

LIBRIS

We know
books

DÉPRESSION
ET SI ÇA VENAIT DE NOS ANCÊTRES ?

Sylvie Tenenbaum

© Éditions Albin Michel – Paris 2016

DEPRESIA TRANSMISĂ
TRANSGENERAȚIONAL

Sylvie Tenenbaum

ISBN 978-630-6614-08-0

© 2024 – Editura PHILOBIA

internet: www.philobia.com
e-mail: contact@philobia.com

Editor: Bianca Biagini
Traducător: Alex. Vlad
Redactor: Dorina Oprea
Corectură: Oana Țăranu
Copertă: Cătălin Furtună

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
TENENBAUM, SYLVIE

Depresia transmisă transgenerațional / Sylvie Tenenbaum; trad. din
lb. franceză de Alex. Vlad. – București: Philobia, 2024
ISBN 978-630-6614-08-0

I. Vlad, Alex. (trad.)

159.9

Sylvie Tenenbaum

Depresia transmisă transgenerațional

Traducere din limba franceză de
Alex. VLAD

philobia

CUPRINS

Introducere 11

PARTEA I
ÎN MIJLOCUL DEPRESIEI

Capitolul 1	
Să cunoaștem mai bine depresia	15
Capitolul 2	
Diferitele forme ale depresiei	31
Capitolul 3	
Cauzele depresiei	55
Capitolul 4	
Tratarea depresiei.	62

PARTEA A II-A
NU PUTEM SĂ NU TRANSMITEM

Capitolul 5	
Ce este transmiterea transgenerațională?	77
Capitolul 6	
O moștenire psihoemoțională care ne face rău	89
Capitolul 7	
Efectele transmiterii transgeneraționale	112

Depresiile datorate moștenirii genealogice	134
---	------------

PARTEA A III-A

TERAPIA TRANSGENERAȚIONALĂ

Capitolul 9

Terapia transgenerațională, pentru a ieși, în sfârșit, din depresie . . .	145
--	------------

Capitolul 10

Un instrument prețios: sociogenograma	149
--	------------

Capitolul 11

Terapia transgenerațională	187
---	------------

<i>Concluzie</i>	<i>223</i>
----------------------------	------------

<i>Bibliografie</i>	<i>227</i>
-------------------------------	------------

<i>Unde se pot căuta informații?</i>	<i>235</i>
--	------------

<i>Mulțumiri</i>	<i>237</i>
----------------------------	------------

*Mămicii J., fie-i țărâna ușoară!
Tuturor rudelor mele decedate, odihnească-se în pace.
Urmașilor mei: să le fie viața plină și liberă!*

În această lucrare, voi vorbi despre depresiile legate de ereditate și despre influența generațiilor precedente. Dacă întâlnim frecvent expresia „Suntem o verigă dintr-un lanț“, ne putem întreba în mod legitim ce ne-a fost transmis, de către cine, și ce vom transmite la rândul nostru descendenților. Căci nu este vorba doar despre un patrimoniu genetic, ci despre un număr incalculabil de elemente, care ne fac familia unică, cu toată moștenirea psihică inconștientă. Predecesorii noștri, de la cei mai apropiați (părinții) la cei mai îndepărtați (strămoșii), ne-au determinat parțial destinul, fără s-o știm. Transmitterile transgeneraționale ne oferă trăirea, și a chinurilor Infernului, și a fericiților din Grădina Edenului. Arcanele inconștientului familial sculpează viața descendenților, din generație în generație.

De aceea, luarea în seamă a acestei memorii genealogice este adesea o etapă esențială în terapia depresiei. Ea ne permite, eliberându-ne de această presiune, să ne regăsim liniștea. Și s-o lăsăm moștenire copiilor noștri: este cel mai frumos cadou pe care-l vor primi. Astfel, vor putea să înceteze simptomele fizice și psihice care se perpetuează, repetările dureroase, sindroamele de aniversare, loialitățile dintre care unele nu mai au dreptul să existe. Emoțiile ancestrale, care duc la confuzia sentimentelor, nu ne vor mai perturba viața de zi cu zi.

Experiența demonstrează că în cursul unei psihoterapii se întâmplă regulat ca simptomatologia unui pacient, în special dacă este depresiv, să nu țină de istoria vieții proprii, ci în mare parte de anumiți predecesori (părinți sau strămoși). Trebuie să înțelegem atunci ce rol joacă această moștenire psihogenealogică inconștientă în această depresie și să reparăm lanțul transgenerațional. O acțiune care cere curaj și perseverență și voința de a-ți trăi viața „adevărată“.

