

COMPRENDRE, ACCOMPAGNER et PREVENIR LA DEPRESSION : nouvelles recherches au regard de la PGRO et des neurosciences

Pierre VAN DAMME, psychologue clinicien et Gestalt-thérapeute du lien
pvpsy@wanadoo.fr



INTRODUCTION : 3 REPERAGES NOUVEAUX

J'avais présenté en 2002 au colloque de la PGRO à Montpellier, avec Marc Simon DROUIN du Québec, quelques aspects visant à comprendre et accompagner la dépression. Près de 12 ans après, la théorie de la PGRO a évolué, ma pratique de thérapeute et de formateur aussi ; j'ai voulu réinterroger de nouvelles voies de recherche à travers 3 repérages nouveaux :

- une relecture du tome 3 de BOWLBY,
- les récents travaux des neurosciences affectives,
- les travaux sur la récurrence et la prévention des rechutes dépressives.

Ces propositions sont modestes :

- je ne suis pas seul et c'est le fruit d'une réflexion partagée comme formateur en psychopathologie à l'institut Champ G ;
- je suis convaincu qu'il n'y a pas de certitudes linéaires et définitives mais des questionnements féconds qui ouvrent des pistes de recherche pour mieux saisir la complexité du monde interne du dépressif et surfer sur les terres du changement au travers de la beauté du lien thérapeutique.

A-Définition

LA DEPRESSION EST UNE REACTION BIO PSYCHO SOCIAL A UNE PERTE DE LIEN

A la suite de la PGRO mettant l'accent sur l'importance du lien, je propose de définir la dépression comme **une réaction bio-psycho-sociale à une perte de lien** ;

1) Le lien

Ce lien est entendu comme la capacité d'un sujet à garder intact, à l'intérieur de lui, une relation dans la durée avec toute la charge affective de liaison et de cohérence interne, susceptible de lui apporter un sentiment continu d'existence.

La perte de lien par mort, séparation, fin d'une situation, absence et privation de la présence d'une figure d'attachement provoque un effondrement des défenses du système psycho-immunitaire, que constitue la personnalité, et entraîne des réactions bio, psycho sociales.

2) Comment fonctionne le self du dépressif ?

- Avec une figure peu formée, l'énergie circule mal et c'est essentiellement **la fonction Ça** qui est à l'œuvre avec présence d'une anhédonie, d'affects peu intenses, d'ennui, de monotonie, de culpabilité, voire de honte, d'affects de tristesse ou d'irritabilité qui se déploient difficilement à la frontière contact. Le Self du dépressif se repère aussi à travers les douleurs physiques ou les mécanismes d'urgence d'anesthésie ou de passage à l'acte sous forme d'auto-agression. Les images liées à des situations de perte, de séparation, de rupture, sont à l'avant plan. L'aller vers du désir (seeking) et la fluidité dans le jeu (playing system) sont absents.
- **La fonction Je** est amoindrie dans ses dimensions d'orientation et de décision. C'est souvent le doute et l'indécision qui prédomine chez le dépressif. Les modes pathologiques de régulation du je qui sont le plus à l'œuvre sont :
 - l'introjection dans les messages de nullité ou de fatalité sur la vie et la mort.
 - La projection sur l'autre perdu d'images idéalisées ou, à l'opposé, sur tout le monde d'images d'incapacité ou de rejet.
 - La confluence avec l'autre perdu comme déni de la perte ; la confluence dans sa sensibilité à l'ambiance climatique et sociale ; la dépendance de son désir à l'autre ; l'absence d'émergence de figure claire.
 - La déflexion du bon de l'environnement pour ne retenir que le mauvais ; l'agitation ou les rêves qui évitent la confrontation à la réalité.
 - La rétroflexion massive dans les somatisations ou dans le retour de l'agressivité sur soi (suicide ou équivalent, conduites à risque).
- Dans la **fonction personnalité ou MRC**, l'image de soi est négative ; le déprimé est blessé narcissiquement et le monde est perçu comme dangereux ou frustrant, non soutenant.

B-UN CONTINUUM DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE

Faut-il parler de la ou des dépressions ?

La multi-factorialité, voire la co-morbidité, laisse penser qu'il y a des voies d'entrée et des formes différentes qui s'échelonnent sur un continuum normal pathologique.

