



La position dépressive, entre amour et haine

Une rubrique bimestrielle pour comprendre les concepts utilisés en psychiatrie... de la pratique vers la théorie et de la théorie vers la pratique. Un double mouvement.

SOPHIE BARTHÉLEMY

Psychologue clinicienne, chargée d'enseignement à l'université de Provence.

Gina, 52 ans, est triste et amargie. Ses troubles ont débuté un an auparavant, lors de son licenciement. Son mari explique qu'elle a alors cherché du travail sans relâche, au point de ne plus dormir. Critique sur son état actuel, Gina évoque son cancer du sein diagnostiqué quatre ans plus tôt, puis la déception associée au départ de son fils pour ses études. Au cours de l'entretien, elle aborde aussi le suicide de son père avec beaucoup de culpabilité : Gina s'en veut de ne pas lui pardonner ce geste, d'autant qu'ils s'étaient disputés peu avant. Le licenciement semble faire écho à un vécu de perte et de séparation déjà éprouvé dans le passé. La culpabilité s'inscrit dans un registre d'hostilité par rapport au père aimé et disparu.

DE LA MÉLANCOLIE

À la suite des travaux de Freud (1917) et d'Abraham (1924) sur la mélancolie, Mélanie Klein (1934) introduit le concept de position dépressive. La notion de « position » est à distinguer de celle de « stade » : elle décrit une organisation psychique qui se met en place en réponse à un certain type d'angoisse au cours de la vie du sujet, alors que le stade définit une étape du développement de l'enfant.

La position dépressive concerne le fonctionnement de l'enfant de 4 mois à un an environ. Elle fait suite à la « position schizo-paranoïde » (inscrite dans des angoisses persécutives et un mécanisme de clivage prévalant) (Klein, 1946) et survient au moment du sevrage. Ce fonctionnement psychique et fantasmatique se retrouve chez certains patients dépressifs ou devant faire face à des deuils (perte d'un proche, changement dans la vie du patient...). Pour Klein, dans la position dépressive, le bébé reconnaît un objet total, sa mère et

des personnes de son entourage. Il s'individualise et se différencie de la mère. Dans une ambivalence affective, l'amour et la haine sont rapportés au même objet, qui peut être perçu à la fois comme satisfaisant et frustrant. Le sujet fait le deuil d'un objet uniquement satisfaisant. Le moi est alors moins clivé, et la distinction entre réalité interne et externe est plus nette. En lien avec cet attachement, il existe une reconnaissance de la dépendance et l'angoisse de perte est alors centrale : l'enfant se sent triste et inquiet à l'égard des objets aimés. Le sujet ressent une angoisse dépressive qui porte sur le danger fantasmatique de détruire et de perdre l'objet aimé du fait de sa propre haine. Il survient alors une culpabilité archaïque, comme on la constate chez Gina. Dans le cadre de la mélancolie (Freud, 1917), la culpabilité est intense, voire délirante et conduit parfois le sujet à retourner l'agressivité contre lui-même dans un mouvement suicidaire. L'individu peut aussi faire l'expérience que l'autre revient, sans idée vengeresse, ce qui le conduit alors à distinguer réalité interne (fantasme de destruction) et externe (permanence de l'objet). Cette angoisse persiste ensuite au cours de la vie adulte, mais elle est la condition d'une relation d'objet.

UNE NÉCESSAIRE MATURATION

Des défenses sont mises en place, et notamment :

– **la réparation** : il s'agit de « réparer » fantasmatiquement l'objet aimé entamé par l'agressivité et de restaurer des sentiments positifs. Ce mouvement peut prendre une forme maniaque, qui s'effectue à travers une toute-puissance de la pensée (« *je détruis/je répare* ») (Segal, 1969). Dans une réparation plus élaborée, le sujet

prend en compte les effets produits sur l'objet et le fait que certaines choses ne sont parfois pas réparables. La « *survivance* » de l'objet aimé (Winnicott, 1945) va contribuer à cette réparation, ce qui s'avère plus compliqué dans le cadre d'un environnement carencé ou discontinu.

– **la défense maniaque** : c'est une réaction par l'excitation, traduisant un triomphe illusoire, une tentative de maîtrise toute-puissante sur la perte de l'objet. « *Je peux tout détruire, je répare quand je veux* », disait une patiente maniaque. Dans le déni, l'individu a la conviction de ne plus dépendre des autres.

La position dépressive est surmontée lorsque l'objet est introjecté de façon stable : le sujet devient capable de penser à la personne en son absence. L'absence n'est alors plus synonyme de mort ou de destruction, mais est vécue de façon sereine. L'objet lui-même est remplacé par la représentation de l'objet. Le sujet n'a plus besoin de sa présence constante, il intègre progressivement un sentiment de sécurité. Il s'agit donc d'un moment important dans la maturation du Moi.

LA POSITION SOIGNANTE

Nous comprenons ainsi l'importance pour le soignant de rester contenant face à l'agressivité des patients, afin qu'ils puissent à terme tempérer leurs conflits internes. En effet, si le soignant accepte d'accueillir l'hostilité et met en mots ce qui se passe pour le rendre supportable pour le patient, le soin peut s'inscrire dans une différenciation de la réalité interne (fantasme, délire...) et externe. Dans cette dynamique, le sujet retrouve progressivement une psyché unifiée et une capacité de pensée de manière plus secondarisée.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K. (1924), *Manie et mélancolie*, Paris, Payot.
- Freud, S. (1917), *Deuil et Mélancolie*, Métapsychologie, Paris, Gallimard.
- Klein, M. (1934), *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. Deuil et dépression*, Paris, Payot.
- Klein, M., Rivière, J. (1936), *L'amour et la haine*, Paris, Payot.
- Segal, H. (1969), *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, Paris, PUF.
- Winnicott, D. (1945), *Le développement affectif primaire*, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.