PARTEA I ÎN MIJLOCUL DEPRESIEI

Opera lui Jean Starobinski, L'Encre de la Mélancolie¹, ne revelează în ce măsură melancolia impregnează civilizația occidentală – de la medicină la cosmologie, de la literatură la teologie, trecând prin artele vizuale.

Pierre Fédida

¹ *Cerneala Melancoliei* (n.tr.)

CAPITOLUL 1

Să cunoaștem mai bine depresia

*De ce ești așa de trist, sufletul meu? Și de ce mă
tulburi?*

(Psalmii lui David, XLII, 6-12)

Ce este depresia? „O tristețe vitală, care se caracterizează prin nostalgie și remușcare față de trecut, dezgustul față de prezent, angoasa față de viitor, autoblamarea și anestezia afectivă.“
(Daniel Widlöcher)

Etimologic, termenul vine din cuvântul latin *depressio*, care înseamnă „înfundare“. El nu descrie tristețea sau starea de abatere care – în mod normal – fac parte din viața cotidiană, ci o adevărată **boală psihică**. Nu există *una*, ci *mai multe* depresii, dintre care unele sunt datorate unor cauze fiziologice. Depresia este în același timp un simptom (lucrurile de care se plânge pacientul) și un sindrom (asocierea simptomelor care formează tabloul clinic al unei boli): dacă depresia este o încercare teribilă pentru bolnav, ea este foarte greu de trăit și pentru anturajul său.

Depresia nu trebuie să fie confundată cu „deprimarea“, un fel de „explozie de griji“, de stare de rău trecătoare (care nu face viața ușoară, dar nu durează mult, în general), nici cu stresul, termen atât de des folosit, a cărui definiție și-a schimbat

sensul: de la sindrom de adaptare generalizat (SAG), la o schimbare, chiar fericită, el a ajuns sinonim cu tulburarea, cu starea de rău.

Câteva cifre

Depresia afectează mai mult de trei milioane de persoane în Franța. Aceasta este patologia mintală cea mai răspândită, cu precizarea că „o persoană din zece poate prezenta un episod depresiv în cursul vieții¹.“ Dacă reprezintă a doua afecțiune ca frecvență din lume, conform OMS (Organizația Mondială a Sănătății), ea atinge 6% din populația țărilor occidentale². În formele sale cele mai grave, ea duce la sinucidere: opt sute patru mii de sinucideri în lume în 2012, conform aceleiași surse, ceea ce înseamnă o persoană la patruzeci de secunde: „15% dintre deprimati decedază prin sinucidere.“ Pe plan mondial, depresia atinge în mod inegal femeile (20%) și bărbații (10%). În Europa, rata sinuciderii (12,3 la 100.000) este mai ridicată decât media mondială. 35.000 de persoane își pierd astfel viața în fiecare an. [...] După OMS, până în anul 2020, depresia va deveni a doua cauză de invaliditate din lume, după bolile cardiovasculare³. Pe alt plan, cel financiar, „depresia costă tot atât cât bolile coronariene și aproape jumătate din costul tuturor cancerelor (costuri directe și indirecte: sinucideri, absenteism etc.)⁴.“

¹ *La lettre d'information* („Scrisoarea de Informare“), Inserm, nr. 20, decembrie 2012.

² Institutul Creierului și al Măduvii Coloanei vertebrale, *Système nerveux et pathologies* („Sistem nervos și patologii“), 2014.

³ *La lettre d'information*, Inserm, *ibid.*

⁴ Monique Brémond și Alain Gérard, *Vrais déprimés. Fausses dépressions* („Adevărați deprimati. False depresii“), Editura Flammarion, 1998, p. 61.

Depresia în psihanaliză

Foarte devreme, în ansamblul operei sale, Sigmund Freud aduce o teorie nouă, bazată pe existența inconștientului. Această noțiune exista deja sub alte nume, dar nimeni înainte de Freud nu o formulase astfel. Pentru el, bolile mintale își au sursa în forțele inconștiente. El caracterizează etapele depresive după trei criterii:

- durerea;
- o stimă de sine sau o imagine de sine foarte proastă;
- o mare diminuare a capacității de a păstra relația cu persoanele iubite, de a-și exprima sentimentele.

