale*, 6(1), p. 41-58

- Jouvent, R., Lecrubier, Y., Steru, L., Lancrenon, S., & Widlöcher, D. (1981). Analyse multifactorielle de l'échelle de ralentissement dépressif utilisée chez les déprimés ambulatoires. *Psychol Med*, 13, 97-107
- Jouvent, R., Hardy, P., Bouvard, M., Braconnier, A., Roumengous, V., & Grasset, F. (1987). L'hétérogénéité de l'humeur dépressive: construction d'une échelle polydimensionnelle. *L'Encéphale*, 13(4), 233-237.
- Jouvent, R., & Widlöcher, D. (1994). Les théories psychologiques, la vulnérabilité et la dépression. *L'Encéphale*, 20, 639-643.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies : What is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kalibatseva, Z., & Leong, F. T. L. (2018). Cultural Factors, Depressive and Somatic Symptoms Among Chinese American and European American College Students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(10), 1556-1572. <https://doi.org/10.1177/0022022118803181>
- Kalin, N. H. (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365-367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
- Kapfhammer, H.-P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 227-239.
- Kapsambelis, V. (2016) « Aboulie », in Dictionnaire de la fatigue, Zawieja P. dir., 2016, Librairie Droz.
- Kapur, N., & Webb, R. (2016). Suicide risk in people with chronic fatigue syndrome. *The Lancet*, 387(10028), 1596-1597. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00270-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00270-1)
- Katon W. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7-23. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/wkaton>
- Keedwell, P. A., Andrew, C., Williams, S. C. R., Brammer, M. J., & Phillips, M. L. (2005). The Neural Correlates of Anhedonia in Major Depressive Disorder. *Biological Psychiatry*, 58(11), 843-853. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.019>
- Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. L. (2001). Pain and emotion : New research directions. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 587-607.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Zisook, S. (2008). Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1449-1455.
- Kennedy, B. L., Schwab, J. J., Morris, R. L., & Beldia, G. (2001). Assessment of State and Trait Anxiety in Subjects with Anxiety and Depressive Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72(3), 263-276. <https://doi.org/10.1023/A:1010305200087>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy : A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kielholz, P. (1962). État actuel du traitement pharmacologique des dépressions. *Encéphale*, 51, 397-408.
- Kielholz P., *La dépression masquée*, Masson et Cie éd., 1973

- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 68-96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Kirmayer, L. J., & Looper, K. J. (2007). Somatoform disorders. In *Adult psychopathology and diagnosis, 5th ed* (p. 410-472). John Wiley & Sons, Inc.
- Kirtley, O. J., O'Connor, R. C., & O'Carroll, R. E. (2015). Hurting inside and out? Emotional and physical pain in self-harm ideation and enactment. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 156-171.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression : A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Kline (1965), « Le traitement pratique de la dépression », *Annales médico-psychologiques*, n°01, 1965, Paris : Masson, p. 53-70
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression : Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82, 101928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
- Koch, M., Mostert, J., Heerings, M., Uyttenboogaart, M., & De Keyser, J. (2009). Fatigue, depression and disability accumulation in multiple sclerosis : A cross-sectional study. *European Journal of Neurology*, 16(3), 348-352. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02432.x>
- Koch, M., Uyttenboogaart, M., van Harten, A., Heerings, M., & De Keyser, J. (2008). Fatigue, depression and progression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 14(6), 815-822. <https://doi.org/10.1177/1352458508088937>
- Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., & Park, J. K. (2005). The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 485-491.
- Kraepelin E. (1913), « La folie maniaque-dépressive », trad. G. Poyer, *Revue des sciences psychologiques*, n°03, juil. -déc. 1913, Paris : Marcel Rivière, p. 221-281 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55778781/f1.item> ; *Revue des sciences psychologiques*, n°04, oct. -déc. 1913, Paris : Marcel Rivière, p. 337-389 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5577889t/f1.item>
- Krebs, M.-O., Bourgin, J., & Poirier, M.-F. (2010). *41. Neurobiologie de la dépression*. Lavoisier.
- Kriesche, D., Woll, C. F. J., Tschentscher, N., Engel, R. R., & Karch, S. (2022). Neurocognitive deficits in depression : A systematic review of cognitive impairment in the acute and remitted state. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01479-5>
- Kroemer, N. B., Opel, N., Teckentrup, V., Li, M., Grotegerd, D., Meinert, S., Lemke, H., Kircher, T., Nenadić, I., Krug, A., Jansen, A., Sommer, J., Steinsträter, O., Small, D. M., Dannlowski, U., & Walter, M. (2022). Functional Connectivity of the Nucleus Accumbens and Changes in Appetite in Patients With Depression. *JAMA Psychiatry*, 79(10), 993-1003. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2464>
- Kroencke, D. C., Lynch, S. G., & Denney, D. R. (2000). Fatigue in multiple sclerosis : Relationship to depression, disability, and disease pattern. *Multiple Sclerosis Journal*, 6(2), 131-136. <https://doi.org/10.1177/135245850000600213>

- Kroenke, K., Sharpe, M., & Sykes, R. (2007). Revising the Classification of Somatoform Disorders : Key Questions and Preliminary Recommendations. *Psychosomatics*, 48(4), 277-285. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.4.277>
- Kronfeld-Schor, N., & Einat, H. (2012). Circadian rhythms and depression : Human psychopathology and animal models. *Neuropharmacology*, 62(1), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.08.02>
- Kudler, H. S., Blank Jr, A. S., & Krupnick, J. L. (2000). *Psychodynamic therapy*.
- Kuo, W.-H., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 497-501. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0775-z>
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic psychotherapy, insight, and therapeutic action. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 154-171. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12065>
- La dépression en France Enquête Anadep 2005. ORS Bretagne. https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2009/10/la-d%C3%A9pression-en-france-enqu%C3%AAt-e-anadep-2005.html
- Laird, B. J. A., Scott, A. C., Colvin, L. A., McKeon, A.-L., Murray, G. D., Fearon, K. C. H., & Fallon, M. T. (2011). Pain, Depression, and Fatigue as a Symptom Cluster in Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.10.261>
- Lambotte (2003), « De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi », *L'Évolution psychiatrique* 68, pp. 381-396
- Langenecker, S. A., Bieliauskas, L. A., Rapport, L. J., Zubieta, J.-K., Wilde, E. A., & Berent, S. (2005). Face Emotion Perception and Executive Functioning Deficits in Depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27(3), 320-333. <https://doi.org/10.1080/13803390490490515720>
- Langlois, G.-A., & Pimpaud, A.-S. (2012). *La Pitié-Salpêtrière* (Vol. 1-1).
- Lantéri-Laura, G. (2003). Introduction historique et critique à la notion de dépression en psychiatrie. *PSN*, 1(3), 39-47.
- Laurent, E., & Vandiel, P. (2016). *De l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie*. De Boeck Supérieur.
- Lear, M. K., Stacy, S. E., & Pepper, C. M. (2018). Interpersonal needs and psychological pain : The role of brooding and rejection sensitivity. *Death Studies*, 42(8), 521-528. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1393029>
- Lee, C.-H., & Giuliani, F. (2019). The Role of Inflammation in Depression and Fatigue. *Frontiers in Immunology*, 10.
- Lee, F. K. S., & Zelman, D. C. (2019). Boredom proneness as a predictor of depression, anxiety and stress : The moderating effects of dispositional mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 146, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.001>
- Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Porter, M. A., & Redoblado-Hodge, M. A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.023>
- Lefèvre C. M. (1893), « Les neurasthénies d'origine toxique », *Annales de psychiatrie et d'hypnologie dans leurs rapports avec la psychologie et la médecine légale*, n°1, 1893, Paris :

