

Un silence imparfait

Femmes, dépression mentale et naturalisation de l'expérience (Carnia, années 1990)

« Dans la dépression il n'y a pas de douleur. La dépression c'est l'absence de douleur et de sentiment. J'ai compris que j'étais déprimée parce que je ne me préoccupais plus de mes enfants. J'avais plus de sentiments, rien ».

Allie Light résume par ces propos son expérience de la dépression, dans son film *Dialogues with Mad women* (1993)¹ qui présente l'histoire de sept femmes folles. À travers une narration visuelle qui alterne onirisme et réalité documentaire, le film explore les lisières entre réalité et folie, santé et malaise mental. Surtout, c'est la narration frappante et émouvante de sept femmes et de leur plongée dans des expériences mortifiantes et violentes, vécues tantôt en famille tantôt dans les dispositifs institutionnels. C'est aussi le témoignage de leur force qui a transformé ces expériences vécues en relations, créativité et conscience : leur rançon d'une situation sous-influence qui paraissait un destin inéluctable.

Seulement trois de ces femmes ont reçu un diagnostic clinique clair, indiscutable. Allie, a été diagnostiquée pour dépression mentale, Susan, pour psychose maniaco-dépressive et Mairi pour trouble de personnalité, manifesté par ses 28 personnalités multiples, dues à d'innombrables abus enfantins. Le diagnostic des quatre autres femmes paraît plutôt sortir des modes psychiatriques du moment, qu'il s'agisse de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, surtout quand leur inclination sexuelle se présente comme ambiguë ou hors norme. Rien

de nouveau à ce propos : malgré les efforts du DSM, le *Diagnostic Statistical Manual*, dont la cinquième édition rend aujourd'hui compte des progrès de la capacité de la psychiatrie internationale à catégoriser la maladie mentale, les diagnostics et les soins se déclinent souvent selon des vagues et des époques.

Il y a eu la « belle époque de l'hystérie » (Didi-Huberman 1982) : les photos des archives de la Salpêtrière montrent les corps des femmes hystériques vitrifiés dans des postures inouïes. Leur corps, leur chair n'a pas de mots : elles sont visibles seulement par le biais d'un regard masculin et médical. Après, une suite de cadres diagnostiques majeurs a pris le lieu autrefois occupé par l'hystérie. La psychiatrie a traversé les syndromes de manie dépressive, la folie des pauvres, comme la pellagre, la schizophrénie, la dépression, les bouffées délirantes, les troubles *borderline* et ceux de la personnalité ou de l'alimentation, ou encore la maniaco-dépression (Martin 2013). Alors que l'hystérie avait produit le modelage du corps de par la mise en scène des crispations des dos tendus en arc des femmes hystériques, le psychisme se recentre aujourd'hui sur le modelage de leur esprit, par le délire notamment. Néanmoins la fluidité de certains symptômes a

favorisé des encadrements cliniques approximatifs, asservis à l'exigence de produire un diagnostic quelconque, pour justifier les soins ou l'interne-ment. Certains troubles ont apparemment touché davantage les hommes, d'autres ont caractérisé les femmes jusqu'au point d'établir des équivalences réductrices, comme celle entre femme et dépression.

Dans cet article, je souhaite approcher la dépression par une pluralité de points de vue : celui du savoir scientifique qui a naturalisé la dépression et le corps des femmes par une approche biologique, celui de celles/ceux qui en souffrent, leur narration et leurs stratégies de recherche de soin. Il s'agit alors de saisir par-delà leur subjectivation mise à l'épreuve par le désespoir, les symptômes du corps, la fracture biographique (Bury 2001) qui se produit au moment où la crise commence; enfin, celui, quoique présenté de manière plus succincte, de l'entourage et du milieu communautaire, qui les labellise ou au contraire les soutient, favorisant des processus d'assignation différents. Prendre en compte la pluralité de ces approches nous amène à travailler la co-construction socio-historique de la dépression, en sortant d'une lecture s'adressant à la seule catégorie de « femmes sous influence » qui paraît les définir.

Mélancolie et dépression : de l'émotion au déterminisme biologique

Ce qu'il est aujourd'hui coutume de nommer la *dépression mentale* a une histoire intellectuelle fascinante tellement riche en interprétations qu'il est difficile d'échapper à la tentation de la reprendre en risquant d'en y être saisies, perdant ainsi de vue l'expérience pénible de tou-te-s ceux et celles qui en sont atteint-e-s ainsi que les situations sociales qui les accompagnent (Coppo 2005). Il est donc crucial de retracer, dans un premier temps, la construction des discours

scientifiques qui lui sont liés. Couplée aux émotions pénibles dont tous les humains font l'expérience – tristesse, désespoir, chagrin, impuissance – et aux discours savants qui, à chaque époque, ont essayé d'en préciser la phénoménologie et la cure, la dépression prend des noms différents, change la constellation de caractères proéminents, malgré la continuité historique des symptômes qui néanmoins ont été interprétés selon des styles de perception différents. Sans remonter aux origines hippocratiques de la mélancolie comme déséquilibre somatopsychique des humeurs (Jackson 1984), nous la trouvons au Moyen âge comme paresse, en latin *acedia*, le péché de la lassitude morale et d'un ennui élitair et intellectuel dans les textes religieux chrétiens (Jackson 1984). Pendant la Renaissance, la mélancolie a été associée au génie, à une réflexion exquise à l'origine du sujet moderne et de sa sensibilité (Klibanski, Panofsky, Saxl 1984; Starobinski 1984). Le virage définitif fut celui opéré par Freud, empruntant à George Beard (1869), puis repris, via le concept de faiblesse nerveuse, par la neurobiologie contemporaine. Selon George Beard, la neurasthénie, c'est-à-dire la faiblesse nerveuse, était un désordre typique de la civilisation à la fin du XIX^e siècle. L'auteur décrit soigneusement les symptômes, dont la modernisation et ses stimulants – tabac, alcool, préoccupations mondaines, excès – étaient à l'origine. Le surtravail, la sur-stimulation étaient envisagés comme déclenchant une faiblesse chronique et l'instabilité de l'action des nerfs, provoquant en retour une « excessive sensibilité et irritabilité ». Pour Sigmund Freud, qui s'intéressa à la neurasthénie à partir de la décennie 1880, il s'agissait d'une névrose sexuelle, à placer dans la catégorie des névroses actuelles – qu'aujourd'hui nous pourrions nommer « malaises psychosomatiques » – à l'origine somatique plutôt que psychique. Beard supposait une origine culturelle à la sensibilité neurasthénique, s'imprimant sur les esprits et les corps des individus. Freud envisage un mécanisme différent : c'est le corps même, la chair, qui colporte le poids étiologique de