Axe path...BIO-----PSY ----- SOCiO... normal

On distingue sur cet axe **3 voies d'entrée** :

- 1) **La voie d'entrée biologique : la dépression peut être liée à une maladie somatique...**
comme par exemple les troubles hypothyroïdiens.
La perte est alors une perte d'équilibre organique interne.
- 2) **La voie d'entrée psychiatrique :**
la dépression grave unipolaire sous forme de mélancolie ou d'un trouble bipolaire maniaco-dépressif est souvent associée à des formes familiales génétiques. C'est une **dépression endogène.**
La perte est ici un effondrement psychique interne tel un gouffre qui s'ouvre brusquement...
- 3) **La voie d'entrée psycho-sociale : les dépressions réactionnelles apparaissent** à la suite d'un événement douloureux et de situation de stress extrême.
La perte est d'abord exogène...
- 4) Cette perte est celle d'une situation actuelle mais **peut souvent réactiver une perte plus ancienne passée.** La voie d'entrée est alors **psychologique** puisqu'elle implique le devenir des expériences inachevées de rupture ou de perte dans l'histoire du patient.

C'est là que la PGRO intervient pour aider à repérer les reproductions et les récides à des pertes dans des champs expérientiels présents ou passés ; il convient alors d'approcher le fond de personnalité des patients + ou- vulnérable à la dépression comme les personnalités pathologiques évitantes, dépendantes, borderline ou obsessionnelles.

C-ETIOLOGIE DES TROUBLES DEPRESSIFS : L'APPORT DE BOWLBY

Les travaux consacrés au risque dépressif mettent surtout l'accent sur l'importance des expériences de perte précoce et sur les différentes causes possibles d'altération de l'estime de soi. J'avais en 2002 étudié, dans une perspective d'ouverture multimodale, quelques auteurs en psychanalyse qui ont décrit les stades précoces où semblent retourner les dépressifs :

- **FREUD**

- **Karl ABRAHAM**

- **Mélanie KLEIN**

- **SPITZ** a, le premier, décrit, dans l'observation directe d'enfants hospitalisés, un état de déprivation maternelle...

BOWLBY s'inscrit dans la même lignée que SPITZ.

J'ai approfondi sa pensée en relisant le tome 3 de son livre princeps "attachement et perte" qui s'intitule : la perte, la tristesse et la dépression.

Il envisage la dépression comme **la rupture d'un lien d'attachement**, en raison de séparations ou d'expériences de perte précoce, l'attachement étant défini comme un **besoin inné et primaire de contact social**.

Lorsqu'on éloigne de jeunes enfants de la figure maternelle (on parlera aujourd'hui du caregiving ou du parent qui soigne l'enfant) et qu'ils se trouvent dans un lieu inconnu auprès d'étrangers, il proteste sous forme de pleurs et de colère ; c'est la phase d'affliction, de chagrin qui exprime une détresse ressentie devant une perte dramatique équivalent à la mort du parent ; puis le désespoir s'installe : ce comportement évolue rapidement en inactivité et retrait, dans une souffrance indiscible.

a- Cela prend la forme :

- de languissement nostalgique pour la personne perdue,
- de reproches et de colère à l'égard de la personne perdue ou d'auto-accusations incessantes contre lui-même,
- de tentatives d'intérêt et de soins compulsifs portés à d'autres enfants,
- de déni comme refus de croire que la perte est définitive.

b- Un processus lent de maturation

BOWLBY a établi la relation entre les réactions pathologiques chez des patients adultes avec les réactions à la perte ou à la menace de perte dans l'enfance. Il remet en cause le concept de position dépressive de Mélanie KLEIN : pour elle, le jeune enfant serait capable très précocement au cours du second semestre de la vie de répondre à la perte.

Il s'agit au contraire pour BOWLBY, d'un **processus** lent de maturation durant toute enfance et l'adolescence voire toute la vie pour créer ou retrouver une base de sécurité aux liens d'attachement. Cela rejoint la **conception de la PGRO** d'un développement en continu.

c- Ce qui est pathologique

Selon BOWLBY, ce qui est pathologique, ce n'est pas le processus défensif lui-même que davantage son étendue, son intensité, sa tendance à persister, le degré d'**irréversibilité** de la perte qui engrame des **modèles opérants internes de représentation du lien (M.O.I.)** soi-même déviants et des attachements ultérieurs insécure de type schizo évitant, inorganisé ou anxieux.