- Bureau des Annales de psychiatrie et d'hypnologie, p. 69-79
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6450285b/f77.item>
- Leibovich, L., & Zilcha-Mano, S. (2017). Integration and clinical demonstration of active ingredients of short-term psychodynamic therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 93.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., & Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic psychiatry*, 41(3), 361-384.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine : A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648-660.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8)
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy : A meta-analysis. *Jama*, 300(13), 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders : A meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Le Mappian (1949) « Aspect clinique des états dépressifs », *L'Encéphale*, n°01, 1949, vol. 38, Paris : Doin, p 220-244 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bd6t53330742/f234.item>
- Lemelin, S., & Baruch, P. (1998). Clinical psychomotor retardation and attention in depression. *Journal of Psychiatric Research*, 32(2), 81-88. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(98\)00002-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(98)00002-8)
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The Development of a Brief Psychodynamic Intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and Its Application to Depression : A Pilot Study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(1), 41-48.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.41>
- Lemogne, C., & Fossati, P. (2012). Souvenirs intrusifs au cours des troubles de l'humeur. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 170, No. 3, Elsevier Masson, p. 193-196.
- Lemogne, C. (2018). *51. Dépression et pathologies somatiques*. Lavoisier.
- Le Savoureux, H., *Le spleen : Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation*. Steinheil, 1913
- Lester, D. (2000). Psychache, depression, and personality. *Psychological Reports*, 87(3 Pt 1), 940. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.3.940>
- Leventhal, A. M. (2008). Sadness, Depression, and Avoidance Behavior. *Behavior Modification*, 32(6), 759-779. <https://doi.org/10.1177/0145445508317167>
- Leventhal, A. M., Chasson, G. S., Tapia, E., Miller, E. K., & Pettit, J. W. (2006). Measuring hedonic capacity in depression : A psychometric analysis of three anhedonia scales. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1545-1558. <https://doi.org/10.1002/jclp.20327>
- Levin, R. L., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J. D., & Miller, G. A. (2007). Cognitive deficits in depression and functional specificity of regional brain activity. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 211-233.

- Levillain, F. & Vigouroux, R., *La neurasthénie : Maladie de Beard*, Paris : Maloine, 1891 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76769r.r=Vigouroux%20neurasth%C3%A9nie?rk=21459;2>
- Lewinsohn, P. M. (1974a). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- Lewinsohn, P. M. (1974b). Clinical and theoretical aspects of depression. *Innovative treatment methods in psychopathology*, 63-120.
- Lewinsohn, P. M., & Atwood, G. E. (1969). Depression : A clinical-research approach. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6, 166-171. <https://doi.org/10.1037/h0088744>
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons : A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 525-532. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197010\)26:4<525::AID-JCLP2270260441>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197010)26:4<525::AID-JCLP2270260441>3.0.CO;2-Y)
- Lewis, H. B. (1987). The role of shame in depression over the life span. In *The role of shame in symptom formation* (p. 29-50). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ley, « Les troubles humoraux et la psychose maniaco-dépressive », *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1926, Paris : Masson, p. 376-377 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1926x02&p=376>
- Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement : Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*, 54(4), 454-461. <https://doi.org/10.1002/ijop.12483>
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression : A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.006>
- Lieb, R., Meinlschmidt, G., & Araya, R. (2007). Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders : An Update. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 860. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b0103>
- Liotti, M., & Mayberg, H. S. (2001). The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(1), 121-136.
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1134-1147. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.002>
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression : A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 345-365. <https://doi.org/10.1037/h0101732>
- Llorca, P.-M. (2018). 18. Dépression et schizophrénie. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 187-193). Lavoisier.
- Loas G. & Pierson A. (1989), « L'anhédonie en psychiatrie : revue », *Annales médico-psychologiques*, vol. 147, N°7, Elsevier Masson, p. 705-717

- Lubetzki (1900), « La nostalgie et la neurasthénie », *Revue de psychiatrie (médecine mentale, neurologie, psychologie)*, 1900, n°01, (Tome III), p. 137-144 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64658538/f145.item>
- Luck, T., & Luck-Sikorski, C. (2021). Feelings of guilt in the general adult population : Prevalence, intensity and association with depression. *Psychology, Health & Medicine*, 26(9), 1143-1153. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1859558>
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An Evaluation of the Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 254-260. <https://doi.org/10.1159/000056263>
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion : A biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968.
- Luys J.-B. (1895), « Stupeur mélancolique par causes morales sans délire », *Annales de psychiatrie et d'hypnologie dans leurs rapports avec la psychologie et la médecine légale*, n°1, 1895, Paris : Bureau des Annales de psychiatrie et d'hypnologie, p. 368-370 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6457219h/f380.item>
- Luys J.-B., *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, Paris, A. Delahaye et É. Lecrosnier, 1881 <https://archive.org/details/traitclinique00luys/page/484/mode/2up>
- Maes, M., Berk, M., Goehler, L., Song, C., Anderson, G., Galecki, P., & Leonard, B. (2012). Depression and sickness behavior are Janus-faced responses to shared inflammatory pathways. *BMC Medicine*, 10(1), 66. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-66>
- Makhija, K., & Karunakaran, S. (2013). The role of inflammatory cytokines on the aetiopathogenesis of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(9), 828-839.
- Marchesi, C., Bertoni, S., Cantoni, A., & Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*, 38(12), 1717-1722. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003073>
- Marlinge, É. (2018). 10. Dépression unipolaire, dépression bipolaire et états mixtes. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 115-122). Lavoisier.
- Marmanidis, H., Holme, G., & Hafner, R. J. (1994). Depression and somatic symptoms : A cross-cultural study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(2), 274-278. <https://doi.org/10.1080/00048679409075639>
- Martin, P. (2010). 20. Impacts médico-économiques des états dépressifs. In *Les états dépressifs* (p. 161-180). Lavoisier.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and individual differences*, 39(7), 1249-1260.
- Mathieu, A., *Neurasthénie (épuiement nerveux)*, Paris : Rueff, 1892 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9683363z.r=Mathieu%20neurasth%C3%A9nie?rk=42918;4>

- Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British journal of Medical psychology*, 74(2), 197-212.
- Masselon R., *Mélancolie. Etude médicale et psychologique*, Paris : Félix Alcan, 1906 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5462776s.r=masselon%20m%C3%A9lancolie?rk=21459;2>
- Masson, M., & Muirheid-Delacroix, B. (2014). La douleur morale : Historique et devenir d'un concept clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 172, N°2, Elsevier Masson, p. 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.01.006>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2013). Understanding the Importance of Attachment in Shame Traumatic Memory Relation to Depression : The Impact of Emotion Regulation Processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 149-165. <https://doi.org/10.1002/cpp.786>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Internalizing Early Memories of Shame and Lack of Safeness and Warmth : The Mediating Role of Shame on Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(4), 479-493. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001099>
- Mauppin C. dir., *Histoires et histoire du Centre hospitalier Sainte-Anne*, LEH Edition, 2020
- Mauras, T., & Gourion, D. (2018). 25. La rémission : Le graal du thérapeute. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 243-252). Lavoisier.
- Mauroy, A., Darmon, J., Bensefa-Colas, L., & Dantchev, N. (2018). 4. Dépression et maladie professionnelle. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 55-70). Lavoisier.
- Mayberg, H. S. (1997). Limbic-cortical dysregulation : A proposed model of depression. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*.
- Mayberg, H. S. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression : Towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. *British medical bulletin*, 65(1), 193-207.
- Mayberg, H. S. (2007). Defining the Neural Circuitry of Depression : Toward a New Nosology With Therapeutic Implications. *Biological Psychiatry*, 61(6), 729-730. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.01.013>
- Mayberg, H. S. (2009). Targeted electrode-based modulation of neural circuits for depression. *The Journal of Clinical Investigation*, 119(4), 717-725. <https://doi.org/10.1172/JCI38454>
- Mayberg, H. S., Brannan, S. K., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., Brickman, J. S., Tekell, J. L., Silva, J. A., McGinnis, S., Glass, T. G., Martin, C. C., & Fox, P. T. (1997). Cingulate function in depression : A potential predictor of treatment response. *NeuroReport*, 8(4), 1057-1061.
- Mayberg, H. S., & Fossati, P. (2005). Dysfunctional limbic-cortical circuits in major depression : A functional neuroimaging perspective. *Cognitive and affective neuroscience of psychopathology*.
- Mayberg, H. S., Liotti, M., Brannan, S. K., McGinnis, S., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., Silva, J. A., Tekell, J. L., Martin, C. C., & Lancaster, J. L. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood : Converging PET findings in depression and normal sadness. *American journal of psychiatry*, 156(5), 675-682.

- Mayers, A. G., & Baldwin, D. S. (2006). The relationship between sleep disturbance and depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(1), 2-16. <https://doi.org/10.1080/13651500500328087>
- M'Bailara, K., & Derguy, C. (2018). 13. Psychopathologie quantitative et psychométrie de la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 141-153). Lavoisier. <https://www.cairn.info/actualites-sur-les-maladies-depressives--9782257207333-p-141.htm>
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1504-1510.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain : A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 680-690.
- Meerwijk, E. L., Ford, J. M., & Weiss, S. J. (2013). Brain regions associated with psychological pain : Implications for a neural network and its relationship to physical pain. *Brain Imaging and Behavior*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11682-012-9179-y>
- Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2013). Toward a Unifying Definition : Response to 'The Concept of Mental Pain'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 62-63. <https://doi.org/10.1159/000348869>
- Messer, S. B. (2013). Three mechanisms of change in psychodynamic therapy : Insight, affect, and alliance. *Psychotherapy*, 50, 408-412. <https://doi.org/10.1037/a0032414>
- Messer, S. B., & McWilliams, N. (2007). *Insight in Psychodynamic Therapy : Theory and Assessment*.
- Michalak, J., Troje, N. F., Fischer, J., Vollmar, P., Heidenreich, T., & Schulte, D. (2009). Embodiment of sadness and depression—Gait patterns associated with dysphoric mood. *Psychosomatic medicine*, 71(5), 580-587.
- Mignard in *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, 1908, n°1, (tome XII), Paris : Doin, p. 344-345 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6447527t/f358.item>
- Miller, I. W., Bishop, S., Norman, W. H., & Maddever, H. (1985). The modified Hamilton rating scale for depression: reliability and validity. *Psychiatry research*, 14(2), 131-142.
- Miller, M. D., Cornes, C., Frank, E., Ehrenpreis, L., Silberman, R., Schlernitzauer, M. A., Tracey, B., Richards, V., Wolfson, L., Zaltman, J., Bensasi, S., & Reynolds, C. F. (2001). Interpersonal Psychotherapy for Late-Life Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 231-238.
- Minkowski E. (1953), « Exaltation et excitation. Détresse et dépression (en marge de la psychopathologie clinique) », *L'Évolution psychiatrique*, 1953, p. 7-17
- Minkowski, E (1930). *Étude sur la structure des états de dépression : Les dépressions ambivalentes*, Editions du Nouvel objet, 1993
- Mirabel-Sarron, C. (2002). *La dépression, comment en sortir*. Odile Jacob.
- Mirabel-Sarron, C. (2011a). Les thérapies comportementales et cognitives : Bases théoriques et indications. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 169. N°6, Elsevier Masson, p. 398-402. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.05.008>