la neurasthénie. Ainsi selon Freud, la débilité du corps-soma produit un affaiblissement de la psyché; cela se produit parce que soma et psyché sont ontologiquement intégrés : c'est-à-dire que la faiblesse engendrée dans une partie quelconque de cette structure psychosomatique se répand partout². Dans ses premiers textes (1917) Sigmund Freud voit dans la mélancolie une « blessure ouverte » qui vide le moi jusqu'à « l'appauvrir complètement », une perte ou une déception tournée contre le moi. À partir de 1923, Freud décrit la mélancolie comme le résultat du déchaînement sadique d'un sur-moi très puissant contre le moi, pouvant aller jusqu'à la mort du moi³. Suivant cette logique, la femme est particulièrement sujette à la mélancolie dès lors qu'elle est spécifiquement exposée à la perte, à savoir, selon cette lecture, la perte de l'amour de son père, d'un homme, mais également perte du pénis, perte des fils lorsqu'ils grandissent, ou encore incapacité de poursuivre des relations affectives satisfaisantes... et que cette exposition à la perte est constitutive de son évolution psychique⁴.

Les caractères de vulnérabilité psychique et somatique sont exaltés par la neurobiologie des années soixante-dix. La neurobiologie en tant que science se propose comme neutre à propos du genre, mais les discours produits combinent les effets du traumatisme en Freud, avec le fonctionnement du système sérotonine – dopamine⁵, à la base des virements neurologiques de l'humeur. Un système présenté comme gouverné par la génétique, selon laquelle les hommes seraient caractérisés par la prédominance du système qui voit prévaloir la dopamine, qui les impulse à construire leur vie dehors, à rechercher des activités physiques et risquées tandis que les femmes présenteraient l'influence du système opposé, dominé par la sérotonine. Celui-ci justifierait le cantonnement dans les espaces domestiques, des activités liées à élever les enfants. Un déséquilibre de sérotonine, augmentée à cause d'un deuil ou d'une perte, provoquerait l'installation d'une facilitation neurologique (*kindling*) qui serait activée ensuite même par des

plus petites sollicitations, physiques et psychologiques: d'où la facilité de retomber en dépression après une première manifestation. Il ne s'agit pas ici de mettre en question le fait que les différences de genre puissent avoir une dimension biologique, mais c'est la justification de la division sexuée des rôles qui nécessite d'être déconstruite: la femme assertive, qui travaille, qui s'engage peut être considérée comme contre-nature. Une caractéristique très présente dans cette littérature (et surtout dans la vulgarisation destinée au grand public⁶) est la ruse d'assimiler tout type d'humeur dysphorique, celui lié aux contingences pénibles de la vie ou à la constellation des pertes (un deuil, un divorce, un échec scolaire ou affectif, la perte du travail, une maladie) et celui plus grave et rare de la manie dépressive. La gravité de celle-ci devient le paradigme exclusif du *continuum* entre tristesse comme réaction dysphorique normale et état psychopathologique. Le but est de justifier l'emploi de la même classe de médicaments pour tous ces états que ce soit pour les enfants, les adolescents et les adultes, malgré le fait que la tolérance aux effets de ces médicaments soit très individuelle⁷. En résumé, cette rapide histoire sociale de la dépression conduit à questionner les conditions de production du savoir scientifique et médical du point de vue du genre. Ainsi, dans cette logique, être femme expose au risque biologique de la dépression mentale. Une telle «prédisposition biologique» serait ensuite renforcée par les hasards de la vie qu'elle ne saurait pas maîtriser psychologiquement en raison de son immaturité. Peter Kramer, dans *Listening to Prozac* (1993) présente plusieurs cas de dépression soignés par des anti-dépresseurs utilisant l'ISRS (*inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine*) comme le Prozac et le Zoloft. Un des cas les plus remarquables est celui de Lucy, une jeune fille qui avait développé une sensibilité aiguë à la perte et à la séparation que la psychothérapie n'avait pas soignée. Le trauma de la mort violente de la mère de Lucy «avait produit des conséquences physiologiques, [mais] comment la mort d'une mère peut-elle

produire un changement dans les sentiers de la sérotonine?» (p. 107). Une telle question demeure centrale pour Kramer et pour tous ceux qui ont suivi une approche biologiste de la dépression (Cassano 1994), tout comme pour ceux qui ont farouchement critiqué cette position. Ce que Kramer appelle «*the remarkable imperialism of the biological*» conduit à considérer que cette relation complexe entre psychologie et neurologie a été très peu analysée.

Il s'agit pourtant d'une vieille histoire, masquée par la biopolitique de la neurologie. L'infériorité et la faiblesse supposées de «la femme», soit-elle d'ordre physiologique, mental ou neurologique, n'a eu de cesse d'intéresser les contemporains. Les femmes en général et les femmes dépressives en particulier, sont ainsi présentées dans le portrait qu'en dessine le psychothérapeute et psychologue Roberto Infrasca (2004): «La catégorie féminine semble ainsi être caractérisée par un précoce et plus fréquent 'veuvage psychique', une condition de perte des facteurs affectifs, de rassurement et de valorisation personnelle, lesquels peuvent faire précocement glisser ces personnalités vers une situation de deuil, dont l'élaboration est impossible, surtout en raison d'une organisation infantine naturellement fragile, désorganisée sur le plan émotif, pour envisager des difficultés de telle nature et portée. Ce veuvage psychique constituerait une fragilité potentielle de base pour la catégorie féminine, qui n'est pas compensée par l'instance agressive. Ces personnalités semblent donc s'appuyer sur un terrain fragile qui, sollicité par les adversités de la vie, s'effondre, en déterminant une expressivité dépressive dans le modèle du comportement» (Infrasca 2004, p. 150)⁸. Si cette «insertion précoce» dans le deuil est de nature parfaitement relationnelle et sociale, la construction sociale d'une faiblesse de genre disparaît cependant derrière l'organisation psychique telle que définie par ces spécialistes.