După Sacha Nacht și Paul-Claude Racamier, depresia „este o stare patologică de suferință psihică conștientă și de culpabilitate, însoțită de o reducere sensibilă a valorilor personale și de o micșorare a activității psihomotrice și organice, care nu pot fi atribuite unei deficiențe reale¹.“ Pentru psihanaliză, depresia este legată de o pierdere, termen general, căci poate fi vorba despre pierderea imaginii de sine sau de un doliu. În acest caz, tristețea se poate transforma în ură față de obiectul pierdut (o persoană, dar și o iluzie, un loc etc.) care nu mai este aici, ură care se va întoarce asupra sa. „Ținem în mână cheia tabloului clinic – spunea Freud – când recunoaștem că reproșurile de sine sunt reproșuri contra unui obiect al dragostei, care s-au întors de la acesta spre eul propriu. (Căci) identificându-se cu obiectul pierdut, pacientul păstrează la urma urmei amintirea obiectului; el o păstrează ca pe o fantomă ascunsă, el se transformă

¹ Citați de Chantal Poulain, *Dépression et psychiatrie* („Depresie și psihiatrie“), site-ul său, 3 octombrie 2010.

termenul „obiect“ fiind înțeles într-un sens simbolic. Problema narcisismului este fundamentală în depresie, ca și legăturile dintre diferitele componente, care sunt eul ideal (narcisic), idealul eului (modelul parental) și supraeul (cu autoritate implacabilă) și, deci, culpabilitate.

Françoise, 53 de ani: „Resimt din adolescență un mare sentiment de culpabilitate, în permanență. Nu știu de ce sunt vinovată. Poate pentru că n-am fost dorită? Pentru că nu sunt la înălțime? Nu pot niciodată să fiu naturală, spontană; îmi compun frazele în minte înainte de a vorbi pentru a nu-l supăra sau îndurera pe celălalt, pentru a nu spune prostii. Mă devalorizez constant și simt o mare spaimă când trebuie să vorbesc în public. Și totuși asta este meseria mea! Mă simt singură, deși am un soț. Aș fi vrut să am măcar un copil, dar soțul meu nu a vrut. La 42 de ani am crezut că eram însărcinată, dar era o sarcină falsă: soțul meu a fost ușurat, iar mie mi-a trebuit mult timp să-mi revin... De când era copil, fratele meu a fost un adevărat mic virtuos al viorii; era foarte înzestrat și popular. Toată lumea îl admira. Mama îmi spunea că eram un copil dificil. Ea era nervoasă, nerăbdătoare și mă poreclise „Catastrofa“... Uitasem... Îmi amintesc că mă durea mereu burta și spaatele. Îi admiram pe oamenii puternici. Mama mai spunea: „Profită de viață, fiica mea, nu face copii, este prea grea viața apoi!“ A izbucnit în lacrimi când i-am spus că eram însărcinată! De zece ani dorm foarte rău, din ce în ce mai rău, sunt mereu gata să mă prăbușesc, așa sunt de obosită... Am impresia că mi-am închis toate emoțiile nu știu unde, nici de ce. Simt un mare vid în mine, sunt neînsemnată. N-am senzația că trăiesc, viața mea nu are sens.“

Pentru psihanaliză, nu există un tablou clinic special al depresiei, spre deosebire de nevroză. Depresia este calificată drept

¹ „Deuil et mélancolie“ („Doliu și melancolie“), în *Métapsychologie*, Gallimard, 1971.

tulburare psihică dureroasă datorată unei pierderi. Este vorba despre o abordare foarte diferită de cea a psihiatriei.