Ces M.O.I. se rapprochent de la Matrice de représentation du champ en PGRO qui structure au long court la façon dont chacun se voit, conçoit le monde, et organise son mode relationnel.

d- Une théorie du conflit interne

Pour BOWLBY, Le deuil est complexe car **conflictuel** : c'est un système de réactions qui entrent en conflit entre elles

- désir de retrouver l'objet perdu ou de le détruire,
- s'approcher ou s'éloigner de l'objet aimé,
- amour ou rejet-haine,
- demander de l'aide ou se détacher et s'isoler, voir rejeter ceux qui veulent aider.

BOWLBY est plus proche d'une **théorie du conflit interne** pour décrire la dépression que d'une **théorie de la carence**.

Il rejoint en cela la notion de **dilemme de contact** dans la complexité vécue d'une expérience précoce d'une situation indispensable et intolérable à l'origine de la mise en place de micro champs introjectés dans l'arrière fond du çà.

e- Une voie de changement : "les bases de la sécurité"

BOWLBY, dans son livre "**les bases de la sécurité**", indique une voie de changement pour traiter les pathologies de l'attachement comme la dépression à travers la relation thérapeutique qui rejoint la démarche de la psychothérapie du lien.

Selon lui, **le thérapeute a 5 tâches** :

- Explorer les émotions et souvenirs douloureux liés aux expériences de perte (**travailler les émergences du çà**).
- Explorer les relations actuelles du patient avec ses proches et les effets néfastes de ces expériences (**explorer le ch 3 externe et interne**).
- Comprendre la relation actuelle avec le T (**travailler le ch 1 et 2**). Le mode de relation du dépressif est **préobjecta**. Le T a à accepter de ne pas exister à part entière pour son C, de n'exister que partiellement dans la fonction d'étayage et de portage.
- Repérer la manière dont les **modèles opérants internes de représentation du lien (M.O.I.)** s'enracinent dans les expériences infantiles avec les figures primaires d'attachement (**travailler le ch 4** en lien avec les pertes précoces et les dilemmes de contact originels).
- Aider le C à réaliser la valeur adaptative qu'avaient ces M.O.I. dans un contexte passé de survie et leur côté inapproprié aujourd'hui pour tenter de créer de nouvelles M.O.I. (**travail de reconnaissance et de réparation en modifiant la matrice de représentation du champ**).

D'où l'importance, pour BOWLBY, pour le T d'être au clair avec sa manière d'être un caregiving et de développer une posture qui favorise l'alliance et l'expérience d'une relation d'attachement plus sécuritaire.

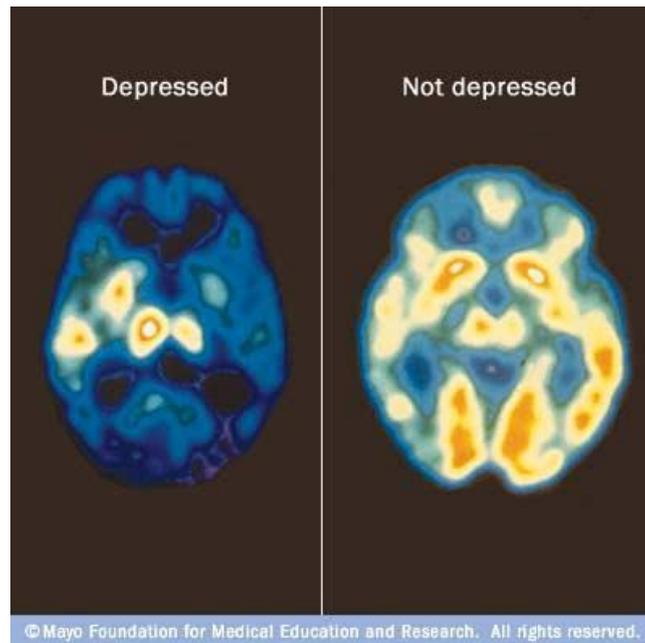
D- 2D APPORT : L'APPORT DE NEUROSCIENCES AFFECTIVES

A partir des recherches développementales et neurobiologiques sur la perte et la rupture de lien précoce, COSOLINO et SCHORE, STERN parmi d'autres auteurs vont éclairer et affiner de manière nouvelle la compréhension et l'accompagnement des dépressifs. Sans être très avancé dans la connaissance des neurosciences, je m'y suis intéressé pour me permettre d'intégrer ces apports nouveaux à la psychothérapie des dépressifs.

