

W. Clifford M. SCOTT

Une conception psychanalytique des sources de la dépression

Avec une introduction

de Monique Meloche

William Clifford Munroe Scott, psychanalyste bien connu — surtout dans le milieu anglo-saxon — est décédé à Montréal le 19 janvier 1997 à l'âge de 93 ans. Il occupait une place importante dans le développement de la psychanalyse au Canada où il a exercé une grande influence, tout particulièrement dans le milieu psychanalytique francophone.

Né dans une petite ville d'Ontario, à Metz, le 11 mars 1903, Clifford Scott étudie la médecine à l'Université de Toronto où il obtient un B.Sc. en anatomie en 1924 puis est reçu médecin en 1927. Il entreprend sa formation psychiatrique tout d'abord au Toronto Psychiatric Hospital (1925-1927), puis aux Etats-Unis : en 1927-1928, à New York, au Manhattan State Hospital, en 1928-1929 à Baltimore à la Phipps Clinic de la Johns Hopkins University et enfin, en 1930-1931, au Boston Psychopathic Hospital.

Parti pour Londres en 1931, il étudie en neurologie au Queen's Square Hospital, puis fait son analyse avec Mélanie Klein de 1931 à 1933 et sa formation analytique en analyse d'adultes et d'enfants de 1931 à 1935, tout

en travaillant dans plusieurs hôpitaux. En outre, il dirige la London Psychoanalytic Clinic de 1945 à 1953 et il est élu président de la British Psychoanalytic Society en 1954.

De retour au Canada en 1954, il s'établit à Montréal et occupe à travers les années diverses fonctions officielles. Ainsi, et en particulier, de 1965 à 1967, il est président du Canadian Institute of Psychoanalysis et membre fondateur de la Société canadienne de psychanalyse. Au cours de ces mêmes années, il est directeur du International Journal of psychoanalysis. Par son érudition, son dynamisme, son enthousiasme, il marque, à travers son enseignement et ses nombreuses communications scientifiques, la transmission de la psychanalyse au Canada. Son esprit vif et pétillant, sa capacité d'analyse toujours en mouvement font de lui un commentateur aussi redoutable que stimulant.

Mais c'est sans doute à travers son travail avec ses analysants et ses supervisés que son style très singulier s'est exprimé avec le plus de force. Il engageait vivement quiconque avait l'occasion de travailler avec lui à répondre à l'impulsion intérieure de communiquer ce que l'on découvre en écrivant de « brief, little papers ».

S'il était un Kleinien enthousiaste et érudit, il était cependant toujours prêt à reconsidérer ses certitudes temporaires. Lui-même parlait de la nécessité d'avoir des « impermanent certainties ». Dans sa démarche de pensée, outre Mélanie Klein, ce fut incontestablement avec Bion qu'il se sentit le plus d'affinités.

Parmi ses nombreux articles, il affectionnait particulièrement celui-ci, qu'il avait toujours souhaité voir un jour publié en français. Cette brève communication fut d'abord présentée au Deuxième congrès international de psychiatrie à Londres, en 1947, puis publiée dans le British Medical Journal de l'année suivante. Ce texte a sans doute quelque peu vieilli, mais en 1947, il inscrivait publiquement Clifford Scott dans la lignée kleinienne et dans celle des grands textes de Mélanie Klein sur le deuil, la dépression et les angoisses profondes, précédant ceux que Klein devait écrire par la suite sur les nourrissons.

Monique Meloche

Pendant longtemps, la psychanalyse a porté peu d'intérêt aux aspects pathologiques de la dépression, l'attention étant retenue ailleurs par des symptômes moins complexes et fréquemment retrouvés dans les névroses, tels que l'anxiété, les phobies et les obsessions. Les premiers analystes se sont davantage penchés sur l'étiologie des troubles schizophréniques, même si ces mécanismes manifestes et parfois très clairs n'étaient pas pour autant accessibles au traitement, et ils ont négligé la psychopathologie des états maniaco-dépressifs. Cependant, depuis 1911 et à la suite d'Abraham qui, le premier, a abordé le sujet, on a assisté au développement d'une compréhension dynamique des états normaux de chagrin, de dépression, de deuil et de douleur. De même, la psychopathologie des dépressions morbides s'est elle aussi développée et a permis l'élaboration de concepts nouveaux qui se sont révélés d'une importance considérable dans le cours d'examens et de thérapies des états dépressifs, quel que soit leur degré de gravité et indépendamment du sexe et même de l'âge des patients puisque des enfants aussi jeunes que 28 mois et des adultes dans la soixantaine avancée ont pu être traités.