- Mirabel-Sarron, C. (2011b). Thérapies comportementales et cognitives et troubles de l'humeur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 1969, N°9, Elsevier Masson, p. 595-605. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.07.002>
- Mirabel-Sarron, C. (2012). Dysrégulations émotionnelles et dépressions. *L'Encéphale*, 38, S41-S44.
- Mirabel-Sarron, C., & Provencher, M. D. (2018). 47. Psychothérapies cognitives des états dépressifs. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 488-495). Lavoisier.
- Mirabel-Sarron, Véra, Samuel-Jeunesse (2001), « Estime de soi et dépression », *Annales médico-psychologiques*, vol. 159, n°2, Elsevier Masson, p. 144-148
- Mohamed, B. E. S., & Ahmed, M. G. A. E. (2022). Emotional intelligence, alexithymia and suicidal ideation among depressive patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.12.002>
- Mohamed Wahba, N., & Gaber Hamza, H. (2022). Psychological Pain, Anger Rumination, and Its Relation with Suicidal Ideations among Patients with Major Depressive Disorder. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 3(1), 95-116. <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.247066>
- Moirand, R., & Haesebaert, F. (2018). 28. Dépression chronique. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 275-283). Lavoisier.
- Molière, F. (2018). 8. Sémiologie en fonction de la sévérité. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 97-104). Lavoisier.
- Monsen, K., Monsen, J. T., Svartberg, M., & Havik, O. E. (2002). Chronic Pain Patients : Patterns of Change in Interpersonal Problems, Pain Intensity, and Depression-Anxiety. *Psychotherapy Research*, 12(3), 339-354. <https://doi.org/10.1080/713664393>
- Monteleone, P., Martiadis, V., & Maj, M. (2011). Circadian rhythms and treatment implications in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1569-1574. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.07.028>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Mouchabac, S. (2006). La dépression : Évolution ou révolution? Une approche évolutionniste des troubles de l'humeur. *Neuropsychiatrie: tendances et débats*, 29, 19-36.
- Mouchabac, S. (2008). Comprendre la dépression : Apport de la psychologie évolutionniste. *PSN*, 6(4), 188-196.
- Mouchet-Mages, S., & Baylé, F. J. (2008). Sadness as an integral part of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 321-327. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/smmages>
- Moussaoui D., « Biochimie de la dépression », *L'Encéphale*, vol 4(3), 1978, p. 193-222
- Montassut M. (1930) « Étude clinique et nosologique de la dépression psycho-musculaire chronique avec émotivité constitutionnelle », Société de psychiatrie de Paris, séance du 22 mai 1930, *L'Encéphale*, 01, p. 615-625
- Montassut M. (1931), « La fatigue du neurasthénique », *L'Évolution psychiatrique*, p. 53-80
- Montassut M., *La Dépression constitutionnelle*, Paris : Masson, 1938

- Müller, N., Myint, A.-M., & Schwarz, M. J. (2011). Inflammatory Biomarkers and Depression. *Neurotoxicity Research*, *19*(2), 308-318. <https://doi.org/10.1007/s12640-010-9210-2>
- Muñoz, R. A., McBride, M. E., Brnabic, A. J. M., López, C. J., Hetem, L. A. B., Secin, R., & Dueñas, H. J. (2005). Major depressive disorder in Latin America : The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, *86*(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.012>
- Nanayakkara, S., Misch, D., Chang, L., & Henry, D. (2013). Depression and Exposure to Suicide Predict Suicide Attempt. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 991-996. <https://doi.org/10.1002/da.22143>
- Nandrino, J. L., Massioui, F. E., Renault, B., Allilaire, J. F., & Widlöcher, D. (2001, June). L'architecture cognitive des états dépressifs. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 159, N°5, Elsevier Masson, p. 383-390.
- Nauczyciel, C., Batail, J.-M., & Drapier, D. (2018). 41. Intérêt de la stimulation magnétique transcrânienne dans la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 420-427). Lavoisier.
- Navabi, S., Gorrepati, V. S., Yadav, S., Chintanaboina, J., Maher, S., Demuth, P., Stern, B., Stuart, A., Tinsley, A., Clarke, K., Williams, E. D., & Coates, M. D. (2018). Influences and Impact of Anxiety and Depression in the Setting of Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, *24*(11), 2303-2308. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy143>
- Nesse, R. M. (2009). Explaining depression : Neuroscience is not enough, evolution is essential. *Understanding depression: A translational approach*, 17-35.
- Nesse, R. M., & Williams, G. C. (1998). Evolution and the origins of disease. *Scientific American*, *279*(5), 86-93.
- Nesse, R. M., Williams, G. C., & Mysterud, I. (1995). Why we get sick. *Trends in Ecology and Evolution*, *10*(7), 300-301.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression : A review and reformulation. *Journal of affective disorders*, *81*(2), 91-102.
- Nettle, D. (2009). An evolutionary model of low mood states. *Journal of Theoretical Biology*, *257*(1), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2008.10.033>
- Nieto, I. (2018). 29. Staging de la dépression. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 284-298). Lavoisier.
- Nikolin, S., Tan, Y. Y., Schwaab, A., Moffa, A., Loo, C. K., & Martin, D. (2021). An investigation of working memory deficits in depression using the n-back task : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *284*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.084>
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2002). Examination of Affective, Cognitive, and Behavioral Factors and Suicide-Related Outcomes in Children and Young Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *31*(1), 48-58. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3101_07

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Noyes, R., Stuart, S. P., & Watson, D. B. (2008). A Reconceptualization of the Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 49(1), 14-22. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.1.14>
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1), 19-27. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00408-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00408-6)
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241.
- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : Une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 126-131.
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression : From Research to Clinics. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 207-221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression : Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and social psychology bulletin*, 32(12), 1608-1619.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460. <https://doi.org/10.1177/0963721413492763>
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. University of Illinois press.
- Osimo, E. F., Pillinger, T., Rodriguez, I. M., Khandaker, G. M., Pariante, C. M., & Howes, O. D. (2020). Inflammatory markers in depression : A meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 901-909. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.02.010>
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies : A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Painuly, N., Sharan, P., & Mattoo, S. K. (2005). Relationship of anger and anger attacks with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(4), 215-222. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0539-5>
- Panayiotou, G., Panteli, M., & Vlemincx, E. (2021). Adaptive and maladaptive emotion processing and regulation, and the case of alexithymia. *Cognition and Emotion*, 35(3), 488-499. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1671322>
- Pandi-Perumal, S. R., Moscovitch, A., Srinivasan, V., Spence, D. W., Cardinali, D. P., & Brown, G. M. (2009). Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and

its implications for depression : Lessons from agomelatine. *Progress in Neurobiology*, 88(4), 264-271. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2009.04.007>

Panzarella, C., Alloy, L. B., & Whitehouse, W. G. (2006). Expanded Hopelessness Theory of Depression : On the Mechanisms by which Social Support Protects Against Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 307-333. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9048-3>

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination : Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.

