

Dépression de vie,
dépression de mort



Collection « La vie de l'enfant »
dirigée par Sylvain Missonnier
syl@carnetspsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien-portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho(patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs. Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Micheline Blazy, Dominique Blin, Nathalie Boige,
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse,
Sylvie Gosme-Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Francisco Palacio Espasa
avec la collaboration de
Luc Magnenat et de Corinne Strubin-Rordorf

Dépression de vie, dépression de mort

Les paliers de la conflictualité dépressive
chez l'enfant et ses parents

Préface de Danielle et Jean Quinodoz

« La vie de l'enfant »

érès

Remerciements

Mes remerciements tout particuliers à mes collègues et aux participants de mes séminaires à Genève et à Florence :

Agassiz M.S., Benusiglio S., Besozzi R., Bonfiglio M., Brignone A., Cresti L., D'Agostini C., Fano Cassesse S., Farolan-Doise M., Gaillard M., Girard J., Mori L., Spillmann A., Suman A.

À Clara Palacio Cavanaugh et à Elke David pour leur précieuse contribution à la mise en forme de ce travail.

Mes remerciements aux revues qui m'ont permis d'utiliser certains passages de mes articles.

Revue française de psychanalyse, 41, 1-2, 1977.

F. Palacio Espasa, « Défenses maniaques versus défenses mélancoliques ». *Psychiatrie de l'enfant*, XLI, 1, 1998.

C. Strubin-Rordorf, F. Palacio Espasa, « Éléments cliniques sur l'indication des psychothérapies brèves focales, ou focalisées de l'enfant ».

Psychologie clinique et projective, 6, 2000.

F. Palacio Espasa, « La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique de l'enfant ».

Psychothérapies, XXI, 1, 2001.

F. Palacio Espasa, « L'organisation borderline chez l'enfant : considérations sur l'approche psychothérapeutique des enfants avec troubles sévères de la personnalité ».

F. Palacio Espasa, « Considerations on depressive conflict and its different levels of intensity », *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1, 2002.

Conception de la couverture

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1928-8

Première édition © Éditions érès 2003

33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse

www.editions-eres.com

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, Danielle et Jean-Michel Quinodoz	9
INTRODUCTION	13
1. LA PROBLÉMATIQUE DÉPRESSIVE DANS LA THÉORIE PSYCHANALYTIQUE	17
Limitations de la notion de position dépressive, 18 ; Différents gradients de la problématique dépressive, 19 ; La problématique dépressive de la parentalité, 21 ; Importance de la culpabilité dans la technique thérapeutique, 22 ; Aspects théoriques : théorie des pulsions ou de l'intersubjectivité ?, 23 ; Théorie de l'attachement et pulsions d'autoconservation, 24 ; Pulsions d'autoconservation et fantasmes anaclitiques ; pulsions sexuelles et fantasmes œdipiens, 26 ; Formes primaires d'expressions de la pulsion libidinale : les pulsions d'autoconservation, 26 ; Pulsions d'autoconservation, « attachement », fantasmes anaclitiques et conflictualité dépressive, 27 ; Affects négatifs : élaboration interactive et/ou intrapsychique, 28 ; Position dépressive, position schizoparanoïde et défenses narcissiques « antiparanoïdes » et « antidépressives », 28.	
2. AFFECTS, ANGOISSES ET FANTASMES DANS LA THÉORIE ET LA PRATIQUE PSYCHANALYTIQUES	31
Quelques considérations théoriques sur les affects, 31 ; La première théorie de l'affect de Freud, 32 ; La deuxième théorie de l'affect de Freud, 33 ; Les affects dans la théorie de Melanie Klein, 34 ;angoisses de persécution et angoisses dépressives, 35 ; Limites de la notion de position dépressive de Melanie Klein, 35 ; Les affects dépressifs dans la pratique psychanalytique et psychothérapeutique, 37 ; Pertes, tristesse et mécanismes dépressifs dans la vie psychique, 38.	
3. LES AFFECTS DÉPRESSIFS : ASPECTS THÉORIQUES ET CLINIQUES	39
La place centrale de la douleur psychique dans les affects dépressifs et la dépressivité, 39 ; Spécificité de la douleur psychique, 40 ; La douleur psychique en tant que « signal », 41 ; La douleur psychique, affect central des dynamiques dépressives, 42 ; Les affects dépressifs dans l'observation clinique, 43 ; Deux situations différentes de séparation mère/bébé, 44 ; Pulsions libidinales et agressives dans le fonctionnement moiïque, 48 ; Le problème de la psychogenèse et de la psychopathogenèse, 48.	