Depresia în psihiatrie

În 1977, psihiatrul Henri Ey definea astfel depresia: „Este vorba despre un proces psihologic extrem de complex [...]. La tulburările de umoare se adaugă alte două fenomene: inhibiția (un fel de frânare sau de încetinire a proceselor psihice ale ideatei, care reduce câmpul conștiinței și interesele, îl face pe subiect să se închidă în sine însuși și îl împinge să-i evite pe ceilalți și relațiile cu celălalt) și durerea morală. [...] Bolnavul are impresia că merge înapoi în raport cu timpul [...], că se învâрте în sens invers celui al Terrei și că timpul fuge pentru el în mod atroce¹.“ Termenul de depresie este utilizat frecvent în mod greșit pentru a desemna o deprimare. „Actualmente, soarele negru al depresiei caracterizate este subexpus, inelul deprimării care-l înconjoară este supraexpus².“ Intensitatea și durata sunt criteriile care trebuie luate în considerare când se vorbește despre una sau despre cealaltă, după cum o spunea deja Hipocrate. În *Face aux ténèbres* („În fața tenebrelor“), William Styron oferă o descriere perfectă a depresiei: „Tristețe fără vlagă, amorteală, apatie, fragilitate bizară, confuzie, neputință, incoerență anarhică, năuceală posacă, degenerescență, luptă extenuantă, dezastre instinctuale, epuizare perpetuă, dezgust față de sine însuși, senzație apropiată deși diferită de durerea autentică, senzații malefice, înfricoșătoare și diabolică stare de rău, feroce interioritate a

¹ Henri Ey și Paul Bernard, *Manuel de psychiatrie* („Manual de psihiatrie“), Elsevier Masson, 2010.

² Monique Brémond și Alain Gérard, *op. cit.*, p. 180.

suferinței, cataclism imediat care răvășește organismul, vârtej al suferinței extreme, suferință implacabilă, serie de încercări cufundate în ceața ororii, neagra furtună a depresiei, tenebre apăsătoare, deznădejde dincolo de deznădejde...“ Criteriile utilizate pentru recunoașterea unei depresii sunt cele prezentate de *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* („Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale“).

Scurtă istorie a DSM

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders este lucrarea de referință a psihiatriei și a tratamentului clinic actual. Redactată de Societatea Americană de Psihiatrie, ea a devenit „biblia“ predată la psihopatologie. CIM – Clasificarea Internațională a Maladiilor (a 10-a revizuire), o listă a clasificărilor medicale care codifică în special maladiile, semnele, simptomele, circumstanțele sociale și cauzele externe ale maladiilor sau ale rănilor, publicată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) – constituie capitolul al cincilea din ea, foarte utilizat în Occident. Istoria sa începe în 1952, odată cu apariția primului volum, *DSM-I*, care descrie șazeci de patologii mintale. El va fi urmat, în 1968, de către *DSM-II*, care diagnostichează o sută patruzeci și cinci. *DSM-I* și *II* reiau ideile psihanalizei, care clasa tulburările mintale în două categorii mari, numite „structuri“: nevrozele și psihozele. Această puternică influență psihanalitică în psihopatologie nu este de mirare, nicio teoretizare neobținând până atunci unanimitatea în lumea psihiatriei.

DSM-III (apărut în 1980) și versiunea sa revizuită *DSM-III-R* (apărută în 1987) se vor independența de orice școală, sprijinindu-se pe o studiere pur empirică a tulburărilor mintale, fără să se ocupe de cauze. Sunt descrise atunci tulburări

ce corespund unor criterii extrem de precise, dorința autorilor fiind de a alcătui un repertoriu științific bazat pe observație și valabil deci în lumea întreagă. Tulburări clasice, cum ar fi nevroza isterică, de exemplu, dispar ca atare, împărțite între diverse alte tulburări în care ele apar. Exact la fel ca depresia. Unii psihiatri le critică, acuzându-i pe autori că banalizează anumite aspecte ale patologiilor. Dacă unele tulburări sunt fracționate, se nasc altele, criteriile și simptomele fiind reorganizate, redefinite și – mai ales – multiplicat. Astfel, *DSM-III-R* descrie două sute nouăzeci și șapte de patologii, clasate în mai multe categorii mari, după studii epidemiologice sau cercetări de laborator asupra diverselor medicamente.

DSM-IV (apărut în 1994) și versiunea sa revizuită *DSM-IV-R* (apărută în 2000) nu cuprind mai puțin de patru sute zece. *DMS-V* a apărut în 2013, editat de APA, Asociația de Psihiatrie Americană. El a suscitad numeroase critici, atât în Statele Unite cât și în Europa. Din partea psihanalizatorilor care au fondat mișcarea Stop DSM și a psihiatrilor din toate țările. Toți multiplică petițiile, cărțile și articolele împotriva acestei versiuni, pe care o judecă drept periculoasă, căci ea „fabrică maladii mintale fără fundament științific și împinge lumea întreagă la consumarea de medicamente psihotrope [...]“. „Pacienții atinși de boli merită mai mult decât atât“, scrie Thomas Insel [...], explicând defectele acestui *DSM-V* în plan științific. [...] Una din criticile principale [...] privește dominarea abuzivă a industriei farmaceutice asupra experților și asupra elaborării sale¹.“ Asistăm la o reducere a patologiilor: un pacient va fi „anxio-depresiv“ sau „distimic“ (timia este umoarea), dar nu depresiv.