Les médias parlent rarement des femmes dépressives. Lorsque tel est cependant le cas, elles ne sont pas présentées comme les femmes *folles*, à la

fois attirantes et corrosives, celles qui agissent proposant une forme de subjectivité que ne peut pas être dépassée, mobilisant les dispositifs du contrôle légal et psychiatrique ou la solidarité d'autres femmes. Comment ne pas faire référence ici à Phyllis Chesler et à son ouvrage *Les femmes et la folie* (1977) selon laquelle raisonner autour de la folie des femmes était dans les années soixante-dix une manière de réfléchir aux relations de domination des hommes sur les femmes? Par ailleurs, une certaine rhétorique émancipatrice qui date de cette époque a voulu voir dans toute femme folle une fière rebelle incomprise, au lieu de saisir également sa souffrance et son malaise, son désespoir et son délire. En effet, le rapport entre folie et dépression s'avère culturellement ambigu, la folie étant représentée dans l'histoire et dans le sens commun par un *surplus* d'énergie et de vitalité touchant le corps (mouvements permanents ou répétitifs, agressions ou fuites, cris, rires) ainsi que l'esprit, ou touchant l'esprit (manque d'énergie, passivité, désespoir) délirés, hallucinations, illusions, visions. En revanche, la dépression semble être caractérisée par son exact contraire: le manque d'énergie, la passivité, le désespoir. Du point de vue d'un discours politique et critique, les femmes dépressives semblent amplement soumises à ce paradigme qui les présente comme passives, incapables, victimes de leur humeur et de leur tempérament⁹ qu'elles n'arrivent pas à maîtriser. Elles sont ainsi présentées comme «sous influence». En même temps, elles peuvent souvent se soustraire à leurs responsabilités, à l'impératif de se soigner. Du point de vue de l'épidémiologie sociale et des réflexions de l'anthropologie médicale, la dépression mentale touche chaque coin urbanisé du monde, dans les périphéries et les bidonvilles, s'associant ainsi à la pauvreté et à la crise économique, au suicide et à la violence, à l'abus de psychotropes. La dépression devient en ce sens un problème de santé publique mondiale, pas uniquement réservé aux femmes, mais intensifiée par la souffrance sociale et provoquant de la souffrance sociale, en raison notamment du coût élevé des

soins et de leur insuffisance (aide psychologique et médicaments) (Kleinman 2012).

Les femmes dépressives restent ainsi relativement dans l'ombre, sauf quand elles passent à l'acte, agissant violemment contre elles-mêmes ou autrui : ce sont alors les gestes suicidaires, quelquefois accompagnés par le meurtre d'un enfant, qui suscitent du chagrin et une certaine alarme sociale. Ou encore leur corps est parlé à la suite des nouvelles découvertes médicales sur la dépression. De plus, il importe de souligner que le thème de la citoyenneté biologique (Rose 2003), c'est-à-dire les droits attribuables à un groupe par le fait de partager la même condition pathologique, donc des droits reconnus à partir d'un corps malade, trouve son origine dans la relation entre société et neurosciences. Celles-ci ont en effet donné lieu à des nouveaux types de sujet, tel que le sujet cérébral (Ehrenberg 2004, Pelaprat et Hartouni 2011)¹⁰. L'articulation entre société et neurosciences invite à questionner la normalisation des pratiques fondées sur les biotechnologies, les médicaments comme l'ISRS, les psychotropes. La dépression et ses médicaments devraient aussi être interrogés. En revanche, ces dimensions demeurent sous silence et la situation des dépressives est considérée de manière tellement négative qu'elle semble ne pas donner lieu à la reconnaissance de cette citoyenneté biologique. Après avoir esquissé les caractères macro de l'évolution historique du discours autour de la dépression, il s'agit d'envisager de poser un autre regard sur la dépression.

Un silence imparfait. Une recherche à propos de femmes et dépression

J'ai commencé à recueillir les récits de femmes qui ont sollicité les soins d'un Centre de Santé Mentale – *Centro di salute mentale*¹¹ – de la montagne du Frioul –, il y a 23 ans. Cette recherche a permis de faire le constat

que la plupart des gens, et surtout les femmes, qui se dirigeaient vers ce centre se plaignaient d'être *déprimés*. Comment pourrait-on interpréter ce type d'affluence et de lecture du vécu du corps et des émotions? Pourquoi parmi cette patientèle émergent les femmes qui dans cette région montagnarde¹² sont considérées comme le *maillon fort*¹³ entre les générations et les changements propres aux communautés et qui apparaissent comme les garantes de la continuité entre tradition et transition sociale? Enfin, à quelle subjectivité correspond le fait de se déclarer déprimé?

Au moment de l'enquête, une amie psychiatre travaillait dans ce centre. Elle y avait inauguré un dispositif d'accueil très peu répandu en santé mentale en Italie : celles/ceux qui demandaient un premier rendez-vous au centre étaient accueillis par une psychologue qui écoutait les motivations, les demandes, les plaintes et les désirs des personnes. En bref, c'était l'écoute de l'histoire de vie du demandeur. Ensuite ce récit était présenté à l'équipe entière pour décider du type d'intervention : prise en charge psychiatrique ou psychologique, déplacement vers d'autres services de santé. Le but de ce dispositif était celui de ne pas labelliser comme 'malade mental' l'individu, ni de 'médicaliser' d'emblée sa demande d'aide. Enfin, il s'agissait de donner aux consultants un délai de réflexion, sauf dans les situations qui présentaient de l'urgence¹⁴.