Papakostas, G. I., Petersen, T., Denninger, J., Sonawalla, S. B., Mahal, Y., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2003). Somatic symptoms in treatment-resistant depression. *Psychiatry Research*, 118(1), 39-45. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00063-5](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00063-5)

Pasquier, A. (2012). *Psychopathologie des émotions*. Armand Colin.

Pasquier, A. (2013). Les troubles de l'émotion. *Santé Mentale*, 177, 32-36.

Patris, M. (2010). 53. Approches psychothérapeutiques (psychodynamiques et psychanalytiques) des dépressions. In *Les états dépressifs* (p. 469-477). Lavoisier.

Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 376-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.014>

Peeters, F., Berkhof, J., Rottenberg, J., & Nicolson, N. A. (2010). Ambulatory emotional reactivity to negative daily life events predicts remission from major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 754-760.

Pegg, S., & Kujawa, A. (2020). The effects of a brief motivation manipulation on reward responsiveness : A multi-method study with implications for depression. *International Journal of Psychophysiology*, 150, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.02.004>

Peled, M., & Moretti, M. M. (2010). Ruminating on rumination : Are rumination on anger and sadness differentially related to aggression and depressed mood? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 108-117.

Pelissolo, A. (2010). 14. Anxiodépression. In *Les états dépressifs* (p. 111-116). Lavoisier.

Pelissolo, A., & Hamdani, N. (2018). 17. Dépression et troubles anxieux. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 179-186). Lavoisier.

Perlis, M. L., Giles, D. E., Buysse, D. J., Tu, X., & Kupfer, D. J. (1997). Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 42(2), 209-212. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(96\)01411-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(96)01411-5)

Picard (1934), « Les parentés psychologiques et cliniques de l'épilepsie et de la psychose maniaque dépressive », *L'Évolution psychiatrique*, 1934, Paris : Elsevier, p 59-74

Pichot P. (1969), « Les dimensions des dépressions », *L'Évolution psychiatrique*, 34(2), 1969,, p. 297-312

Pichot P. (1981), « Actualisation du concept de dépression », *L'Encéphale. Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 7(4, Suppl), Paris : Elsevier Masson, p. 307-314

Pichot Pierre, Guelfi Julien-Daniel, Pichot, P., Pichot Pierre, & Guelfi Julien-Daniel. (1983). *DSM-III : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.

- Piéron, H. (1946), L'affectivité sensorielle. *L'Année psychologique*, 47(1), 1-10.
- Pigeon, W. R., Pinquart, M., & Conner, K. (2012). Meta-Analysis of Sleep Disturbance and Suicidal Thoughts and Behaviors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 11734. <https://doi.org/10.4088/JCP.11r07586>
- Pinel P. (1809), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris : Brosson, 1809 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g.r=pinel%20trait%C3%A9%20m%C3%A9dico-philosophique?rk=42918;4>
- Pinel, P. (1810), *Nosographie philosophique, ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Volume 3, Paris : Brosson, 1810 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76663d/f1.item>
- Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, Stress, and Anhedonia : Toward a Synthesis and Integrated Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 393-423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185606>
- Plagnol, A., & Mirabel-Sarron, C. (2006, February). Schémas dépressogènes et espace subjectif. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 164, N°1, Elsevier Masson, p. 24-33.
- Poirot-Jarosiewicz, I. (2010). 13. Dépression et sommeil. In *Les états dépressifs* (p. 106-110). Lavoisier.
- Polosan, M., Lemogne, C., Jardri, R., & Fossati, P. (2016). La cognition au cœur de la dépression. *L'Encéphale*, 42(1), 1S3-1S11
- Postel M. (1986), « Les états dépressifs : vers une révision des concepts », *L'Évolution psychiatrique*, 1986, p. 429-433
- Postel & Quérel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dundod, 1994
- Potter, G. G., McQuoid, D. R., & Steffens, D. C. (2015). Appetite loss and neurocognitive deficits in late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(6), 647-654. <https://doi.org/10.1002/gps.4196>
- Prades, P. (2011). L'efficacité des thérapies « psychodynamiques » : Une validation empirique de la psychanalyse ? *Revue du MAUSS*, 38(2), 51-63. <https://doi.org/10.3917/rdm.038.0051>
- Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P., & Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Psychiatry Research*, 169(3), 235-239. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.042>
- Price, J., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P., & Rohde, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 164(3), 309-315.
- Privitera, G., Misenheimer, M., & Doraiswamy, P. M. (2013). From weight loss to weight gain : Appetite changes in major depressive disorder as a mirror into brain-environment interactions. *Frontiers in Psychology*, 4.
- Proust, A., & Ballet, G., *L'hygiène du neurasthénique*. Paris : Masson, 1897
- Pull, C. (2018). 12. Critères diagnostiques qualitatifs d'un épisode dépressif. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 131-140). Lavoisier.
- Radat, Lafittau, Ouallet, Brochet, Jouvent (2007), « Validation de l'Échelle d'Humeur Dépressive (EHD), version auto-questionnaire, dans la sclérose en plaques », *L'Encéphale*, 33, pp. 49-57