4. CONFLICTUALITÉ DÉPRESSIVE ET PROBLÉMATIQUES PARENTALES	
<i>La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychiques de l'enfant</i>	51
Parentalité et « deuil » du développement, 51 ; Les identifications parentales, 52 ; Parentalité et dépressivité, 52 ; Destin des deuils des parents, 53 ; Les différents types de conflits de la parentalité, 54 ; Parentalité névrotique et « névrotogenèse », 56 ; Les conflits de la parentalité masochique, 57 ; Parentalité masochique et dépressivité transgénérationnelle, 58 ; Les conflits de la parentalité narcissique dissociée, 60 ; Parentalité narcissique, troubles de l'attachement et troubles de la personnalité, 62.	
5. LA PROBLÉMATIQUE DÉPRESSIVE DANS LA PSYCHOPATHOLOGIE DU BÉBÉ ET DU JEUNE ENFANT	
<i>Aspects interactifs, structurels et psychodynamiques</i>	65
Diagnostic structurel et évaluation syndromique dans la dépression infantile précoce, 65 ; Les états dépressifs du bébé, 66 ; Les conflits de la parentalité dépressiogène : masochique et narcissique, 67 ; Les formes cliniques de dépression chez le jeune enfant, 68 ; Aspects psychodynamiques des organisations « paradépressives » chez l'enfant, 69 ; Les fantasmes des organisations névrotiques et « paranévrotiques », 71 ; Les fantasmes des organisations « paradépressives », 71 ; Prédominance fantasmatique des organisations <i>borderline</i> , 72.	
6. CONFLICTUALITÉ DÉPRESSIVE ET SEXUALITÉ INFANTILE	75
Pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles dans les fantasmes de masturbation, 80 ; Les pulsions d'autoconservation et la sexualité infantile, 81.	
7. CONFLICTUALITÉ « PARADÉPRESSIVE », DÉFENSES MÉLANCOLIQUES ET DÉFENSES MASOCHIQUES	
<i>Aspects cliniques</i>	85
Exemple clinique 1, 89 ; Exemple clinique 2, 98 ; Exemple clinique 3, 105 ; Considérations sur la théorie de la technique, 111.	
8. CONFLICTUALITÉ « PARADÉPRESSIVE », DÉFENSES NARCISSIQUES ET DÉFENSES MANIAQUES, <i>VERSUS</i> DÉFENSES MÉLANCOLIQUES ET DÉFENSES MASOCHIQUES	113
Les défenses narcissiques : le narcissisme « antidépressif » et le narcissisme « antiparanoïde », 114 ; Défenses maniaco-narcissiques et troubles de la personnalité, 115 ; Dynamique de la manie et de la	

mélancolie, 115 ; L'aspect défensif du fonctionnement mélancolique, 116 ; Le fonctionnement mélancolique chez les enfants, 117 ; Exemple clinique 1, 118 ; Exemple clinique 2, 122 ; Défenses mélancoliques, mélancoliformes et masochiques, 128 ; La valeur défensive du masochisme, 129.