Pendant deux ans donc, je me suis installée dans le bureau de la psychologue pour recueillir avec elle ces histoires et ces mises en récit, qui ont été complétées par des entretiens, des conversations informelles, et par la participation à un groupe de travail sur la situation des femmes résidant en milieu montagnard¹⁵. Du point de vue du chercheur, enquêter sur les femmes dépressives et sur la dépression n'est pas facile. Le fait de pouvoir travailler à l'intérieur du centre d'hygiène mentale a rendu cette recherche difficilement réitérable au cours du temps¹⁶. Cela pose en effet plusieurs problèmes méthodologiques et épistémologiques¹⁷. Parmi ces questions, j'évoque notamment la difficulté de *s'imprégner*

du monde de l'autre (Olivier de Sardan 1995), ce qui est très important pour l'anthropologue mais difficile à réaliser dès lors que le monde des témoins est rempli par leur souffrance. Ainsi, le fait de recueillir des histoires de maladie met à l'épreuve la capacité des témoins à se raconter, à trouver les mots pour décrire leurs émotions et sensations, surtout à travers une langue du quotidien comme le frioulan, employée pendant les entretiens. Le silence imparfait auquel je fais référence se déploie donc sur plusieurs niveaux. D'abord celui de la temporalité : le contexte des années 1990, moment où la recherche a été menée, a signé la prise de conscience collective qu'en Carnia, tout un monde paysan avait disparu, et avec lui les traditions et les habitus. À partir du début des années 1960, l'émigration frioulane à l'étranger (France, Belgique, Allemagne, Suisse, Angleterre, Canada, Argentine, Australie) ou dans d'autres régions d'Italie¹⁸ a été fortement limitée par rapport aux formes précédentes d'émigration, partagées par les hommes et par les femmes, même si les hommes émigraient pour travailler comme charpentiers, maçons, bûcherons et ensuite comme mineurs ou ouvriers, tandis que les femmes étaient recrutées davantage comme bonnes à tout faire, nourrices, ouvrières. Le changement structurel des régions alpines marginales a montré que toutes les promesses d'un possible développement de la montagne (tourisme, industrialisation, agriculture bio) n'auraient pu jamais être satisfaites. Demeurer dans un milieu montagnard devient alors une forme de résistance au dépeuplement des villages, aux difficultés économiques ainsi qu'à la globalisation et à ses effets sur la délocalisation du travail.

Dans l'Ancien Régime et jusqu'à la fin du XIX^e siècle les ruses, les stratégies familiales et communautaires de contrôle social étaient exercées par les femmes et par les hommes âgés, par ailleurs en mesure de diriger les sorts des lignages. Cela engendrait également des formes de résistance d'entraide communautaire à l'encontre de la gérontocratie et du pouvoir étatique perçu comme étranger en Carnia en

raison de la complexité du processus d'unification politique, sociale et culturelle en Italie. Après la Deuxième Guerre mondiale, compte tenu de la dureté de la vie quotidienne, du changement social et de l'absence de l'intervention étatique dans cette région, ces formes de résistance communautaire ne suffisent plus. Dans le silence, seul le corps parle, en souffre: les symptômes polymorphes – la fatigue, le sommeil qui est côté du manque ou de l'excès, les 'jambes qui ne soutiennent plus', les difficultés à s'alimenter, les douleurs nomades dans les corps, la confusion et l'incapacité au travail 'comme avant' – traduisent l'impuissance d'une condition qui traverse les âges. Elle concerne les femmes plus âgées, celles qui ont travaillé dur pendant toute leur vie dans l'agriculture montagnarde ainsi que les plus jeunes, recrutées comme ouvrières, enseignantes ou dans le commerce mais qui sont encore soumises à une série de tâches domestiques comme s'occuper du potager familial ou faire le ménage dans les grandes maisons où vivent plusieurs familles apparentées¹⁹. Le corps des femmes est un corps destiné au travail, domestique et hors de la maison, qui ne connaît pas de pauses. À titre d'exemple, Lea, 42 ans, affirme: «Je suis perfectionniste. Si tout n'est pas rangé, je ne me sens pas bien. Au cours de ma journée, les différentes tâches m'occupent beaucoup. Tant que je n'ai pas tout fait, je ne me sens pas libre. J'ai toujours été comme cela». Cet idéal de laboriosité est un devoir normatif des femmes qu'elles doivent poursuivre avec le zèle digne d'une dévotion²⁰.

Pour faire face au travail continu, le recours aux médicaments s'impose: et c'est bien la première requête qui est adressée aux professionnels. Alina, 35 ans, dit: «Les médicaments sont un réconfort pour moi, j'y éprouve de l'attachement!». L'efficacité corporelle des médicaments devient rassurante puisqu'elle est la preuve d'une maladie du corps, une maladie qu'il est possible de nommer, reconnaître et soigner. En revanche, il est difficile de nommer, reconnaître, soigner les blessures intérieures, la perte, le deuil, les relations qui ne marchent pas. Toutes les possi-

bilités du système sanitaire sont alors explorées. Des parcours de recherche de soins parfois très complexes sont entrepris: le médecin de famille, l'iridologue, le neurologue, avec toute la suite de tests cliniques. À l'issue de cette démarche, il arrive qu'une connaissance, une amie, une voisine, le médecin de famille oriente la personne vers le centre de santé mentale. Chaque entretien est une tentative individuelle de positionnement élaboré en nouant les fils de sa propre vie et en donnant des hypothèses à propos des causes qui ont conduit à la souffrance éprouvée²¹. Les causes sont toujours très pratiques, par exemple: avoir «trop travaillé»; avoir «peu mangé» (les plus vieilles, qui se souviennent de la misère vécue dans l'après-guerre, quand les aliments les plus nourrissants étaient réservés aux enfants mâles et aux hommes du ménage); ne pas s'épargner; être battue, abusée physiquement et psychologiquement; refuser toute assignation au travail domestique ou dans les champs émanant du pouvoir des femmes âgées de la famille. Les raisons pratiques de cette souffrance résultent d'un hiatus entre les représentations symboliques de ces femmes et la réalité concrète de leur vécu au sein de la société locale. Ces interlocutrices se heurtent à un idéal de femme très exigeant, dont les particularités historiques peuvent être comparées avec d'autres régions alpines, sans pouvoir pour autant être généralisées à la totalité des femmes de Carnia. Il n'en demeure pas moins, que les savoir-faire et les savoir-être transmis à travers les âges ne suffisent plus à maîtriser le présent.

Cette catégorie savante produite par la psychiatrie et qualifiée de 'dépression' dûment pourvue de cohérence épistémologique ne colle pas avec les trajectoires sociales, les récits de vie, les vécus des corps des femmes qui se déclarent déprimées. Rapportés à la réalité des rapports sociaux de genre, ces discours font état des relations, surtout avec les hommes, au sein de la famille. Tout récit biographique ne peut être réduit à des situations et à des significations uniformes pour toutes ces interlocutrices. Les dimensions communes s'insèrent dans des trajec-

toires biographiques qui demeurent uniques. C'est donc la somme des événements négatifs de l'existence qui peut construire des vécus dépressifs.