De la *DSM-IV*, patologizarea celei mai mici tulburări a devenit excesivă și periculoasă în măsura în care orice comportament banal devenea patologic și provoca examinări

¹ Sandrine Cabut, „DSM-V, le manuel qui rend fou?“ („DSM-V, manualul care te face nebun?“), *Le Monde, Sciences*, 17 mai 2013.

și tratamente costisitoare și inutile. Dacă ideea de pornire a fost bună, autorii au fost repede depășiți de influența celor care le furnizau fondurile (niște sume fabuloase) necesare producerii acestui catalog, care – de-a lungul anilor – s-a dezumanizat și s-a complicat excesiv. Ceea ce explică titlul articolului citat mai sus: „DSM-V, manualul care te face nebun?”

În paralel, în anii 1950, unii cercetători au atribuit depresia unui dezechilibru al neurotransmițătorilor cerebrali (molecule chimice care transmit influxul nervos de la un neuron la altul). În 1980, a fost descris „episodul depresiv major”, admis de CIM-10, care – rafinând criteriile – vorbește despre un „episod depresiv ușor până la sever” în funcție de intensitatea simptomelor. În mod general, noile descrieri sunt utilizate de către toți profesioniștii sănătății mintale, în ciuda câtorva diferențe între punctele de vedere și a contradicțiilor evidente. Trebuie să subliniem că ceea ce se numește „abordarea prin criterii”, care este obiectul clasificărilor din DSM-uri, „duce la crearea unui număr din ce în ce mai mare de subcategorii de diagnosticare, făcând mai artificiale limitele adevăratei boli depresive¹.”

În ultimele DSM-uri, depresiile sunt clasate printre tulburările umorale și tulburările ciclotimice (adică evoluția cu timpul a alternanței repetate a stărilor maniacale și depresive).

A pune un diagnostic de depresie nu este întotdeauna ușor, într-atât sunt de numeroase simptomele și atât de importantă este variabilitatea interindividuală. Căci este vorba adesea despre o suferință despre care nu se vorbește, care este ascunsă. Cu cât o persoană se simte mai rău, mai tristă și extrem de

¹ Monique Brémond și Alain Gérard, *op. cit.*, p. 30.

obosită, cu atât mai puțin își exprimă suferințele: ea nu se plânge și așteaptă, uneori prea mult timp, ca durerea sa să ajungă cu adevărat insuportabilă, înainte să meargă la consultație. Pacientul depresiv nu știe întotdeauna că este bolnav, el poate să nu admită decât cu reticență patologia sa, căci îi este rușine de ea. Dacă există teste (numai cele propuse de profesioniști, psihiatri sau psihologi, au o valoare reală), nimic nu înlocuiește examinarea clinică făcută de o persoană competentă (psihiatru, psiholog sau psihoterapeut) și a cărei etică respectă această frază, care face parte din angajamentul lui Hipocrate: *Primum non nocere* („Mai întâi să nu faci rău”). Ca pentru toate bolile, această etapă este indispensabilă, căci riscul suicidar al acestei patologii depresive este foarte important. Ținând cont, de altfel, de faptul că markerii biologici fie nu există, fie n-au fost încă găsiți în mod sigur.

„Depresivul este bătrân înainte de a ajunge la vârsta bătrâneții. El are de trei ori mai multe tulburări digestive, genital-urinare și cardiovasculare, de două ori mai multe cancere, boli endocrine și osteoarticulare¹ etc.” Pătologiile fizice legate de depresie se înmulțesc și același autor adaugă că „deprimații care au între douăzeci și douăzeci și nouă de ani au tot atâtea probleme de sănătate ca cei care nu sunt deprimați și au între patruzeci și cinciseci și nouă de ani, femeile depresive situate între patruzeci și cinciseci și nouă de ani au un nivel de sănătate echivalent cu cel al unei persoane de peste optzeci de ani.”

¹ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société* („Oboseala de a fi tu însuți. Depresia și societatea”), Editura Odile Jacob, 2000, p. 187.