9. CONFLICTUALITÉ DÉPRESSIVE PARAPSYCHOTIQUE ET DÉFENSES ARCHAÏQUES SCHIZOPARANOÏDES.....	133
<p>Le concept de position dépressive, 134 ; La conflictualité dépressive « parapsychotique », 135 ; Une illustration clinique de M. Klein, 137 ; Interprétation de l'agressivité, <i>versus</i> interprétation des affects dépressifs, 138 ; Vignettes d'un processus analytique, 139 ; Le problème de l'interprétation du narcissisme destructeur antiparanoïde et de l'envie, 143 ; La notion de « contenant » dans la relation transférentielle, 144 ; Évolution de la conflictualité dépressive, 145.</p>	
10. LA CONFLICTUALITÉ DÉPRESSIVE « PARAPSYCHOTIQUE ». <i>Considérations sur l'approche psychothérapeutique des enfants avec troubles sévères de la personnalité</i>	147
<p>Les troubles de la personnalité chez l'enfant, 147 ; Considérations étiopathogéniques, 148 ; Diagnostic structurel des troubles de la personnalité chez l'enfant, 148 ; Mécanismes spécifiques aux organisations <i>borderline</i>, 149 ; Approche psychothérapeutique des enfants <i>borderline</i>, 150 ; Le problème de l'interprétation à l'enfant <i>borderline</i>, 151 ; L'apparition de fantasmes oraux et la reconnaissance de vécus dépressifs, 159 ; Les manifestations narcissiques chez les <i>borderline</i>, 160 ; Le problème de l'interprétation de l'envie, 161 ; L'interprétation des vécus infantiles et le déblocage libidinal, 161 ; Le surissement du fonctionnement névrotique, 162.</p>	
11. LUC MAGENAT ÉTATS PSYCHOSOMATIQUES ET CONFLICTUALITÉS DÉPRESSIVES.....	165
<p>Dépression essentielle et psychose blanche, 166 ; Melanie Klein et la psychosomatique, 167 ; Monsieur X et son « ténia », 169 ; Perspective conversionnelle mélancoliforme, 170 ; La symbolisation comme défense primaire, 172 ; Dick et ses « copeaux », 173 ; Carence du fonctionnement symbolique et somatisation, 174 ; Identification projective et somatisation, 175 ; Les yeux d'Élise, 177 ; Pensée et protopensée, 179 ; Un sein psychosomatique, 180 ; Une économie des troubles de la pensée, 181 ; Conversion déficitaire, 182 ; « C'est</p>	

du sang versé qui met la fièvre dans la ville », 184 ; Œdipe somatisant et état limite ?, 186 ; Conclusion, 188.

12. CONFLICTUALITÉ DÉPRESSIVE PARANÉVROTIQUE	191
Le complexe d'Œdipe en tant qu'organisation défensive : la réparation et les mécanismes de défense névrotique (avec la collaboration de C. Strubin-Rordorf), 191 ; Angoisses dépressives, <i>versus</i> angoisses de castration, 194 ; Théorie de Freud sur l'angoisse et la perte de l'objet maternel, 196 ; De l'angoisse par la libido refoulée à l'angoisse de castration provoquée par l'imgo paternelle, 197 ; Les angoisses dépressives à l'égard du père, 198 ; Le début de l'action thérapeutique : possibilité d'expression ouverte de l'agressivité de l'enfant, 199 ; Des fantasmes de scène primitive à l'œdipe précoce, 200 ; L'élaboration du complexe d'Œdipe : des déplacements symboliques des désirs œdipiens à l'identification avec l'image du père objet total, 201 ; Évaluation de l'enfant, 203 ; Premières séances, 207 ; Les séances suivantes, 209 ; Séances après l'été, 210 ; Dernières séances, 211 ; Terminaison, 213 ; Réflexions sur la technique des psychothérapies focales, 213.	
13. IMPLICATIONS TECHNIQUES	
<i>Le rôle de l'assouplissement de la conflictualité dépressive et du Surmoi rigoureux dans l'action psychanalytique et psychothérapeutique</i>	
	217
BIBLIOGRAPHIE	223

*À mes parents, Francisca et Juan Bautista,
à Patricia, ma femme
et à Clara et Alvaro, mes enfants.*

PRÉFACE

Francisco Palacio est un psychanalyste chaleureux, qui foisonne d'idées originales. Il est pour nous un ami. Le bouillonnement de ses pensées met en route les nôtres, et l'essentiel ne consiste pas à être d'accord ou pas avec ce qu'il apporte, mais bien davantage à nous interroger avec lui sur ce que l'on pourrait prendre pour des évidences et à regarder d'un œil neuf le quotidien.

*Pour apprécier à sa juste valeur *Dépression de vie, dépression de mort*, il nous semble important de sentir que ce livre est le fruit d'une longue et multiple expérience. C'est en s'intéressant à de nombreux domaines que Palacio a manifesté son goût pour la psychanalyse, et pour aller à sa rencontre nous pouvons prendre divers chemins. En effet, il est psychanalyste d'adulte aussi bien que d'enfants, mais il est aussi très apprécié comme superviseur par les analystes en formation, ou encore dans son enseignement universitaire ; de par son poste de médecin chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent il a beaucoup travaillé avec des enfants de tout âge dont certains très jeunes et avec leurs parents, c'est ainsi qu'il a en particulier acquis une vaste expérience des thérapies mère/bébés.*

Tous ces intérêts et ces expériences transparaissent dans ce livre à travers un foisonnement d'idées et d'exemples qui lui procure une grande richesse. Mais pour éviter au lecteur le risque de se perdre dans cette diversité, nous aimerions lui indiquer une porte d'entrée en attirant son attention sur ce qui nous semble

à l'origine de cette œuvre : l'expérience thérapeutique de Palacio avec des enfants autistes et psychotiques.

