

**RCCP**

## *Petites pensées de la nuit*

**Destinataires :** tous les membres de l'équipe

### À PROPOS DU SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF

**D**ans la même RCCP nous avons à connaître d'une personne qui semblait avoir développé un syndrome anxio-dépressif majeur. Comme on le constate cette appellation de syndrome anxio-dépressif ne constitue pas véritablement un diagnostic psychique médical mais une sorte de fourre-tout où il est bien commode de classer tout ce qui a l'allure d'une dépression ou de réactions d'angoisse. Ce sont des signes cliniques qui peuvent renvoyer à des étiologies totalement différentes. Pour la personne dont nous parlons, la première impression pourrait faire penser à un état phobique déclenché par une expérience douloureuse dans le cadre professionnel. Donc une hystérie phobique. Ce n'est pas une certitude étant donné la tonalité particulière du vécu phobique de cette personne. De fait, on peut évoquer d'autres étiologies possibles à ce syndrome :

- Une simple dépression réactionnelle à un épuisement d'origine physique. On évoque alors l'hypothèse d'une fatigue dépassée. Par exemple par un surcroît de travail prolongé au-delà du raisonnable. Dans le temps on adressait ces personnes en maison de repos puisque la cause est physiologique. Au siècle dernier on appelait cela « surmenage ».
- Une rupture dans un système adaptatif de survie déclenché par un événement particulier ou par le fait d'un « harcèlement » au travail. Cette dépression peut-être alors transitoire. Elle peut aussi actualiser une organisation névrotique jusqu'alors tenue atone par les mécanismes de survie.

**HYGIE**

Association loi 1901 ; JO n°40 du 6/10/2012

Siège social : 91 avenue d'Alsace Lorraine 91550 Paray-Vieille-Poste

N° RNA : W913004485 – N° SIRET : 789 145 166 00011 – APE : 9499Z

hygie.asso@gmail.com

Dans le premier cas il s'agit de restaurer l'équilibre de survie antécédent par la prescription de psychotropes et éventuellement une prise en charge psychothérapeutique.

Dans le deuxième cas, Il convient de tempérer la souffrance dépressive aux moyens de prescription de psychotropes et de préparer éventuellement la personne à une adresse en psychanalyse.

- Il existe une troisième éventualité qui, quoiqu'elle ressemble à la précédente, doit en être différenciée. On pourrait qualifier cette réaction au travail d'allure phobique de « syndrome post traumatique » quoique à proprement parler il n'y ait pas eu de traumatisme comme en atteste notre exemple. Le traumatisme n'est pas, dans cette occurrence, brutal. Dans certains cas une situation qui a l'air supportable, et que l'on supporte, a un effet traumatique dans la durée. Il en est de même pour ce qui est des viols conjugaux ordinaires quand une femme se soumet (sous emprise ou non) avec son consentement conscient à ce qu'il était convenu d'appeler antérieurement le « devoir conjugal ». À un moment il y a une réaction phobique à l'égard de la relation sexuelle qui ne se limite pas à l'aphanisis mais fait apparaître tous les symptômes attendant à ce syndrome post traumatique : dégoût et horreur de tout ce qui évoque la sexualité (reviviscence), trouble de l'humeur d'allure dépressive, troubles de la vigilance, irritabilité, difficulté de concentration et troubles du sommeil. Pour faire image on peut comparer ces situations au supplice de la goutte d'eau. C'est un supplice inventé par les Chinois dit-on. Il a l'air anodin et même non violent. Mais l'effet est extrêmement destructif psychiquement. Il consiste à faire tomber une goutte d'eau sans arrêt pendant des heures, ou même des jours, sur un récipient qui résonne, ou même sur la tête d'un prisonnier, sans que celui-ci ne puisse ni l'arrêter ni l'éviter. C'est la répétition qui mine la résistance psychique de celui qui la subit ou qui le rend fou. C'est la répétition de ce phénomène anodin qui s'avère traumatique. D'autant plus s'il y a chez celui qui la subit une fragilité psychique. Mais ce n'est pas même obligé. Elle peut déclencher un syndrome qui s'apparente à une réaction post traumatique phobique ou plus couramment d'angoisse. Certaines phobies scolaires peuvent relever de ce diagnostic. Quand cela survient le traitement de première intention que le médecin généraliste a à sa disposition est une prescription de psychotropes. Cela peut suffire. Mais pas toujours, notamment si le syndrome post-traumatique est installé. Le premier mouvement de praticiens est alors de prescrire une psychothérapie en pensant qu'il s'agit de la révélation d'une fragilité psychique sous-jacente. Ce qui est