1) A un niveau macroscopique :

Il apparaît que la dépression sévère prend sa source précoce dans une altération de la fonction préfrontale-orbito-linguistique.

Le tableau de l'imagerie mentale comparative suivante montre de façon éclairante les zones activées ou désactivées dans la dépression :



Plus finement, on observe à la fois :

- Une **hypoactivité du cortex préfrontal dorso latéral** (la partie du cerveau qui est "derrière" le front) engendrant les symptômes suivant : ralentissement psychomoteur, apathie, trouble mnésiques et déficit d'attention.
- Une **hyperactivité du cortex préfrontal ventro médian** (siège des pensées) **et de l'amygdale** (siège des émotions) engendrant les symptômes suivant : sensibilité à la douleur, tension, anxiété.

C'est la métaphore de la casserole de lait qui chauffe : + le feu des émotions est hyperactive, + le lait des pensées risque de déborder en ruminations et croyances négatives). La sévérité de la dépression est corrélée avec une hyperactivité de l'amygdale.

- Sur le long terme, dans la dépression sévère, on observe des changements dans la structure même du cerveau, comme une **réduction de la taille de l'hippocampe** (le centre de la mémoire explicite).

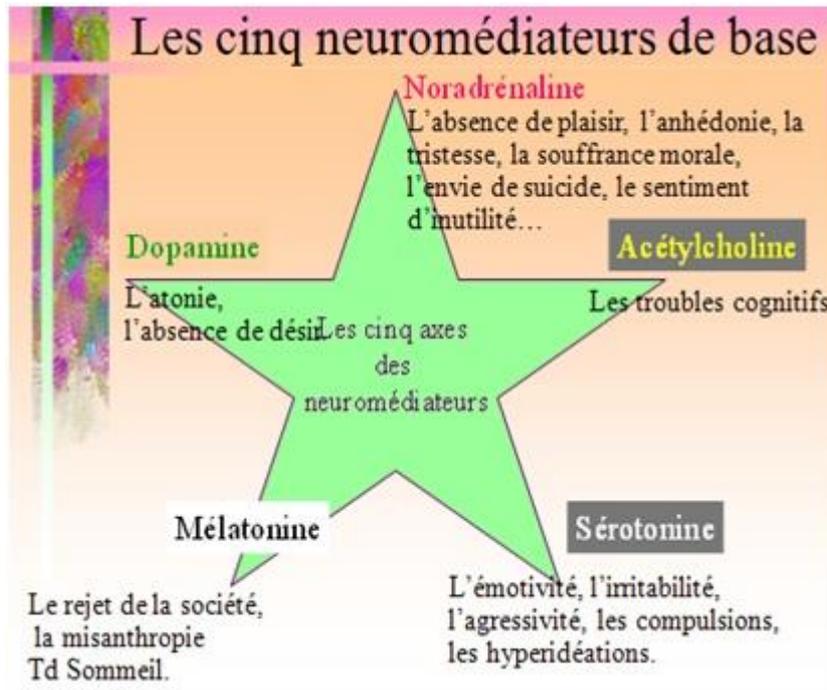
Commentaires : la dépression essentiellement une **perturbation du désir** de vivre, d'être et d'aller vers l'autre. En effet, le réseau cérébral du désir concerne surtout le système limbique. Ce système du désir est particulièrement entravé dans la dépression : il y a dysrégulation affective,

- soit exacerbée dans des excès de tristesse et de colère, voire de peurs,
- soit dans une inhibition voire une coupure des affects ; il ya a alors clivage et dissociation avec la pensée réflexive (pensée vide ou en blanc ou pensée en boucle sous forme de ruminations). D'où difficulté à la mentalisation.

2) A un niveau microscopique : 2 théories neuronales complémentaires sur l'origine de la dépression sont en présence :

1°- théorie neuronale

On constate **un taux moins élevé des neurotransmetteurs monoamines (sérotonine, noradrénaline, dopamine, mélatonine, acétylcholine)** et un taux plus élevé des cytokines ("destructeurs de neurotransmetteurs"), qui entraine des symptômes de dépression. Les antidépresseurs agissent pour relever artificiellement ce taux des neurotransmetteurs.