L'évocation de l'émigration, profondément marquante, est récurrente dans la plupart des récits: un père, un mari, un fils ont souvent laissé les traces de leur absence. Allers et retours périodiques construisent une subjectivité de résistance et d'attente, tout en transformant l'intimité et les formes elles-mêmes de la famille. Les changements et les absences, les retrouvailles et les retours, la difficile gestion des relations à distance, les stratégies et les pratiques visant à se sentir membre d'une famille qui est loin, ou au contraire, l'envie de s'en détacher, de se libérer des liens d'origine, vécus comme opprimants ou contraignants, la création de nouvelles modalités d'être en relation avec autrui. La famille transnationale que les migrations contemporaines ont fait émerger à l'échelle du monde a une histoire ancienne dans le Frioul: «Des transformations et des continuités [...] traversent les biographies d'au moins trois générations de migrants, peuplées de frères et sœurs, d'oncles et cousins, de maris et pères absents, de mères et épouses trop fatiguées, d'enfants perdus» (Vatta 2012: 17). Ce sont des familles et des liens fluides qui montrent comment le projet migratoire puisse être considéré comme un projet «commun» (Ramella 2001), une véritable entreprise familiale (Corti 2009), un investissement de ressources humaines, économiques, de force de travail, économiques, de force de travail avec l'objectif d'améliorer les conditions socio-économique de ceux qui partent et de ceux qui restent. Ces interlocutrices sont acculées à prendre des décisions censées relever des hommes, elles doivent gérer la maison, les champs, les animaux, mais en silence. Historiquement s'est construite une image de la femme forte et travailleuse, mais sans pitié pour les fragilités. Seulement dans la maladie il est possible de donner une voix à un tel silence.

Maria, 75 ans, se souvient de son beau-père qui, le mari absent, lui disait: «Je n'ai pas besoin de cher-

cher une femme à moi. Mon fils m'a dit que maintenant c'est toi qui vas penser à moi» sous-entendant aussi la compagnie sexuelle²². Alice, 78 ans, a commencé ses épisodes dépressifs pendant les années soixante, quand son mari travaillait en Allemagne. Seule, avec un enfant de trois ans, tout le village s'est opposé à son internement en hôpital psychiatrique. Toutefois, quelques années après, Alice a commencé à abuser de l'alcool: elle affirme écouter la voix de son époux qui l'appelle et essaie de se jeter parla fenêtre. L'internement est alors jugé indispensable. À ce moment-là, la solidarité du village s'atténue, puisque la conduite d'Alice est jugée inappropriée pour une femme à cause de sa consommation de boissons alcoolisées.

L'obligation d'émigrer a concerné toutes les familles jusqu'aux années quatre-vingt-dix. Par exemple, Sandra, 33 ans, s'est retrouvée tout à coup avec un père qu'elle ne connaissait quasiment pas puisqu'il avait émigré en France pendant de longues années. Ainsi les relations de Sandra avec les hommes se décalent entre les images romantiques des médias et l'éducation sentimentale inaccomplie des hommes du même âge. Ces derniers ont de la peine à comprendre ce que les femmes désirent, bien au-delà de l'expérience de Sandra. Aussi, Carolina, 63 ans, arrive à sa première consultation avec sa fille en se déclarant «déprimée». Toutefois son aspect physique et son sourire contrastent avec une telle affirmation. Pendant l'entretien les deux interlocutrices précisent que la requête de soin au service naît de l'impossibilité de Carolina d'«effectuer les différentes tâches comme avant». Carolina vieillit et n'arrive plus à planter les pommes de terre comme avant, pliée en deux pendant dix heures dans le champ. La perte d'efficacité au travail due au vieillissement est lue comme une dépression par Carolina et par sa famille. Les autres familles partagent cette même lecture, en s'appuyant sur une norme partagée par laquelle les personnes âgées doivent chercher, tant qu'elles peuvent, de montrer qu'elles sont en mesure de maintenir les mêmes rythmes et capacité de travail.

Dans un autre cas de figure, Lisa, âgée de 24 ans, mère depuis quelques mois, n'arrive pas à dormir. Ainsi, elle passe des heures à regarder son enfant qui dort, inquiète qu'il puisse s'étouffer pendant son sommeil. C'est quelque chose de différent du baby blues ou de la plus grave dépression après l'accouchement. Lisa craint de ne pas arriver à s'occuper de son enfant, de ne pas être en mesure d'y parvenir. Elle est fatiguée et dépressive. Cela revient au même que son mari cherche à être pleinement présent ou que sa mère l'aide dès qu'elle peut.

Parler de sa propre dépression, signifie pour mes interlocutrices mobiliser une sémantique floue comprenant tantôt les malaises du corps tantôt ceux de l'esprit. Une telle sémantique inclut également les difficultés sociales et familiales, elle permet de nommer ces états, de faire circuler la parole hors du sujet. Cette expression conduit à chercher des solutions et à avoir le droit d'être soignées. Prendre appui sur la dépression permet de partager des codes et entrer en contact avec la médecine et la société tout entière, bien que le prix à payer soit souvent celui d'éloigner une femme de sa famille ainsi que de sa communauté villageoise. C'est précisément le cas d'Elisabetta, 54 ans, originaire d'une région méridionale d'Italie (la Basilicate) qui a rencontré son mari originaire de Carnia à l'étranger, quand ils étaient tous les deux émigrés pour des raisons de travail. À la suite de son mariage, Elisabetta s'est installée dans la maison de son mari, mais la famille de ce dernier ne l'a jamais acceptée. En émigrant à nouveau pour suivre son mari en Carnia, elle souffrira d'une double absence: celle de sa terre d'origine et celle de sa belle-famille. À nouveau, l'exécution des tâches domestiques met en jeu des différenciations entre Elisabetta, sa belle-sœur et sa belle-mère, ces différenciations cachant des jugements de valeur lesquels pèsent sur Elisabetta. Elle ne saurait pas cuisiner les plats préférés de son mari, elle ne serait pas rapide dans les tâches ménagères, elle aurait toujours froid et ne saurait pas s'occuper de ses enfants. Elle est surveillée et jugée par sa belle-famille. Ses

crises dépressives se réitérent. Ainsi les femmes de sa belle-famille demandent à ce qu'elle soit internée ou du moins éloignée puisqu'elle «ne fonctionne pas». Après plusieurs années, et après l'avoir empêchée de prendre dans ses bras son petit-fils pendant la fête du baptême, puisque les membres de sa belle-famille craignent qu'elle puisse le faire tomber par terre, Elisabetta se suicide, en se jetant dans le torrent qui descend à proximité de la maison qu'elle partage avec sa belle-famille.