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Raison, C. L., & Miller, A. H. (2011). Is Depression an Inflammatory Disorder? *Current Psychiatry Reports*, 13(6), 467-475. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0232-0>
- Rao, A., & Cohen, H. J. (2004). Symptom Management in the Elderly Cancer Patient : Fatigue, Pain, and Depression. *JNCI Monographs*, 2004(32), 150-157. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh031>
- Ray, C. (1991). Chronic fatigue syndrome and depression : Conceptual and methodological ambiguities. *Psychological Medicine*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700014586>
- Régis E., *Manuel pratique de médecine mentale*, Paris : Doin, 1985
- Reuter, K., & Härter, M. (2004). The concepts of fatigue and depression in cancer. *European Journal of Cancer Care*, 13(2), 127-134. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2003.00464.x>
- Ribot T., *La psychologie des sentiments*, Paris : Félix Alcan, 1896
- Ribot T., *Les maladies de la volonté (5e édition)*, Paris : Félix Alcan, 1888
- Ribot T. (1882) « Les affaiblissements de la volonté », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 7 (XIV), juil.-dec. 1882, Paris : Félix Alcan, p. 391-423 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k17153q/f395.item>
- Richard-Lepouriel, H., & Aubry, J.-M. (2018). 38. Stabilisateurs de l'humeur. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 390-402). Lavoisier.
- Richardson, L., & Adams, S. (2018). Cognitive Deficits in Patients With Depression. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(6), 437-443.e3. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.03.006>
- Riche A., *Les états neurasthéniques. Diagnostic et traitement*, Paris : Baillière et fis, 1908
- Rief, W., & Hiller, W. (2003). A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 44(6), 492-498. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.492>
- Rizvi, S. J., Pizzagalli, D. A., Sproule, B. A., & Kennedy, S. H. (2016). Assessing anhedonia in depression : Potentials and pitfalls. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 21-35. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.004>
- Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (1996). Neurobehavioural mechanisms of reward and motivation. *Current Opinion in Neurobiology*, 6(2), 228-236. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(96\)80077-8](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(96)80077-8)
- Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14(3), 161-181. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90006-X)
- Robinson, M. S., & Alloy, L. B. (2003). Negative Cognitive Styles and Stress-Reactive Rumination Interact to Predict Depression : A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 275-291. <https://doi.org/10.1023/A:1023914416469>

- Rodin, J., McAvay, G., & Timko, C. (1988). A Longitudinal Study of Depressed Mood and Sleep Disturbances in Elderly Adults. *Journal of Gerontology*, 43(2), P45-P53. <https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.P45>
- Rottenberg, J. (2005). Mood and emotion in major depression. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 167-170.
- Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 627.
- Rouart J. (1956), « Dépression et problèmes de psychopathologie générale », *L'Évolution psychiatrique*, 1, p. 459-466
- Roux J., *Les névroses post-traumatiques : hystérie, neurasthénie, sinistroses*, Paris : Baillière et fils, 1913
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5462128n.r=Roux%2C%20Les%20n%C3%A9vroses%20post-traumatiques?rk=21459;2>
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 300-313. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.300>
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 729-733. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00257-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00257-4)
- Sabo, E., Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., & Berman, S. R. (1991). Sleep, depression, and suicide. *Psychiatry Research*, 36(3), 265-277. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90025-K](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90025-K)
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00053-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00053-1)
- Scheff, T. J. (2001). Shame and Community: Social Components in Depression. *Psychiatry*, 64(3), 212-224. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.3.212.18457>
- Scherrer, Leclerc, Latouche (1953), « Guérison spectaculaire par la cardiazolthérapie d'un mélancolique atypique d'apparence incurable », *Annales médico-psychologiques*, Vol. 111, N°15, Elsevier, p. 651-655
- Schrijvers, D., De Bruijn, E. R., Maas, Y., De Grave, C., Sabbe, B. G., & Hulstijn, W. (2008). Action monitoring in major depressive disorder with psychomotor retardation. *Cortex*, 44(5), 569-579.
- Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2008). Chapter 8—Optimism and Pessimism. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Éds.), *Risk Factors in Depression* (p. 171-194). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00008-3>
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R. C., Levinson, D., Mneimneh, Z. N., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., ... Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.015>

- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.
- Séglas, J. (1895). *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : (Salpêtrière, 1887-1894)*, Meige H., éd., Paris : Asselin et Houzeau, 1895 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76631s.r=jules%20s%C3%A9glas%20le%C3%A7ons%20cliniques?rk=42918;4>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness : On depression, development and death*. W. H. Freeman and company.
- Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.3.242>
- Semal P. (1875), « De la sensibilité générale dans les affections mélancoliques », *Annales médico-psychologiques*, n° 14, 1875, Paris : Masson, p. 48-89
- Seminowicz, D. A., Mayberg, H. S., McIntosh, A. R., Goldapple, K., Kennedy, S., Segal, Z., & Rafi-Tari, S. (2004). Limbic–frontal circuitry in major depression : A path modeling metanalysis. *NeuroImage*, 22(1), 409-418. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.01.015>
- Shahar, G. (2001). Personality, Shame, and the Breakdown of Social Bonds : The Voice of Quantitative Depression Research. *Psychiatry*, 64(3), 228-239. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.3.228.18463>
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), R941-R945. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Sharot, T., Merland, V., & Saintonge, N. (2020). Le biais d'optimisme, une erreur salutaire. *Books*, 106(4), 27-29.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R., & Zhang, X. (2017). The Link between Depression and Chronic Pain : Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity*, 2017, e9724371. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Sherdell, L., Waugh, C. E., & Gotlib, I. H. (2012). Anticipatory Pleasure Predicts Motivation for Reward in Major Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 51-60. <https://doi.org/10.1037/a0024945>
- Shidhaye, R., Mendenhall, E., Sumathipala, K., Sumathipala, A., & Patel, V. (2013). Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low and middle income countries : A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 65-76. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.748651>
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary : Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Shneidman, E. S. (1999). Conceptual Contribution : The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287. Periodicals Archive Online.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia : Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.

- Silvestrini, N., & Gendolla, G. H. E. (2007). Mood effects on autonomic activity in mood regulation. *Psychophysiology*, 44(4), 650-659. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2007.00532.x>
- Simmons, W. K., Burrows, K., Avery, J. A., Kerr, K. L., Bodurka, J., Savage, C. R., & Drevets, W. C. (2016). Depression-Related Increases and Decreases in Appetite : Dissociable Patterns of Aberrant Activity in Reward and Interoceptive Neurocircuitry. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 418-428. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020162>
- Simmons, W. K., Burrows, K., Avery, J. A., Kerr, K. L., Taylor, A., Bodurka, J., Potter, W., Teague, T. K., & Drevets, W. C. (2020). Appetite changes reveal depression subgroups with distinct endocrine, metabolic, and immune states. *Molecular Psychiatry*, 25(7), Article 7. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0093-6>
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does Response on the PHQ-9 Depression Questionnaire Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death? *Psychiatric Services*, 64(12), 1195-1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335. <https://doi.org/10.1056/NEJM199910283411801>
- Snaith, R. P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., & Trigwell, P. (1995). A Scale for the Assessment of Hedonic Tone the Snaith–Hamilton Pleasure Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 167(1), 99-103. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.1.99>
- Song, H.-R., Woo, Y.-S., & Bahk, W.-M. (2013). Depression as an Inflammatory Disease. *Korean Journal of Psychopharmacology*, 5-10.
- Soukhanoff S. (1909), « Sur la cyclothymie et la psychasthénie et leurs rapports avec la neurasthénie », *Annales médico-psychologiques*, n°09, 1909, Paris : Masson, p. 27-38 <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90152x1909x10&p=27>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Spadone (2008), « Rémission cognitive et rémission clinique de la dépression », *L'Encéphale* 34, pp. 211-213
- Spaeth, M., Weichold, K., & Silbereisen, R. K. (2015). The development of leisure boredom in early adolescence : Predictors and longitudinal associations with delinquency and depression. *Developmental Psychology*, 51, 1380-1394. <https://doi.org/10.1037/a0039480>
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25-37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies : The psychopathology of common sense*. Oxford University Press.
- Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2013). Borderline depression a desperate vitality. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 153-177.