En effet, dès les premières psychanalyses et psychothérapies d'enfant autistes ou psychotiques qu'il a lui-même pratiquées ou qu'il a supervisées, Palacio a été fortement impressionné par le moment crucial où le fonctionnement psychotique de l'enfant commence à céder la place à un fonctionnement névrotique. Comment expliquer ce passage ? Qu'est-ce qui a suscité cette évolution ? Qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ? Comment se fait-il qu'un enfant angoissé de perdre un objet ressenti comme indispensable à sa survie parvienne à abandonner cette angoisse pour une angoisse située à un autre niveau : l'angoisse de perdre l'amour de l'objet ? Comment ce que Palacio ressentait comme lié à une angoisse d'auto-conservation, de l'ordre de la survie, pouvait céder la place, ou se transformer, en une angoisse de castration ?

Nous voyons donc que, dès le début de sa carrière, Palacio a été intrigué par l'articulation entre le fonctionnement psychotique et le fonctionnement névrotique chez ses patients, et d'une façon générale chez chacun de nous. Sa manière de s'interroger s'inscrivait implicitement dans la ligne de Bion et s'inspirait en particulier de sa thèse sur la coexistence de parties psychotique et névrotique de la personnalité. Palacio s'est interrogé sur la façon dont l'angoisse de la position schizo-paranoïde, c'est-à-dire l'angoisse que le moi soit attaqué par les objets persécuteurs, cède le pas à l'angoisse de la position dépressive, c'est-à-dire à l'angoisse que le moi puisse endommager l'objet. Comment la sollicitude pour l'objet peut-elle remplacer la méfiance d'être attaqué par lui ? Au cours de sa recherche, Palacio a été de plus en plus convaincu d'adhérer à l'opinion exposée par M. Klein à la fin de son œuvre : la position dépressive ne succède pas chronologiquement à la position schizo-paranoïde, des moments d'intégration dépressive sont présents dès le début de la vie. Pour Palacio le fonctionnement schizo-paranoïde est une défense face à la position dépressive.

Lors de ses premières thérapies avec des enfants autistes ou psychotiques, Palacio avait également fait observation qui l'avait fortement impressionné : il avait trouvé que les interprétations faisant intervenir la sexualité génitale étaient inutiles ou même perturbatrices si elles intervenaient trop tôt avec ce type d'enfants. Avec eux, il lui paraissait primordial d'interpréter, dans un premier temps à un autre niveau, et de toucher les angoisses de perte d'objet.

C'est alors qu'interviennent les hypothèses que Palacio expose dans ce livre. Il développe différents paliers composant l'articulation entre la partie psychotique et la partie névrotique de la personnalité, il montre toute la complexité de ce passage. Il considère que la notion de position dépressive occupe une place centrale dans le développement de la vie psychique, et il s'efforce d'opérer une « meilleure discrimination de ses divers paliers de conflictualité ou bien d'intégration et, surtout, de son étroite articulation avec les fonctionnements schizo-

paranoïde en aval et névrotique en amont ». Il considère que la perte d'un objet important peut être vécue sur différents modes, psychotique, névrotique, ou encore masochiste. C'est ainsi qu'à côté des conflictualités psychotique ou névrotique il est amené à parler des conflictualités « parapsychotique » et « paranévrotique », le préfixe « para » signifiant « aux alentours de ». Entre les deux formes, il introduit également la conflictualité « paradépressive » pour étudier l'articulation entre elles.