Dans la théorie critique contemporaine, assujettissement est un terme technique, qui peut nous aider à comprendre la position du patient. Dans le processus par lequel on devient un certain type d'individu, nous sommes subordonnés au pouvoir dans le moment même où on devient un sujet. Comme l'écrit Judith Butler (2009) pour être toujours considérée comme une femme et rester un sujet viable il faut incarner les normes de la féminité en 'citant' ou en réalisant les normes sociales qui sont requises dans le processus par lequel on devient une femme. Les normes semblent venir de l'extérieur, pesant sur le sujet et l'assujettissant, mais en réalité on ne peut devenir un sujet capable d'agir dans le monde qu'à travers ces normes elles-mêmes. «Une norme sociale opère à l'intérieur de la personne où elle endosse une forme psychique qui constitue l'identité à soi du sujet. Le cercle se ferme si l'actualisation (*enactement*) de la norme par le sujet consolide la réalité apparemment immuable de la norme. Le cercle s'ouvre si le sujet se sent en désaccord avec la norme et agit pour la subvertir. La 'subjectivité' apparaît au croisement entre les positions que la personne occupe dans le système de catégories que sa culture lui offre, et le sens de l'identité qu'elle développe quant à ses positions» (Martin 2013: 154-155). L'image métaphorique de cercles qui se ferment ou s'ouvrent traduit bien le sens d'impuissance de certains récits de dépression et les crises desquelles peut naître une identité nouvelle.

Vers une conclusion : un agenda pour le futur en matière de santé mentale féminine

Parler d'un syndrome produit par la culture (Coppo 1999) à propos de la dépression est à la fois trop évident et insuffisant. D'une part il est certes important de souligner la portée critique de cette énonciation : la dépression rend saillante la production sociale du malheur, sa médicalisation, les formes perverses de la domination du post-capitalisme et enfin créée des victimes privilégiées (les femmes). D'autre part, il faut aussi éviter toute sorte de réductionnisme, d'ordre biologique ou social. Le premier réductionnisme, réduit l'enjeu complexe des trajectoires de vie, des rapports de production, des affects, des relations à des altérations du niveau de sérotonine. Aujourd'hui cela n'est pas suffisant pour comprendre le taux croissant des hommes anxieux et dépressifs en raison de la précarité ou de la perte d'emploi sauf à supposer des configurations neurochimiques communes aux deux genres, argument qui paraît être hors discussion dans les discours sur la dépression. Le deuxième réductionnisme qui s'attache à une lecture socio-culturelle ne suffit pas à comprendre pourquoi, tout en partageant des situations similaires, seulement une partie de ces femmes tombe malade. Le débat autour de la dépression féminine est alors pris entre deux réductionnismes, entre une matérialité stérile et passive, ontologiquement indifférente au monde et une approche phénoménologique, historique, culturelle. Les femmes, ces «veuves psychiques», présentées encore une fois comme inaccomplies et sous influence, nécessitent enfin d'une bonne neurologie. Celle-ci devrait être capable d'articuler une *theory of mind* qui ne soit ni asservie à une pensée réductionniste ni à la mode des réseaux neuronaux d'inscription cybernétique (Pelaprat et Hartouni 2001), avec la lecture ponctuelle des conditions qui socialement abîment notre capacité d'être des sujets. Quel

type d'influence réciproque existe-t-il entre les deux domaines ? Dans quelles conditions et, surtout, de quelle façon l'échec ou la perte se transforment en changement chimique ? Les discours à propos de la dépression nous incitent à réfléchir sur cette logique de la domination ainsi que sur ses dispositifs. Ainsi, comme l'écrit Mariella Pandolfi : « [À propos des dispositifs institutionnels] il faut fluidifier la douleur, parce que face à la violence de la perte, elle se fait colère et passe à l'acte. Cette corrosivité institutionnelle à l'égard du sexe féminin semble être vue seulement dans les lieux où elle se trouve contrainte : donc, déjà façonné par les normes et les rôles, jamais dans les lieux de sa force, encore tout à contrôler » (Pandolfi 2005 : 54-55). La réflexion scientifique sur la dépression, sur les modalités par lesquelles ces femmes la manifestent ainsi que sur les différents sens qu'elles lui attribuent devraient ainsi se traduire en une pensée et en une action dynamiques, pouvant glisser de l'agressivité vers la critique sociale et de genre.

Bibliographique

- Adelman Madelaine (2004), Domestic violence and difference. Review article, *American Ethnologist*, vol. 31, n° 1, p. 131-141.
- Archer John (2006), Cross-cultural differences in physical aggression between partners: a social-role analysis, *Personality and Social Psychology Review*, vol. 10, n° 2, p. 133-153.
- Baldry Anna Costanza (2010), *Uomini che uccidono. Cause storie e investigazioni*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Beard George Miller (1869), Neurasthenia or Nervous exhaustion, *The Boston Medical and Surgical Journal*, vol. LXXX, p. 217-221.
- Beneduce Roberto (1995), Si le renard pâle continue à sourire... Réflexions sur une expérience de recherche chez les Dogon, *Psychopathologie Africaine*, vol. XXVII, n° 1, p. 89-101.
- Bertuzzi Gian Carlo (2010), Storia dell'emigrazione regionale, In *Un secolo di partenze e ritorni. L'emigrazione dal Friuli Venezia Giulia verso l'estero (1866-1968)*, Udine, Forum, ('Quaderni di Ammer', n° 1/Itinerari), p. 17-49.
- Borgna Eugenio (1992), *Malinconia*, Milano, Feltrinelli.
- Bury Mike (2001), Illness narratives: fact or fiction?, *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, n° 3, p. 263-285.
- Butler Judith (1990), *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*, New York, Routledge.
- Butler Judith (1995), Melancholy gender – refused identification, *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, vol. 5, n° 2, p. 165-180.
- Butler Judith (2009), *Ces corps qui comptent: de la matérialité et des limites discursives de sexe*, Paris, Éditions Amsterdam.
- Cassano Giovanni Battista (1994), *E liberaci dal male oscuro*, Milano, Longanesi.
- Coppo Piero (2005), *Le ragioni del dolore. Una etnopsichiatria della depressione*, Torino, Boringhieri.
- Corti Paolo (2009), Famiglie transnazionali. In Corti P. et Sanfilippo M. (dir.), *Storia d'Italia. Annali 24. Migrazioni*, Torino, Einaudi, p. 302-316.
- Cozzi Donatella (1994), Lito e vecchi merletti, *I Fogli di Oriss*, n° 1-2, p. 117-131.
- Cozzi Donatella (2004), Specchio delle mie brame. Problemi metodologici dello shadowing nei servizi socio-sanitari, *Errefe. La Ricerca folklorica*, n° 50, p. 101-115.
- Cozzi Donatella (2007), *Le imperfezioni del silenzio*, Acireale – Roma, Bonanno.
- Cozzi Donatella (2012), Expériences croisées. Comment les récits de maladie d'autrui changent l'expérience du chercheur, *Corps*, n° 10, p. 45-53.
- De Lauretis Teresa (1987), *Technologies of Gender: Essay on Theory, Film and Fiction*, Indiana University Press.