2°- Théorie neuronale : une altération de la réponse au stress:

En cas de stress, le cerveau envoie un message aux glandes surrénales qui produisent des hormones permettant d'agir, fuir ou se battre (c'est le système sympathique). Puis le corps se met en résistance au stress par le système parasympathique: il y a feed-back et production de cortisol pour **freiner et calmer la situation**. Chez les patients atteints de dépression sévère, on remarque **un taux de cortisol élevé**. Cette **mauvaise régulation du taux de cortisol** rend la réponse au stress incontrôlée ou mal contrôlée. D'où fatigue, perte d'appétit et de libido et hypersensibilité à la douleur.

3) Quelles conséquences pour la psychothérapie de la dépression ?

Cette pathologie nécessite un aménagement du cadre thérapeutique : Il faut pouvoir opérer en plusieurs étapes, tenant compte du niveau d'urgence et du degré de conscience du patient.

a- de travailler à la re-mentalisation par un dialogue pré-herméneutique

Avant de parler de dialogue herméneutique, il convient de se mettre à l'écoute des blancs de la relation et **de travailler à la re-mentalisation par un dialogue pré-herméneutique**. Comme le dit FEDIDA (2001, 183), "ce qu'il y a de si humain dans la dépression, c'est qu'elle intervient sur les zones les plus fragiles... d'émergence de sens ..." Les échanges non verbaux deviennent des facteurs majeurs du processus thérapeutique.

Le T agit comme régulateur des états affectifs du C. **La régulation émotionnelle** est la clé du traitement : le dialogue pré-herméneutique agit de **cerveau droit à cerveau droit**. L'amygdale étant excitée, le travail cathartique n'est pas recommandé.

b- Parler en images, en métaphores

pour nommer une expérience muette et innommable peut commencer à créer une ouverture dans l'espace fermé du dépressif. Les métaphores produites pour imaginer la dépression ne manquent pas de solliciter le froid, le silence glacé, la disparition de toute vie ou l'enlèvement dans des marécages ou des sables mouvants.

c- Se faire le porte-parole de la partie vitale enfouie du client

Le thérapeute a, par moments, la responsabilité de se faire le **porte-parole** de la partie vitale enfouie du client pour lui redonner toute sa place. Yves PRIGENT parle de **dévoilement existentiel** : "Il s'agit d'une parole vive...où un être, le thérapeute, dit à un autre être, le patient, ce qu'il sent, ce qu'il perçoit en lui..."

d- Proposer un support concret de créativité

De la même façon, il m'est arrivé de proposer un **support concret de créativité** comme une musique, une photo, un dessin, un découpage... quand toute communication verbale devenait impossible. Cela peut aider à relancer le processus de créativité et la relation.

e- Les effets de la dissociation opèrent une régression relationnelle C T.

Les neurosciences affectives aident à mieux comprendre les désordres provoqués par les expériences dépressives et la dissociation qui opèrent une **régression relationnelle**. **Sur le plan transférentiel**, le thérapeute n'existe pas en tant que personne à part entière, encore moins en tant qu'être sexué. On se situe ici dans un **espace préobjectal, en deçà d'une relation** le dépressif est en quête d'un objet perdu et aimé ; soit l'autre est incorporé et idéalisé pour combler le vide puis rejeté; soit la relation est de type anaclitique, l'autre n'étant là que pour s'appuyer dessus pour tenter de remonter à la surface. ...Le thérapeute est avant tout une ambiance, un accueil, un lieu sécurisant, un repère, un contenant où le patient peut déverser toute sa détresse, son angoisse et peu à peu, prendre forme comme être existant et désirant.

Le thérapeute s'offre dans un premier temps comme **objet anaclitique** ... il a à supporter d'être l'objet d'identification projective par son C et de vivre de sentiments contrastés : colère, climat mortifère, inexistence, ennui, agacement, endormissement, anesthésie En tenant cette place et en contenant ses affects, le thérapeute va permettre qu'un lien suffisamment fort se tisse...