La « conflictualité dépressive » s'avérant multiple, il en découle que les approches thérapeutiques correspondantes sont, elles aussi, multiples. C'est ainsi que Palacio montre que dans certains cas où les vécus de perte d'objet éveillent des sentiments très infantiles de menace interne et d'annihilation, des fantasmes très destructeurs vont être mobilisés, comportant une conflictualité dépressive parapsychotique. Il estime alors essentiel de ne pas focaliser les interprétations sur les pulsions surtout agressives, même si le thérapeute souligne « la culpabilité magique découlant de la toute-puissance des fantasmes agressifs qui accompagnent les réactions narcissiques infantiles ». Il montre, de façon convaincante, qu'un renforcement de culpabilité du patient entraîne un accroissement de ses fantasmes agressifs vécus comme puissamment dangereux. Cet accroissement entraîne à son tour un affaiblissement de la tristesse liée à la perte de l'objet et, par contre, un déploiement de la douleur psychique susceptible d'attirer l'attention de l'objet.

À plusieurs reprises Palacio souligne l'importance de la notion de contenant dans la relation transférentielle. Il distingue « les fantasmes d'objets contenant » manifestés à certains moments par le patient à la recherche d'un réceptacle et « la capacité du thérapeute à être un objet contenant », c'est-à-dire sa capacité de transformer les vécus infantiles du sujet ressentis comme catastrophiques en éléments psychiques susceptibles d'être intégrés. Personnellement, au lieu d'insister sur l'aspect discontinu de cette distinction, nous estimons qu'il s'agit d'une évolution de la notion d'objet « contenant » qui suit l'évolution interne du patient : le patient passe d'une notion de contenant réceptacle inerte, à un contenant réceptacle de plus en plus actif comportant un échange entre le contenant et le contenu, pour concevoir enfin une notion de contenant psychique : c'est le fait de donner sens aux différents éléments qui les relie entre eux et les maintient ensemble grâce à une cohésion interne. Ce contenant psychique qui ne renvoie pas à une image de réceptacle creux, se réfère aussi bien à une image paternelle que maternelle.

Palacio donne de nombreux exemples cliniques montrant comment la conflictualité parapsychotique peut devenir de plus en plus paranévrotique. Certains exemples sont extraits de sa propre expérience clinique, mais d'autres, également très illustratifs et passionnants, proviennent de ses collaborateurs. En effet, Pala-

cio sait s'entourer de personnes de grande valeur et nous avons beaucoup apprécié les précieux apports de Luc Magnenat et de Corinne Strubin-Rordorf.

Nous désirons attirer l'attention sur le chapitre 11 dans lequel Luc Magnenat étudie de façon passionnante les rapports entre les états psychosomatiques et les conflictualités dépressives. Pour lui, « la conflictualité dépressive constitue non seulement une articulation entre parties psychotique et névrotique de la personnalité mais aussi entre différentes formes d'états psychosomatiques, ou différents processus de somatisation en rapport avec des degrés divers de troubles de pensée ». Dans un langage direct dont la limpidité ne dissimule en rien la complexité du sujet, Magnenat examine plusieurs exemples, pris chez différents auteurs, qui lui paraissent illustrer diverses formes de conflictualité dépressive en rapport avec des phénomènes psychosomatiques ou des maladies somatiques. Après le « corporel symbolique » de M. X, il nous fait découvrir le « corporel asymbolique » de Dick. En nous montrant comment le Moi primitif de Dick est amené à « réduire sa propre pensée en copeaux plutôt que d'affronter l'écrasant sentiment de responsabilité de la destruction immédiate de son objet d'amour », Magnenat nous fait comprendre comment parfois la conflictualité dépressive peut devenir parapsychotique. Freud, l'École psychosomatique de Paris, Melanie Klein et Bion sont les quatre principales références théoriques sur lesquelles Magnenat s'appuie, elles lui « apparaissent comme autant de pulsations de l'appareil psychique et de l'être psychosomatique ».

Les deux derniers chapitres du livre, illustrés par des exemples cliniques passionnants, sont consacrés davantage à la conflictualité dépressive paranévrotique et aux implications techniques. Palacio met en évidence l'importance du rôle joué par la réparation et la symbolisation, « le symbolisme étant le mécanisme de défense progredient par excellence ». Il termine en montrant, qu'au cours de la psychanalyse ou de la psychothérapie, le patient est amené à effectuer un important travail au niveau du surmoi, de telle sorte qu'en perdant de sa destructivité toute-puissante infantile son agressivité puisse être utilisée par le Moi pour l'affirmation de lui-même.

Nous nous réjouissons maintenant de laisser le lecteur s'aventurer à la découverte de ce livre qui ouvre de multiples horizons.