- De Lauretis Teresa (1999), *Soggetti eccentrici*, Milano, Feltrinelli.
- Didi-Huberman Georges (1982), *Invention de l'hystérie. Charcot et l'Iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Macula.
- Ehrenberg Alain (2004), Le sujet cérébral, *Esprit*, n° 11, p. 130-155.
- Freud Sigmund (1963 [1917]), *Le moi et le ça. Essais de psychanalyse*, Trad.fr. S. Jankélévitch. Paris, Payot.
- Freud Sigmund (1968 [1923]), *Deuil et mélancolie*. Métapsychologie, trad. fr. J. Laplanche et J.-B. Pontalis. Paris, Gallimard, p. 167-174.
- Gardiner Judith Kegan (1995), Can Mr. Prozac talk back? Feminism, Drugs, and social constructionism, *Feminist Studies*, vol. 21, p. 501-517.
- Golden Shelley D., Perreira Krista M., Durrance Christine Piette (2012), Troubled Times, Troubled Relationship: How Economic Resources, Gender Beliefs, and Disadvantage Influence Intimate Partner Violence, *Journal of Interpersonal Violence*, p. 1-22.
- Golding Jaqueline M. (1999), Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis, *Journal of Family Violence*, vol. 14, n° 2, p. 99-132.
- Infrasca Roberto (2004), *Donne e depressione. I perché di una sindrome al femminile*, Milano, Bruno Mondadori.
- Jackson Simon (1984), *Melancholia and depression. From Hippocratic times to modern times*, New Haven, Yale University Press.
- Kleinman Arthur (2012), Medical Anthropology and Mental Health. Five questions for the next fifty years, in Marcia Inhorn (2012), *Medical Anthropology and Mental health*, Harvard, Harvard University Press.
- Klibanski Raymond, Panofsky Erwin, Saxl Fritz (1984), Saturno e la melanconia. Studi di storia della filosofia, religione ed arte. Torino, Einaudi.
- Kramer Peter (1993), *Listening to Prozac*, New York, Penguin.
- Martin Emily (2013), *Voyage en terres bipolaires*, Paris, Éditions Rue d'Ulm – Presses de l'École normale supérieure.
- NIMH (2001). *The Numbers count. Mental Disorders in America*, <http://www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm> (consulté le 13 février 2014)
- Olivier de Sardan Jean-Paul (1995). La politique du terrain. Sur la production des données anthropologie, *Enquête*, n° 1, p. 71-109.
- Ortega Francisco (2009), The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity, *BioSocieties*, vol. n° 4 (2009), p. 425-445.
- Pandolfi Mariella (2005), Through the borders. Mariella Pandolfi conversa con Paolo Inghilieri, *Passaggi. Rivista italiana di scienze transculturali*, a. V, n° 10, p. 41-65.
- Pelaprat Etienne et Hartouni Valérie (2011), The Neural Subject in Popular Culture and the End of Life, *Configurations*, vol. 19, n° 3 (Fall 2011), p. 385-406.
- Pickergill Martyn, Cunningham-Burley et Martin Paul (2011), Constituting Neurological Subjects: Neuroscience, Subjectivity and the Mundane Significance of the Brain, *Subjectivity*, vol. 4, n° 3 (2011), p. 346-365.
- Pignarre Philippe (2001), Qu'est-ce qu'un psychotrope? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression, *Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison*, vol. 2, p. 241-292.
- Revelli Nuto (1985), *L'anello forte. La donna: storia di vita Contadina*, Torino, Einaudi.
- Ramella Franco (2001), Reti sociali, famiglie e strategie migratorie, in Bevilacqua P., De Clementi A., Franzina E. (dir.), *Storia dell'emigrazione italiana. Partenze*, Roma, Donzelli, p. 143-160.
- Rose Nikolas (2003), Neurochemical Selves, *Humanities, Social Sciences and Law*, vol. 41, n° 1, p. 46-59.
- Russel Diana E. H. et Radford J. (1992), *Femicide. The politics of Woman Killing*, New York, Twayne Gale Group.
- Russel Diana E. H. et Harmes A. R. (2001), *Femicide in Global Perspective*, New York, Athena Series.
- Starobinski Jean (1984), Democrito parla (L'utopia malinconica di Robert Burton), En Burton Robert [1621], *Anatomia della melanconia*, Venezia, Marsilio.
- Vatta Barbara (2012), *Legami mobili. Famiglie migranti nello spazio europeo del Novecento*, Udine, Forum ('Quaderni di Ammer/Intersezioni, n° 1).
- Wilson Elizabeth A. (1999), Melancholic Biology: Prozac, Freud, and Neurological Determinism, *Configurations*, vol. 7, n° 3, p. 403-419.
- Wurtzel Elisabeth (1995), *Prozac Nation. Young and Depressed in America*, New York, Riverhead.
- conversion hystérique peut s'installer après un traumatisme psychique.
- Freud (1963, p. 226-227); (1968).
 - Voir notamment les textes de Butler (1990 et 1995) pour la critique de cette position.
 - La dopamine est un neurotransmetteur appartenant aux catécholamines, issu de l'acide aminé tyrosine. Dans le système nerveux central, elle active les récepteurs dopaminergiques postsynaptiques. Bien que la dopamine, avec la noradrénaline et la sérotonine, soient très minoritaires dans le cerveau, puisqu'ensemble elles concernent moins de 1% des neurones, elles jouent un rôle modulateur final essentiel des sorties motrices et psychiques. Dans le système nerveux central, la dopamine joue un rôle complexe et intervient dans diverses fonctions importantes, telles le comportement, la cognition, les fonctions motrices, la motivation, le sommeil ou la mémorisation. Selon les études, les personnes ayant un taux élevé de dopamine auraient davantage tendance à poursuivre des conduites dites à risque ou à rechercher ces situations. La sérotonine est un neurotransmetteur dans le système nerveux central. Elle est impliquée dans la régulation du cycle circadien, c'est-à-dire le rythme veille-sommeil, et celui de la température corporelle et dans la mobilité digestive. La sérotonine joue un rôle important dans les changements d'états émotionnels: en lien avec la dopamine, la sérotonine semble impliquée dans certains suicides, certaines formes de dépression et la genèse de comportements agressifs, mais les études sur les enfants semblent plus contradictoires, l'histoire psychosociale et familiale, plus ou moins riche en adversités et conflits, modulerait cet effet.
 - Un prototype est le best-seller du psychiatre Giovanni B. Cassano (1993), qui, comme Kramer (1993) aux États-Unis, présente le nouveau paradigme biologiste en Italie. Pour une critique, voir Cozzi (1994).
 - Voir, entre autres; Pignarre (2001); Gardiner (1995); Wilson (1999) et Wurtzel (1999).
 - Je traduis de l'italien.
 - À propos de l'ensemble intriqué d'humeurs, d'émotion et de traits comportementaux, voir Emily Martin (2013, p. 66-78).
 - Voir aussi: Pickersgill, Cunningham-Burley et Martin (2011); Ortega (2009); Rose (2003); Ehrenberg (2004).
 - Il s'agit des centres publics spécialisés dans les soins de santé mentale ouverts à la suite de la Loi 180/1984, ainsi nommé Loi Basaglia qui a reformé le secteur de la psychiatrie publique en Italie.