Les écrits des premiers analystes (Abraham, Freud, Jones, Rado) sont d'une valeur inestimable à ce propos et constituent l'arrière-plan nécessaire aux développements théoriques qui ont suivi. C'est ainsi que les études réalisées en Angleterre depuis 15 ou 20 ans, principalement par Melanie Klein et sous son impulsion, ont apporté un éclairage nouveau sur les états dépressifs tout en ouvrant la voie à d'autres directions dans la recherche sur la schizophrénie. En publiant ses premières observations à ce sujet en 1935, Madame Klein (1940) a grandement enrichi nos connaissances tant sur le plan théorique qu'en ce qui a trait à la technique d'investigation et au processus thérapeutique dans ces cas.

Les considérations et le matériel qui suivent sont basés sur mon expérience psychanalytique acquise au cours du traitement de névrosés souffrant de dépression et d'états maniaco-dépressifs, patients des deux sexes et d'âges différents couvrant les périodes de l'enfance jusqu'à la vieillesse (Scott, 1946).



Premiers signes de la dépression

De même que les premiers stades de l'amour et de la haine sont chargés de signification quant à leur développement ultérieur, ainsi les différents types de dépression chez l'adulte peuvent s'expliquer plus clairement si l'on conçoit mieux la genèse de ces troubles.

Malgré les opinions différentes selon les théoriciens quant à la source ou la nature de l'instinct, tous s'entendent pour dire que, dès son plus jeune âge, le bébé respire, tète le lait, élimine de l'urine et des fèces, bouge et dort. Ces activités sont normalement agréables, mais si elles s'accompagnent de frustrations le bébé devient alors fâché. Peu importe que sa colère soit intense ou diffuse et quel que soit le nombre d'organes utilisés pour l'exprimer, le bébé la manifesterait d'abord en regard de la situation qui l'a provoquée. Si par exemple sa respiration est entravée, il respirera d'une manière fâchée ; si c'est plutôt la succion qui est contrariée, il tétera alors avec colère.

Dès les premiers moments de vie, un des aspects essentiels de ces activités agréables ou déplaisantes tient dans la direction du mouvement en cause ou dans la direction de l'échange entre ce qu'il est convenu d'appeler le monde extérieur et le monde intérieur, tel qu'on le voit dans le fait d'inspirer ou d'expirer ou encore d'avaler, de vomir, etc.

Ce n'est que graduellement que « des personnes » au sens que les adultes donnent à ce terme se trouvent incluses dans ses schèmes d'activité. Au début, le monde se compose, pour le nourrisson, de ce que les adultes comprennent comme « parties » : sein, visage, mains, etc. Puis se développent lentement un soi perçu comme « personne complète » ou des « autres » reconnus comme « personnes complètes ». De même, des distinctions s'établissent de manière progressive entre ce que l'on qualifiera plus tard de perceptions, de souvenirs, d'images, etc. À divers points sur ce même axe, sont rattachées des expériences cruciales et c'est à l'un de ces points que la dépression devient possible pour la première fois, alors qu'antérieurement, l'enfant ne connaissait que des affects simples, tels la colère, le plaisir, la douleur, la peur. En observant de quelle façon les tout premiers sentiments dépressifs naissent et comment le bébé y fait face, on peut espérer comprendre les manifestations dépressives qui apparaîtront plus tard et les moyens susceptibles d'y répondre. C'est à cette même étape

qu'intervient le développement de la tolérance et des défenses normales face à la dépression et qu'on peut aussi situer l'origine des états dépressifs pathologiques.