Promouvoir l'avènement du sujet comme être différencié permet peu à peu à la personne dépressive d'identifier un autre, en la personne du thérapeute, avec qui rechercher des hypothèses de sens à sa souffrance.

f- Des hypothèses créatrices de sens à dialoguer

La dépression est une crise du sens de la vie : **Le sens de l'expérience** pourra ensuite par le langage, être communiqué par l'Hémisphère gauche dans une expérience consciente inter-subjective à travers un dialogue herméneutique. Le T aide progressivement le patient à mettre des mots et à faire des liens entre les différents épisodes dépressifs, sur ce qui se répète au fil du temps, dans un travail de reconnaissance. **Mais il convient de vérifier que les pensées automatiques ne se mettent pas en route en termes de ruminations en boucle fréquent chez les dépressifs**

g- Des expériences restauratrices

Ce n'est qu'ensuite que des expériences restauratrices vont pouvoir se vivre. Il s'agit de réparer le lien perdu pour en faire un lien intériorisé.

Il y a réparation quand le patient sort de la répétition du silence, quand il décide de vivre l'expérience d'exprimer ses sentiments négatif comme la colère ou positive comme le désir. Il s'agit de passer de la dé-pression à l'ex-pression du ressenti dans une régulation affective à travers la dyade thérapeute-patient, Un Je advient face à un Tu. Ce que Yves PRIGENT nomme désenclavement, je l'appelle **restauration du lien vital**. C'est avoir confiance dans la libre circulation du désir...c'est restaurer la capacité à jouer et à créer. S'appuyant sur la plasticité du cerveau, il s'agit de tracer de nouvelles voies neuronales qui sortent le patient de l'enlèvement et de la reproduction.

E- 3^{EME} APPORT : LUTTER CONTRE LES RISQUES DE RECIDIVE DE LA DEPRESSION.

1-le décès par suicide d'une ancienne patiente dépressive

J'ai été particulièrement touché quand j'ai appris, 2 ans après l'arrêt de la thérapie, le décès par suicide d'une ancienne patiente dépressive. Je croyais avoir fait du bon travail avec elle et suffisamment long pour penser naïvement qu'elle était sortie du cycle infernal de la dépression et de la destruction. Elle n'a pas supporté une rupture conjugale qui a réactivé tout son système d'idées et de croyances parasites de dévalorisation d'elle-même, de perte de confiance dans les autres particulièrement envahissantes dans la dépression. C'est un système enfermant dans des ruminations incessantes, dans des questions sans réponse et qui conduit au désespoir et à l'autodestruction.

2- Des études statistiques

Des études statistiques ont montré que le risque de rechute augmente pour un patient avec le nombre d'épisodes dépressifs

- après 1 épisode, le taux de rechute est inférieur à 50%
- après 2 épisodes, le taux de rechute est compris entre 60% et 70%
- après 3 épisodes, le taux de rechute est égal ou supérieur à 90%.

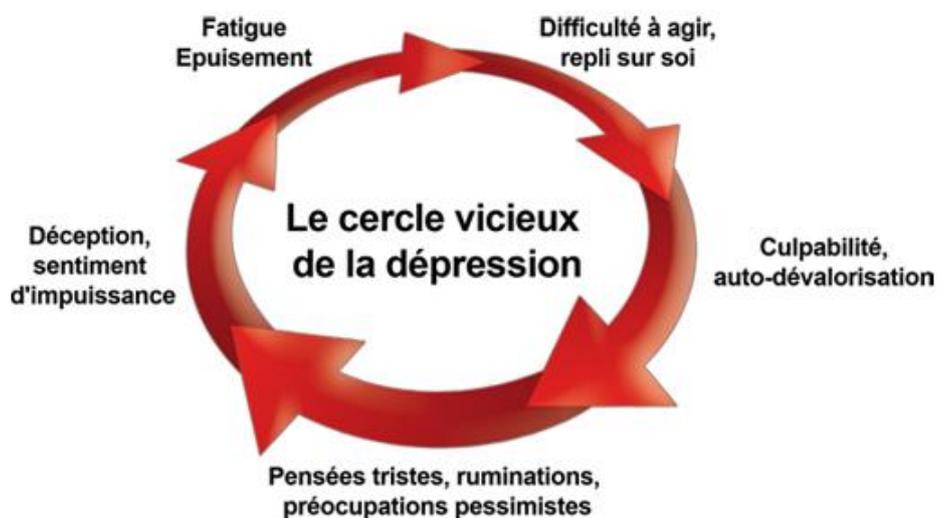
On a pu faire l'hypothèse d'une **Pté post dépressive** avec une sensibilité exacerbée aux frustrations, et des effets modérés et transitoires des antidépresseurs.