- Starobinski J. (1977), « Le concept de cénesthésie et les idées neuropsychologiques de Mortiz Schiff », *Revue trimestrielle d'histoire de la médecine et des sciences naturelles*, vol. 34, n°1-2, 1977, p. 2-29
- Stein, D. J. (2008). Depression, Anhedonia, and Psychomotor Symptoms : The Role of Dopaminergic Neurocircuitry. *CNS Spectrums*, 13(7), 561-565. <https://doi.org/10.1017/S1092852900016837>
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy : As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943-953.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Chaudhry, H. R., Friedmann, A., Wenzel, T., & Schanda, H. (2002). Guilt and Depression : A Cross-Cultural Comparative Study. *Psychopathology*, 34(6), 289-298. <https://doi.org/10.1159/000049327>
- Styron, W. (2010). *Darkness visible : A memoir of madness*. Open Road Media, New York.
- Sullivan, H. S. (1951). The Psychiatric Interview. *Psychiatry*, 14(4), 361-373. <https://doi.org/10.1080/00332747.1951.11022839>
- Sullivan, H. S. (2013). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Routledge.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy : A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Sun, X., Li, H., Song, W., Jiang, S., Shen, C., & Wang, X. (2020). ROC analysis of three-dimensional psychological pain in suicide ideation and suicide attempt among patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 210-227.
- Swanholm, E., Vosvick, M., & Chng, C.-L. (2009). Pessimism, Trauma, Risky Sex : Covariates of Depression in College Students. *American Journal of Health Behavior*, 33(3), 309-318. <https://doi.org/10.5993/AJHB.33.3.9>
- Syed, Z. S., Sidorov, K., & Marshall, D. (2017). Depression Severity Prediction Based on Biomarkers of Psychomotor Retardation. *Proceedings of the 7th Annual Workshop on Audio/Visual Emotion Challenge*, 37-43. <https://doi.org/10.1145/3133944.3133947>
- Taguet, *Trouble spontané de la sensibilité générale*, Paris : Donnaud, 1876 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65211775/f5.item>
- Tardieu, É., *L'ennui : Étude psychologique (2e édition, revue et corrigée)*, Paris : Félix Alcan, 1913 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5658929w.r=tardieu%20%27ennui?rk=21459;2>
- Targum, S. D., & Fava, M. (2011). Fatigue as a residual symptom of depression. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(10), 40.
- Tastevin E. (1913), « Les émotions afflictives », *Revue des sciences psychologiques*, n°03, juil. –déc. 1913, Paris : Marcel Rivière, p. 282-307 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55778781/f62.item> ; n°04, oct. –déc. 1913, Paris : Marcel Rivière, p. 390-420 <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5577889t/f54.item>
- Tatossian A. (1981), « Phénoménologie de la dépression », *L'Encéphale*, VII, pp. 361-366
- Tevissen dir., *La douleur morale*. (1996). Éd. du Temps.
- Thiebaut, S., & Guillaume, S. (2018). 19. Dépressions et troubles des conduites alimentaires. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 194-199). Lavoisier.

- Tinel, « Provocation de crises mélancoliques par des émotions joyeuses », séance du 9 juillet 1931 de la Société médico-psychologique, *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1931, Paris : Masson, p. 155-159
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2012). Inappropriate and Excessive Guilt: Instrument Validation and Developmental Differences in Relation to Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 607-620. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9591-6>
- Tossani, E. (2013). The concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(2), 67-73.
- Tournier, M. (2018). 2. Épidémiologie. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 17-25). Lavoisier.
- Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A., & Everson-Rose, S. A. (2008). Why forgiveness may protect against depression: Hopelessness as an explanatory mechanism. *Personality and Mental Health*, 2(2), 89-103. <https://doi.org/10.1002/pmh.35>
- Treadway, M. T., Bossaller, N. A., Shelton, R. C., & Zald, D. H. (2012). Effort-based decision-making in major depressive disorder: A translational model of motivational anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 553-558. <https://doi.org/10.1037/a0028813>
- Treadway, M. T., & Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689-693. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.006>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Tusques J. (1939), « Le problème psycho-glandulaire », *L'Évolution psychiatrique*, 1939, p. 13-42
- Tusques J. (1950), « Structures biologiques et comportements, éléments fondamentaux d'une conception biologique de la psychiatrie », *L'Évolution psychiatrique*, p. 130-164
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 7(4), 167.
- Uğur, K., & Polat, H. (2021). The relationship of suicidal ideation with psychological pain and anger rumination in patients with major depressive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 479-485. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.06.012>
- Unal, G., & Canbeyli, R. (2019). Psychomotor retardation in depression: A critical measure of the forced swim test. *Behavioural Brain Research*, 372, 112047. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112047>
- Universalis, E. (s. d.-a). EUGÈNE MINKOWSKI. *Encyclopædia Universalis*.
- Universalis, E. (s. d.-b). HENRI PIÉRON. *Encyclopædia Universalis*.
- Universalis, E. (s. d.). JEAN-PIERRE FALRET. *Encyclopædia Universalis*.