Considérons maintenant de plus près certaines de ces séquences. La faim peut amener l'enfant à téter le sein ou son substitut et faire l'expérience du plaisir. Il se développe alors chez lui le sentiment que « quelque chose de bon » pénètre dans son monde intérieur à travers les sensations propres à la respiration, à la succion, au toucher, à l'odorat ou à la déglutition. On nomme techniquement ce quelque chose « objet ». Pendant cette expérience ou peu après, l'enfant peut uriner, déféquer ou dormir avec plaisir, sans encore évaluer aussi clairement qu'il le pourra plus tard que ce « quelque chose » ou cet « objet » est associé à l'expérience même d'évacuation ou de sommeil. Toutefois, il commence déjà à réaliser qu'un échange existe entre le monde extérieur et le monde intérieur, et de même en sens inverse. L'impression générale que retire un bébé qui mange puis qui évacue et s'endort, c'est que le monde intérieur et le monde extérieur sont également bons et qu'un échange a lieu dans l'une et l'autre direction.

Il peut arriver par ailleurs que la faim ne soit pas suivie d'une expérience aussi satisfaisante, mais plutôt de frustration, de hurlements et de grincements de gencives (encore sans dents) ou qu'elle s'accompagne de mouvements rageurs ou d'évacuation colérique d'urine et de fèces. Le monde interne et le monde externe sont alors ressentis comme « mauvais » ; toute différenciation d'objet dans le monde interne et le monde externe produit autant de mauvais objets et tous les échanges entre monde interne et monde externe dans l'une ou l'autre direction sont perçus comme mauvais. Évidemment la satisfaction pourra succéder à la colère, mais cette expérience de satisfaction est différente de ce qu'elle aurait pu être si elle n'avait été précédée d'une telle crise. Ce type d'expérience se répète tant et plus en toutes sortes d'occasions.

À travers ces séquences vécues de plaisir, de frustrations et d'ennui, l'enfant développe deux sortes de souvenirs d'attitudes attachés au monde externe et au monde interne : d'une part des souvenirs dans lesquels il a laissé libre cours à son imagination toute-puissante et aimante et, d'autre part, des souvenirs d'attitudes persécutrices liés au monde interne et externe vis-à-vis desquels s'est exercée son imagination toute-puissante et haineuse. En considérant ce stade de vie, on peut donc beaucoup apprendre sur la

manière dont se constitue l'attitude à l'égard du corps et du monde extérieur, mais aussi par rapport au monde intérieur et à ses contenus : phantasmes, souvenirs, élaboration de pensée, etc. Il est certain que des recherches plus poussées en ce sens pourraient accroître notre compréhension de la psychopathologie de la schizophrénie.



L'amour, la haine

Mais j'aimerais en venir plus spécifiquement au stade de développement subséquent. Tôt ou tard, le bébé atteint un état d'intégration suffisant qui l'amène à constater que ses souvenirs d'un sein aimant et satisfaisant et ceux d'un sein détesté et frustrant reflètent tous deux un seul et même sein et que ses souvenirs d'une bouche heureuse et satisfaite et ceux correspondant à une bouche rageuse, frustrée et affamée, appartiennent aussi à une seule et même bouche. (Le sens de cette intégration est très important pour la genèse de la dépression.) J'ai dit plus haut « tôt ou tard », car ce moment dépendra du degré de maturité à la naissance, du potentiel intellectuel hérité et de la qualité du développement émotionnel antérieur. En d'autres termes, c'est à partir de cette intégration que naît chez le bébé la confiance dans la continuité de son soi, ou dans ce qui s'appellera plus tard une partie du soi, et la confiance en l'existence continue de personnes de son entourage ou, comme il apparaîtra ensuite, de parties de ces personnes.