effectivement souvent le cas. Cependant, cette prescription, qui semble de bon sens, s'avère ici contre-productive. En effet, sur un syndrome post traumatique l'approche psychothérapique ou psychanalytique est non seulement inefficace mais surtout nocive. Ce n'est pas seulement une aberration clinique qui fait bannir ce type de traitement mais un fait étiologique. Pour faire vite les symptômes phobiques ou d'angoisse de ces personnes, quoi qu'ils aient une traduction psychique, ne sont pas d'origine psychique. Disons, en raccourci, que les syndromes psychiques d'un point de vue neuro cérébral mettent en jeu deux types de mémoire : la mémoire sémantique et la mémoire épisodique. Celle des mots et des situations. C'est pourquoi la méthode de traitement par la parole peut être efficace dans son aspect déconstructif. Les événements post traumatiques ont « shunté » ces deux mémoires et se sont directement fixés dans la mémoire procédurale. Mémoire procédurale dont dispose Homo sapiens pour s'adapter. Cette mémoire est celle des automatismes et des conditionnements pavloviens et skinnériens. Ces conditionnements sont insensibles aux effets de la prise de « conscience » à partir de laquelle on peut défaire un symptôme psychique. Je disais que l'approche psychothérapeutique était contre-productive. En effet elle contribue à renforcer le conditionnement procédural. Ce qui est fâcheux quand il s'agit d'un conditionnement phobique. Bien sûr cette mémoire procédurale n'est pas absente de l'organisation des troubles psychonévrotiques. Surtout du côté de ceux qui émargent au registre défensif : La névrose obsessionnelle, la perversion et la paranoïa. Ce qui les rend résistants à la cure psychanalytique. On retrouve des pseudo syndromes post-traumatiques du côté dissolution dans certaines hystéries. En particulier phobiques ou de conversion. Mais dans cette occurrence il n'y a pas fixation définitive dans la mémoire procédurale. L'explication est que le « traumatisme » qui sollicite cette mémoire est « imaginaire » et produit par les instances moïques de l'appareil psychique. Il n'est pas « externe » et d'apparence « réelle ».

Ceux qui souffrent de ces syndromes post-traumatiques particuliers doivent être orientés vers des psychothérapies qui s'adressent directement à l'organisation neuro cérébrale. Autrement dit les TCC. En particulier les techniques EMDR. Une fois le conditionnement déconstruit, si une fragilité psychique demeure, il sera toujours temps d'adresser ces personnes en psychothérapie.

Il convient donc de sortir de ce pseudo syndrome anxio-dépressif de son caractère fourretout et de différencier ce à quoi les symptômes d'angoisse et de dépression renvoient en termes étiologiques et nosographiques.

Paray-Vieille-Poste le 15.11.2025

Marc Lebailly

**Tableau synoptique des maladies chroniques (après 15 ans)**

Fêlure de la subjectivisation Persistence enkystée de la détresse du vivre	
Psychonévroses dissolutives	Psychonévroses de défense topique
Angoisse originelle (détresse du vivre)	Invidia
<p><i>Hystérique</i></p> <p>↓</p> <p>Clivage : - Inconsistance du Moi - Prévalence de l'Idéal du Moi</p> <p>↓</p> <p>Double mythologie imaginaire délirante conflictuelle Tentative de suppléance à l'inconsistance du Moi</p> <p>↓</p> <p>Insatisfaction</p>	<p><i>Obsessionnel</i></p> <p>↓</p> <p>Clivage : - Inconsistance du Moi - Prévalence du Surmoi</p> <p>↓</p> <p>Double mythologie imaginaire délirante conflictuelle : - Moïque → adaptative - Surmoïque → invidiante</p> <p>↓</p> <p>Culpabilité</p>
<p><i>Paraphrénique</i></p> <p>↓</p> <p>Disparition de la constellation moïque Maintien d'une subjectivité précaire</p> <p>↓</p> <p>Mythologie sans consistance sémantique avérée (tentative désespérée de sauver la position subjective)</p> <p>↓</p> <p>Déréalisation</p>	<p><i>Perversion</i></p> <p>↓</p> <p>Clivage : - Moi imaginaire abouti - Moi archaïque totalitaire</p> <p>↓</p> <p>Mythologie adaptative + pensée productive</p> <p>↓</p> <p>Régression du fonctionnement sémantisé de l'organisation symbolique sans mythologie</p> <p>↓</p> <p>Double présence au monde « harmonieuse » (sans culpabilité) : intégration sociale aboutie versus totalitaire moïque</p>
<p><i>Schizophrénique (terminale)</i></p> <p>↓</p> <p>Disparition de toutes les instances topiques y compris la subjective</p> <p>↓</p> <p>Régression / fixation aux fantasmes terrorisants pseudo-sémantisés</p> <p>↓</p> <p>Mythologie sans consistance sémantique avérée (tentative désespérée de sauver la position subjective)</p> <p>↓</p> <p>Automatismes mentaux Hallucinations Déréalisation radicale</p> <p>↓</p> <p>Présence au monde autistique Détérioration intellectuelle</p>	<p><i>Paranoïaque (terminale)</i></p> <p>↓</p> <p>Disparition de la constellation moïque imaginaire</p> <p>↓</p> <p>Fixation / régression à l'organisation symbolique « sémantisée » et « productive »</p> <p>↓</p> <p>Connaissances paranoïdes</p> <p>↓</p> <p>Délire d'interprétation systématisé passionnel</p> <p>↓</p> <p>Présence au monde totalitaire Persistence des capacités intellectuelles</p>