Danielle et Jean-Michel Quinodoz

INTRODUCTION

Cet ouvrage résulte de la confluence d'un bon nombre de constatations cliniques et thérapeutiques et des réflexions théoriques sur la nécessité de préciser les divers paliers d'intensité de la problématique dépressive, dont la place cruciale dans la vie psychique a été soulignée par les travaux de M. Klein qui a repris ceux d'Abraham et de Freud sur ce sujet.

Tout clinicien d'orientation psychodynamique s'aperçoit que dans le développement des diverses modalités d'organisation de la personnalité, allant des fonctionnements psychotiques à ceux de type névrotique, la nature et l'intensité de la conflictualité dépressive sont très différentes. Pourtant, la position dépressive est généralement décrite de façon globale comme un problème de l'intégration de l'ambivalence des pulsions libidinales et agressives, tant dans le Moi du sujet que dans l'objet (les objets vécus comme partiels se constituent en objets totaux).

Pourquoi nous a-t-il été si difficile de reconnaître les échelons intermédiaires entre le désespoir de l'entrée dans la position dépressive décrite par M. Klein comme « une mélancolie *in statu nascendi* » et l'intégration de celle-ci lors de l'élaboration d'un deuil ? En raison de la difficulté à réaliser qu'il s'agissait d'une question de prédominance de l'un ou l'autre des divers fantasmes exprimant la perte de l'objet de l'investissement libidinal : fantasmes de destruction catastrophique des objets, de mort ou de dommages graves des objets et de perte de l'amour de l'objet. Une telle conception s'inscrit dans la lignée des idées de Bion qui, compte

tenu de l'extrême complexité de l'être humain, n'oppose pas la structuration névrotique à celle de type psychotique, mais les fait coexister. Cet auteur parle alors de la partie psychotique à côté de la partie névrotique de la personnalité.

Dans ce courant d'idées, nous avons pu décrire trois niveaux d'intensité de la conflictualité dépressive :

1. « Parapsychotique », où le Moi ne peut avoir recours qu'aux défenses archaïques et donc à différentes modalités de fonctionnements psychotiques ;
2. « Paradépressive », dans laquelle les ressources libidinales du Moi sont plus importantes pour protéger les objets investis. Le Moi essaie de préserver les bons objets internes et externes par le refoulement massif de tout fantasme agressif à l'aide des défenses maniaques et mélancoliques, ou mélancoliformes. Cette activité se traduit sur le plan clinique par des manifestations de type dépressif et/ou des troubles légers de la personnalité ;
3. « Paranévrotique¹ », où le Moi du sujet dispose de plus amples ressources libidinales, lui permettant de transformer des vécus de perte de l'amour de l'objet et ceux de culpabilité qui l'accompagnent en conflit de type œdipien. Pour ce faire, il va mobiliser des défenses de type névrotique (refoulement, déplacements, formations réactionnelles, etc.) en plus des défenses maniaques modérées et des défenses masochiques (version névrotique des défenses mélancoliques) qui déterminent les symptômes et le caractère névrotique.

Ces éléments cliniques, illustrés à l'aide d'exemples cliniques de cas d'adultes et d'enfants en psychothérapie ou en analyse, nous ont permis d'émettre certaines hypothèses théoriques, par exemple sur les vicissitudes des pulsions de vie dans la perspective de la deuxième théorie des pulsions de Freud. Il s'agit notamment de l'émergence de la sexualité infantile à partir de pulsions d'autoconservation. Le surinvestissement libidinal de l'objet de l'attachement anaclitique, que le Moi redoute de perdre, car il assure la survie, amène l'investissement incestueux. L'exclusion, ou la perte de l'amour d'un tel objet est imputé à la présence de l'autre parent qui est vécu comme un tiers rival.

En rapport avec le vaste éventail clinique de la dépressivité, nous avons été frappés par l'ampleur de formes plus névrotiques des défenses

1. Le préfixe « para » des termes « paradépressive » et « paranévrotique » est à comprendre dans le sens : à côté, partiellement, et non pas dans le sens de *protection contre*, puisqu'il est question du type de conflictualité dépressive vécue de façon prédominante dans les différents fonctionnements allant de psychotiques aux névrotiques.

mélancoliques, dont nous avons signalé l'importance à côté des défenses maniaques. Il s'agit de défenses masochiques et, en paraphrasant le titre d'un ouvrage de Freud, nous avons souligné « la valeur économique du masochisme ».