- 80% des patients traités pour un épisode dépressif présentent une réponse au traitement mais seuls 50% progressent vers une rémission et/ou une guérison complète.
- 30% des sujets traités n'atteignent qu'une rémission partielle d'où nécessité d'aider le patient à accepter sa fragilité et à apprendre à se prendre en charge sur le plan de sa santé physique et psychique

3- D'où une recherche pour lutter contre les récurrences de la dépression :

A la suite de John KABAT-ZINN (qui l'a le premier appliqué à de patients anxieux), un programme d'entraînement à la pleine conscience (appelé Mindfulness Based Cognitive Therapy ou MBCT), inspiré des principes de la méditation bouddhiste, a été mis au point par des thérapeutes anglo-saxons cognitivistes de la troisième vague, John TEASDALE, Mark WILLIAMS et Zindel SEGAL.

- Ils ont fait un constat: en présence d'un état de tristesse transitoire, les patients ayant déjà eu plusieurs épisodes dépressifs ont tendance à réactiver des patterns de pensées et d'émotions négatives pouvant déclencher une rechute.



- la MBCT vise la prise de conscience du mode de fonctionnement et favorise une nouvelle attitude à l'égard de ces pensées et émotions. Les pensées sont vues comme des événements mentaux, indépendamment de leur contenu et de leur charge émotionnelle. Il s'agit de laisser passer les pensées comme l'eau sous le pont sans s'y accrocher
- La MBCT, aide les personnes à risque « à observer et à séparer leurs expériences des jugements au sujet de leur propre valeur, **ce qui leur apprend à faire de meilleurs choix pour réguler leurs humeurs.**
- **Vivre en pleine conscience**, c'est "porter attention sur l'expérience du moment présent de façon intentionnelle et sans jugement de valeur sur ce qui vient" (J KABAT ZINN).

Comme pour la psychothérapie, les recherches en neurosciences ont confirmé les effets bénéfiques de la méditation sur le bien être physique et psychique.

- Que se passe-t-il dans le cerveau d'un patient soumis à la MBCT lorsque des pensées négatives font surface ?
- « Au lieu des schémas d'activations neuronales où c'est le cortex préfrontal qui prédomine dans les moments de tristesse, les activations semblent plutôt divisées entre les régions préfrontales et latérales du cortex chez les personnes qui ont été traitées selon la méthode de pleine conscience" SEGAL.
- « Ces patients peuvent ainsi en apprendre davantage sur le sens des états de tristesse ». Cela favorise un **travail de rementalisation et de déclivage.**

Ce cycle d'entraînement, sous forme de 8 sessions de 2 heures, ne remplace ni un médicament ni une psychothérapie mais s'avère un complément précieux pour apprendre à mieux vivre au quotidien.

5- Une approche réajustée à l'approche humaniste et relationnelle de la Gestalt-thérapie du lien.

Si ce cycle est inspiré de la thérapie cognitive, je l'ai réajusté à l'approche humaniste et relationnelle de la Gestalt-thérapie du lien qui s'enracine aussi dans la philosophie orientale. Ci-joint **un tableau de correspondance entre les 2 démarches : pleine conscience et GT du lien**

A titre d'exemple,

- **développer l'awareness ou la pleine conscience,**
- **vivre le présent ou l'ici et maintenant,**
- **passer d'une régulation affective C – T à une autorégulation de ses émotions**

Pleine conscience	Gestalt-thérapie du lien
- développer la pleine conscience - pratiqué avec les TCC - passer du mode faire au mode être - centré sur le présent - autorégulation des émotions - face à face avec soi - développer l'intériorité - observer les pensées automatiques - privilégier les sensations - développer un soi témoin sans rechercher les causes du passé	- développer l'awareness - thérapie humaniste existentielle - développer sa responsabilité à exister - thérapie de l'ici et maintenant - régulation affective C-T - face à face avec le T - développer le contact - prise de conscience du dysfonctionnement - accent sur le corps et l'émotion - passer du pré-herméneutique à la co-construction d'un sens à 2

Après 7 années de pratique personnelle du Zazen et 2 années d'expérience professionnelle d'animation de session de pleine conscience, je découvre les ressources de ces expériences qui s'adressent à des personnes étant sorties d'un ou des épisodes dépressifs. Chaque session permet de faire l'apprentissage d'exercices d'éveil par des temps de méditation active en marche ou en assise, de créativité, en restant centré sur les différents sens (vue,

ouïe, odorat, goût, toucher...) comme voies d'entrée de compréhension et de rencontre. Il n'y a pas de travail sur la recherche de sens dans l'histoire développementale qui est fait en psychothérapie.