- Vaccarino, A. L., Sills, T. L., Evans, K. R., & Kalali, A. H. (2008). Prevalence and association of somatic symptoms in patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, *110*(3), 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.009>
- van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L., & Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *181*(2), 141-144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.011>
- Vergara, C., & Roberts, J. E. (2011). Motivation and goal orientation in vulnerability to depression. *Cognition & emotion*, *25*(7), 1281-1290.
- Verstraeten (1937), « La thérapeutique convulsivante de la psychose maniaco-dépressive », communication à la Société médico-psychologique, séance du 22 novembre 1937, *Annales médico-psychologiques*, n°02, 1937, Paris Masson, p. 654-659.
- Villain, L., & Courtet, P. (2018). 15. Dépression et conduites suicidaires. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 161-171). Lavoisier.
- Villain L., Ducasse D., Aubert E., Olié E., Guillaume S., Courtet P. (2016) « L'influence de la dépression sur les conduites suicidaires », in *De l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie.*, Laurent E. et Vandell P. dir., De Boeck supérieur, 2016
- Visser, M. R. M., & Smets, E. M. A. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients : How are they related? *Supportive Care in Cancer*, *6*(2), 101-108. <https://doi.org/10.1007/s005200050142>
- Von Zerssen, D., Barthelmes, H., Dirlich, G., Doerr, P., Emrich, H. M., Von Lindern, L., Lund, R., & Pirke, K. M. (1985). Circadian rhythms in endogenous depression. *Psychiatry research*, *16*(1), 51-63.
- von Buelzingsloewen, I. (2010). Un fol espoir thérapeutique ? L'introduction de l'électrochoc dans les hôpitaux psychiatriques français (1941-1945). *Annales historiques de l'électricité*, *8*(1), 93-104. <https://doi.org/10.3917/ah.008.0093>
- Waal, M. W. M. D., Arnold, I. A., Eekhof, J. A. H., & Hemert, A. M. V. (2004). Somatoform disorders in general practice : Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(6), 470-476. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.470>
- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression : Does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry*, *11*(1), 3-10.
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B., & Horwitz, A. V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses : Evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *64*(4), 433-440.
- Walford, G. A., Nelson, W. M., & McCluskey, D. R. (1993). Fatigue, depression, and social adjustment in chronic fatigue syndrome. *Archives of Disease in Childhood*, *68*(3), 384-388. <https://doi.org/10.1136/adc.68.3.384>
- Wålinder, J., & Rutz, W. (2001). Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology*, *16*, S21.

- Walther, S., Hügli, S., Höfle, O., Federspiel, A., Horn, H., Bracht, T., Wiest, R., Strik, W., & Müller, T. J. (2012). Frontal white matter integrity is related to psychomotor retardation in major depression. *Neurobiology of Disease*, 47(1), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.03.019>
- Wang, S., Leri, F., & Rizvi, S. J. (2021). Anhedonia as a central factor in depression : Neural mechanisms revealed from preclinical to clinical evidence. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110289. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110289>
- Warembourg, F., Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2018). 20. Dépression et psychotraumatisme. In *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 200-205). Lavoisier.
- Watson, P. J., & Andrews, P. W. (2002). Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression : The social navigation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 72(1), 1-14. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00459-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00459-1)
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31(11), 1143-1153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.003>
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness : The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 591-601. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.591>
- Weissman, M., Markowitz, J., Klerman, G. L., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Oxford University Press, Incorporated.
- Wenzel, A., Steer, R. A., & Beck, A. T. (2005). Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 177-181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.009>
- Wenzlaff, R. M. (2003). Mental control and depressive rumination. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*, 59-77.
- Widlöcher, D., & Colonna, L. (1980). L'évaluation quantitative du ralentissement psychomoteur dans les états dépressifs. *Psychol Med*, 12, 2725-2739.
- Widlöcher, D. (1981a). L'échelle de ralentissement dépressif. Fondements théoriques et premières applications. *Psychol med*, 13, 53-60.
- Widlöcher D. (1981b), « Fatigue et dépression », *L'Encéphale*, VII, pp. 347-351
- Widlöcher, D. (1983). *Le ralentissement dépressif*. Presses universitaires de France.
- Widlöcher, D. (2002). Dépression et anxiété. *Revue française de psychanalyse*, 66(2), 409-422.
- Wilmotte et Fontaine (1980), « Analyse fonctionnelle des états dépressifs : intégration des apports cognitifs et comportementaux », *L'Encéphale*, VI, pp. 199-208
- Winer, E. S., Bryant, J., Bartoszek, G., Rojas, E., Nadorff, M. R., & Kilgore, J. (2017). Mapping the relationship between anxiety, anhedonia, and depression. *Journal of Affective Disorders*, 221, 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.006>
- Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 218(1), 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.016>

- Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2005). Anger Attacks in Depression – Evidence for a Male Depressive Syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 303-307. <https://doi.org/10.1159/000086321>
- Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological Approaches to Origins and Treatments of Somatoform Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 257-283. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505>
- Wojnar, M., Ilgen, M. A., Wojnar, J., McCammon, R. J., Valenstein, M., & Brower, K. J. (2009). Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Psychiatric Research*, 43(5), 526-531. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.07.006>
- Wolgast, M., & Lundh, L.-G. (2017). Is Distraction an Adaptive or Maladaptive Strategy for Emotion Regulation? A Person-Oriented Approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 117-127. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9570-x>
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*, 4th ed (p. xvi, 421). Pergamon Press.
- World Health Organization and Columbia University. *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression* (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva, WHO, 2016
- Yager, J. (2015). Addressing patients' psychic pain. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 939-943.
- Zawadzki, M. J., Graham, J. E., & Gerin, W. (2013). Rumination and anxiety mediate the effect of loneliness on depressed mood and sleep quality in college students. *Health Psychology*, 32, 212-222. <https://doi.org/10.1037/a0029007>
- Zhao, D., Wu, Z., Zhang, H., Mellor, D., Ding, L., Wu, H., Wu, C., Huang, J., Hong, W., Peng, D., & Fang, Y. (2018). Somatic symptoms vary in major depressive disorder in China. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.08.013>
- Ziemssen, T. (2009). Multiple sclerosis beyond EDSS : Depression and fatigue. *Journal of the Neurological Sciences*, 277, S37-S41. [https://doi.org/10.1016/S0022-510X\(09\)70011-5](https://doi.org/10.1016/S0022-510X(09)70011-5)
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A., & Benecke, C. (2015). Is It All about the Higher Dose? Why Psychoanalytic Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 469-487. <https://doi.org/10.1002/cpp.1917>
- Zsido, A. N., Arato, N., Lang, A., Labadi, B., Stecina, D., & Bandi, S. A. (2021). The role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies and social anxiety in problematic smartphone and social media use. *Personality and Individual Differences*, 173, 110647. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.11064>