Le déploiement, voire l'étalage de la douleur, aussi bien physique que surtout psychique, est très évident dans les défenses masochiques, bien qu'il nous paraît caractéristique des défenses mélancoliques en général. Ces observations cliniques nous ont conduit à émettre des hypothèses sur le rôle central joué par la douleur psychique dans les manifestations cliniques dépressivo-masochiques. La douleur psychique est un affect dépressif, fréquemment confondu avec la tristesse, qui est mobilisée de manière défensive pour retrouver un lien fantasmatique avec un bon objet (maternel) interne et/ou externe. Dans les symptômes dépressivo-masochiques, les manifestations douloureuses semblent faire appel à cet objet maternel, dont le lien illusoire est recherché, comme les pleurs de douleur d'un nouveau-né font accourir la mère.

Un chapitre est consacré à la dépression du bébé et du jeune enfant, car notre intérêt pour la problématique dépressive et ses expressions cliniques a été particulièrement influencé par nos recherches faites à Genève avec R. Dufour, J. Manzano et D. Knauer sur le diagnostic structurel du jeune enfant. Les diverses organisations psychiques présentées par ces enfants, allant du type névrotique aux structures psychotiques, mettaient en relief les paliers de la conflictualité dépressive.

D'autre part, le travail psychothérapeutique avec parents et enfants, entrepris avec B. Cramer, J. Manzano et D. Knauer, nous a montré les liens étroits entre parentalité et dépressivité ; il a été développé dans un autre chapitre. Entre les conflits de la parentalité névrotique mobilisant le narcissisme parental antidépressif et ceux de la parentalité narcissique dissociée, avec des manifestations d'un narcissisme destructeur et persécuteur chez les parents, se trouvent les conflits de la parentalité masochique. Ces derniers mettent en évidence les multiples articulations entre les manifestations dépressives et la parentalité et montrent la façon dont se créent des chaînes transgénérationnelles de transmission de la dépressivité.

Sur le plan technique, le travail psychothérapeutique avec les conflits de la parentalité nous a montré l'importance des sentiments de culpabilité, dont le soulagement contribue grandement à l'alliance thérapeutique. En revanche, tout renforcement de la culpabilité réveille d'importantes résistances et risque de provoquer sérieusement la rupture de la relation thérapeutique, ou donne lieu à des réactions thérapeutiques négatives.

Ces impressions techniques ont été clarifiées grâce à une meilleure compréhension des paliers de la conflictualité dépressive et de l'articulation entre les différents affects dépressifs. En effet, la peine ou la tristesse liée à la perte de l'objet de l'investissement libidinal ne peut être reconnue par le Moi que dans la mesure où il ne se sent pas trop responsable de cette perte, ce qui signifie que les sentiments de culpabilité ne sont pas très importants. Au fur et à mesure que la culpabilité augmente, découlant des fantasmes agressifs vécus comme puissamment dangereux, le Moi a de plus en plus tendance à dénier la tristesse. Pour cela, il doit recourir aux défenses maniaques, mais aussi aux défenses mélancoliques ou mélancoliformes, avec un étalage plus ou moins évident de l'autre affect dépressif : la douleur psychique. Lorsque les sentiments de culpabilité deviennent trop importants, le Moi n'arrive pas à les tolérer et l'ampleur de leur déni les transforme quasi automatiquement en sentiments de persécution.

Nous essayons, à l'aide d'exemples cliniques, de montrer la façon dont ces réflexions ont influencé notre pratique psychanalytique et psychothérapeutique, aussi bien avec l'adulte qu'avec l'enfant. L'interprétation adéquate de la culpabilité toute-puissante dans la situation transférentielle renforce l'alliance thérapeutique et facilite une meilleure réorganisation du Moi. En effet, le soulagement de la culpabilité infantile atténue la toute-puissance destructive attribuée aux fantasmes agressifs, et renforce la mobilisation des ressources libidinales du Moi permettant la levée de ses inhibitions.

Nous terminons les réflexions techniques qui parcourent ce livre par un chapitre soulignant l'importance de l'élaboration et de l'intégration du Surmoi, surtout dans ses aspects plus primitifs et clivés, très chargés de destructivité, comme le Surmoi persécuteur, envieux, sadique, etc. Là où il y a Surmoi, le Moi doit advenir, pourrait-on dire, car le Surmoi, aussi protecteur qu'il soit, n'est pas moins un îlot d'aliénation pour des fantasmes agressifs chargés de la toute-puissance destructive, caractéristique des manœuvres défensives du Moi narcissique primitif.