La psychothérapie est une étape nécessaire mais peut être poursuivie judicieusement par un entraînement à une vie plus éveillée, par une capacité autonome de prise de recul et d'autorégulation émotionnelle au quotidien.

C'est le cercle vertueux de la pleine conscience à l'image du cycle de contact gestaltiste :

Observer le ressenti corporel... discerner l'émotion... prise de conscience du fonctionnement ou du dysfonctionnement... action réfléchie... renforcer l'image de soi positive

Après 2 ans de début de pratique, je tire un bilan limité : 30 personnes, à titre préventif de la rechute dépressive, ont été accompagnées en journée ou en soirée.

Toutefois, il est nécessaire de poursuivre l'expérience et d'affiner l'évaluation pour en mesurer les effets de changement dans la durée

CONCLUSION : DES BIENFAITS DE LA DEPRESSION ?

J'ai voulu réinterroger de nouvelles voies de recherche sur la dépression à travers 3 repérages nouveaux.

Ces 3 repérages viennent confirmer les intuitions premières et l'expérience théorico-clinique de la psychothérapie du lien dans la compréhension et l'accompagnement des pathologies archaïques comme les dépressions sévères

- 1- **BOWLBY** nous invite à développer une posture qui favorise l'alliance avec le C dépressif pour lui permettre de vivre l'expérience d'une nouvelle relation d'attachement plus sécurisée.
- 2- A travers les **neurosciences**, l'expérience thérapeutique de la dépression est aussi une chimiothérapie qui nous invite à travailler à la re-mentalisation par un dialogue pré-herméneutique afin de réparer le lien perdu pour en faire un lien intériorisé et tracer de nouvelles voies neuronales qui sortent des ornières de la répétition.
- 3- La psychothérapie est une étape nécessaire mais pour **prévenir de nouvelles récurrences de la dépression**, elle peut judicieusement être complétée par un entraînement à une vie plus éveillée à travers la pratique de la centration et l'auto-observation de sa vie affective et interne.

Peut-être alors pourrions-nous parler avec Pierre FEDIDA (2001, 11 et 16) **des bienfaits de la dépression** "parce qu'elle survient dans des moments où la vie cherche à se protéger et à se transformer... Mais pour cela, il faut être deux, donner du temps à l'écoute, au silence. Alors, et alors seulement, la pensée, la parole et l'action redeviennent possibles... pour restituer au sujet déprimé sa capacité à la dépressivité et à la créativité psychique".

BIBLIOGRAPHIE

- BOWLBY John (1984)
Attachement et perte, tome 3, la perte, tristesse et dépression
le fil rouge PUF, 2012, 604 p
- BOWLBY John
A security base
Londres, Routledge, 1988
- Collectif WILLIAMS, TEASDALE, SEGAL, KABAT-ZINN
Méditer pour ne plus déprimer
Odile Jacob, 2009
- DELISLE Gilles (1991)
Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste
Les éditions du reflet, Ottawa, 1993, 220 p
- DELISLE Gilles et coll
la psychothérapie du lien, genèse et continuité
les éditions du CIG, 2012
- FEDIDA Pierre
Des bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie
Odile Jacob, Paris, 2001, 259 p
- FLORENT Marie-José
Créativité et travail de deuil
Revue Gestalt n ° 21, SFG, 2001, pp 157 à 174
- LISMONDE Dominique
La dépression au regard de la théorie des relations d'objet
SFG, Lille, actes mars 1994, p 81 à 97
- ROSENFELD Frédéric
Méditer, c'est se soigner
les arènes, 2007
- PRIGENT Yves (1978, Paris)
L'expérience dépressive, la parole d'un psychiatre
Desclée de Brouwer, Paris, 1994, 266 p
- VAN DAMME Pierre
Dépression et addiction
revue Gestalt 31, 2006
- VAN DAMME Pierre
Passagers de la vie
Champ-G, 2003, pp 153 208
- VAN DAMME Pierre
L'espace-temps de la psychothérapie
Champ G, 2014, 271p
- WIART Yvonne
L'attachement, un instinct oublié
Albin Michel, 2011