Notes

- Avec le film *Dialogues with Madwomen* (1993) Allie Light a reçu les prix Emmy Award et Freedom of Expression Award du Sundance Film Festival, National Educational Film and video, Special Jury Award. En 2006 le groupe de femmes Phyllis de la ville frioulane de Udine, engagé dans le domaine de la santé mentale, de l'entre-aide et de la différence de genre et composé par les usagères des services, professionnelles et amies a réalisé la traduction des sous-titres en italien et présenté le film et la metteure en scène en Italie.
- Dans Études sur l'hystérie, Freud documente l'autre côté de cette intégration ontologique, c'est-à-dire comment la

12. La Carnia est la partie montagnarde du Frioul: des hautes chaînes de montagnes la séparent de l'Autriche, à l'Est de la Slovaquie et à l'Ouest de la Vénétie.
13. J'emprunte la qualification de Nuto Revelli (1985) historien oral qui dans son livre *L'anello forte* a recueilli 260 témoignages de femmes en Piémont oriental: le mailon fort étant la centralité de la femme dans les communautés montagnardes et paysannes et la continuité qu'elles assurent malgré les conflits, l'émigration, les changements sociaux.
14. Ce dispositif d'accueil a été abandonné à la suite du transfert à Trieste de cette psychiatrie.
15. J'ai recueilli 196 entretiens, suivi 16 séances du groupe d'étude « femmes de Haute Montagne », et mené 44 entretiens après la conclusion de la période de recherche pour la thèse de doctorat en Anthropologie culturelle soutenue à l'Université « La Sapienza » de Rome en 1994.
16. Des jeunes chercheurs ont essayé ces dernières années de mener des recherches sur le même objet dans d'autres régions alpines, sans pouvoir y parvenir.
17. Voir Cozzi 2004 et 2012 aussi pour ce qui concerne le positionnement de l'Autriche.
18. L'histoire de l'émigration de Carnia s'inscrit dans la longue durée, dans la mesure où les premières traces remontent déjà au XIII^e siècle. À titre d'exemple, à la montagne comme dans la plaine, à côté des conséquences positives des migrations qui ont eu lieu entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle (telles qu'une moindre pression démographique et une concurrence atténuée sur le marché du travail agricole avec une amélioration générale des salaires ou le renforcement des petites exploitations familiales) s'imposent très vite des effets négatifs: l'augmentation des prix des terres à l'achat et à la location pour les paysans. De plus, « les absences pendant des longues périodes des hommes (des jeunes et des plus âgés) ont conduit à des changements dans les coutumes et manières de vivre parfois problématiques, comme dans la diffusion de l'alcoolisme, l'abandon des familles et une chute démographique qui conduira ensuite à des effets considérables par la suite pour ce qui est de la structure démographique de la population (vieillesse et féminisation) », voir Bertuzzi (2010, p. 26).
19. Dans la période considérée par ma recherche il n'existe pas de statistiques sur la patientèle de ce centre, le seul présent en Carnia ni sur le revenu (il est interdit de recueillir cette donnée en Italie, s'agissant d'un service sanitaire public), d'autant plus que grosso modo les patients suivis par ce centre de santé mentale ne dépassaient pas les 200 par an et que les médecins n'ont pas non plus estimé nécessaire d'en produire sur un échantillon de taille aussi petite.
20. C'est pour cela que le titre de ma thèse doctorale a été: « Dévotions domestiques. Femmes et dépression mentale en Carnia ».
21. C'est un résultat empirique qui a émergé dans tous les entretiens, leur but étant de recueillir l'histoire de vie des patients et leur interprétation de l'état de malaise.
22. Ce récit a été recueilli bien avant la naissance de l'attention et de la recherche sur la violence envers les femmes. Je cite ici Adelman (2004); Archer (2006); Baldry (2010); De Lauretis Teresa (1987 et 1999); Golden Shelley D., Perreira Krista M., Durrance Christine Piette (2012); Golding Jaqueline M. (1999); Russel Diana E. H. et Radford J. (1992); Russel et Harmes (2001).