LA PROBLÉMATIQUE DÉPRESSIVE DANS LA THÉORIE PSYCHANALYTIQUE

Suite aux travaux princeps d'Abraham (1912 ; 1924) et au classique de Freud (1917) sur le deuil et la mélancolie, de nombreux auteurs se sont occupés de la dépression du point de vue psychanalytique. C'est la raison pour laquelle nous ne détaillerons pas les apports de chacun d'entre eux à la compréhension psychodynamique de la dépression que nous nous contentons de résumer de la manière suivante : la dépression est le résultat d'un conflit intrapsychique découlant de la difficulté du Moi à intégrer ses pulsions agressives vécues comme trop dangereuses pour la préservation des objets investis libidinalement ou pour le maintien du lien avec eux. Ces pulsions agressives se retournent contre le Moi par la voie du Surmoi qui devient trop rigoureux. Les attaques du Surmoi diminuent, voire perturbent gravement aussi bien l'autoestime que le fonctionnement du Moi. Par conséquent, le sujet présente des inhibitions multiples. Une telle dynamique explique la présence de manifestations dépressives dans d'autres entités cliniques, où les conflits sont essentiellement internalisés et donc intrapsychiques, comme c'est le cas dans les névroses et, de façon plus ponctuelle et fluctuante mais plus sévère, dans les troubles de la personnalité.

Freud (1917e) a eu l'intuition géniale de comparer les mécanismes psychiques de la mélancolie avec ceux du deuil, qui n'est qu'un état dépressif chez une personne normale ayant subi la perte d'un objet très investi. La différence essentielle entre les deux dynamiques se situait pour Freud au niveau du narcissisme du mélancolique et de son intolé-

rance aux vécus de perte qui le conduisent à l'incorporation orale de l'objet perdu. Le Moi s'identifie avec cet objet vécu comme mauvais, car il abandonne le sujet et l'attaque par le Surmoi. Le Moi reçoit alors les reproches (autoreproches) adressés à l'objet avec lequel il s'identifie. « L'ombre de l'objet est ainsi tombé sur le Moi », dira Freud (1917e). Par contre, la personne en deuil est confrontée à la tâche longue, douloureuse et pénible de détacher et de récupérer la libido investie dans l'objet perdu, afin d'arriver à la réinvestir dans d'autres objets de la réalité environnante.

LIMITATIONS DE LA NOTION DE POSITION DÉPRESSIVE

Le problème majeur des descriptions de Freud est qu'avec le terme mélancolie il se réfère aux états dépressifs en général. Néanmoins, si la dynamique qu'il décrit permet d'expliquer les diverses problématiques dépressives, elle s'applique de manière plus précise à la dépression mélancolique de nature psychotique. On retrouve la même difficulté chez M. Klein (1934 ; 1940) à l'heure de différencier divers niveaux d'intensité des problématiques dépressives, alors qu'elle a consacré une grande partie de son œuvre à la notion de position dépressive. Pour M. Klein, à côté de la position schizoparanoïde, la position dépressive constitue un mécanisme de base du psychisme au centre de la vie mentale de l'individu dont elle décrit la dynamique générale. Il faut d'emblée préciser que les notions de position dépressive, ou celle de conflictualité dépressive qui la caractérise, sont différentes de celles des dépressions cliniques de type psychotique, comme la mélancolie, ou névrotique. La position dépressive fait partie du développement psychoaffectif de tout individu au moment d'intégrer les pulsions libidinales avec les agressives, ce qui implique une intégration simultanée des caractéristiques aimables et frustrantes des objets qui deviennent totaux. Cela s'accompagne d'angoisses de perte des objets investis libidinalement : angoisses dépressives de peine ou de tristesse et de culpabilité. Ces angoisses mobilisent des défenses maniaques, ou bien de type névrotique. Les dépressions cliniques sont le résultat, comme nous le développerons plus en détail par la suite, des mécanismes de défense contre les difficultés d'intégration de la position « dépressive », notamment les défenses mélancoliques et les défenses masochiques.

Notre expérience clinique, analytique et psychothérapeutique nous montre toute une série de paliers de sévérité de la conflictualité dépressive, depuis l'élaboration normale d'un deuil, ou lors de l'intégration de