Cet état d'intégration coïncide enfin avec l'apparition d'un nouvel équilibre affectif. Il est essentiel ici de réaliser que le plus grand amour aussi bien que la pire haine peuvent tous deux s'exprimer au moyen des mêmes organes du corps, que l'un et l'autre sentiments peuvent être ressentis à l'égard du même objet et que ce même objet peut être tout aussi gratifiant que frustrant ou apparaître comme aimant et rempli de haine. Autrement dit, la forme la plus archaïque de la dépression vient du sentiment éveillé chez le sujet par le constat que c'est le même soi qui peut aimer et détester, puis en prenant conscience que le soi peut aimer tout autant que détester le même objet et finalement, que le même objet ou la même personne peut se montrer à la fois gratifiant et frustrant ou encore sembler aimant ou haineux. La capacité plus ou moins grande de tolérer ce sentiment, que cette expérience soit reconnue ou non comme une donnée du développement normal, est d'une importance primordiale. La tolérance est

liée chez le sujet à sa croyance que l'amour est plus grand que la haine ou encore à sa croyance du contraire. Lorsque les réserves d'amour sont plus grandes que la haine accumulée, les premières peuvent être utilisées rapidement pour surmonter, annuler ou réparer les effets de la haine. Par suite d'une séparation ou de la mort d'une personne aimée, l'amour servira à conserver vivant son souvenir ainsi qu'à garder foi en sa propre capacité d'aimer et d'être aimé et par conséquent, à continuer de croire en l'existence de personnes qui méritent notre amour et qui peuvent nous aimer. C'est ainsi que se développent des capacités plus normales de faire face à la dépression.



Genèse de la dépression

La tolérance partielle et incomplète à la dépression mène à des états dépressifs anormaux pouvant atteindre des degrés très variables de gravité. Les nombreuses manifestations de cette intolérance tiennent en partie à ce que les impulsions, gestes et phantasmes de colère sont plus puissants que ceux qui procèdent de l'amour. Si la colère surpasse l'amour ou si les souvenirs ou les substituts symboliques de ces gestes, pulsions et phantasmes agressifs sont plus forts que les souvenirs de gestes, pulsions et phantasmes d'amour, les angoisses dépressives et le désespoir s'empareront du sujet qui se croira foncièrement mauvais et incapable d'apporter quoi que ce soit de bon. Ceci peut l'amener à ressentir qu'il doit se détruire pour ainsi protéger de sa méchanceté les êtres et les objets qui constituent son monde interne et externe. Certains iront jusqu'à faire des gestes suicidaires ou encore à se livrer à des accès violents d'humeur ou à des crises de rage.

Cette situation, décrite ici à son stade le plus précoce, est susceptible de se reproduire fréquemment au cours de la vie. Bien que chacune de ces répétitions pourra suivre des modes variant en fonction du développement subséquent de la personnalité et du caractère, ce qui est crucial, c'est la relation que les répétitions entretiennent fondamentalement avec le fait (selon la conception élaborée très tôt par le sujet) que la même personne peut aimer et haïr, que les mêmes objets peuvent être aimés aussi bien que détestés et qu'on peut les croire aimables tout autant qu'haïssables. Des développements ultérieurs peuvent se produire : conception claire de soi et des autres en tant que « personnes entières », conception de la différence

des sexes et de sa propre appartenance et celle des personnes qui l'entourent à un sexe défini — ces développements ultérieurs viendront encore compliquer la situation, l'impact de cette situation originelle demeure cependant très grand. Plusieurs de ces acquisitions — en fait, la majorité d'entre elles — adviennent de manière inconsciente, tout comme il en est des mécanismes de défense et des moyens normaux élaborés pour faire face à la dépression.

L'apparition des premiers sentiments dépressifs (consécutives au stade d'intégration déjà décrit) est donc liée à la formation du concept d'un soi continu et du soi d'autres personnes vécues aussi comme continues. À leur début, ces affects semblent davantage porter sur ce qui, dans l'âge adulte, sera appelé des « parties » de soi ou des « parties » d'autres personnes. De fait, au fur et à mesure du développement, cet accent initial se déplacera vers la conception d'un soi complet, unifié, et de personnes entières, elles aussi. Tout au cours de la vie, la conception de ce qu'est un être humain entier, de sa valeur et de la valeur de la vie, évolue continuellement, de sorte qu'il est difficile d'en formuler la définition la meilleure ou la plus utile.

À cette étape de l'évolution et pour autant qu'on perçoive la complexité et le profond malaise de notre civilisation, on ne peut qu'hésiter à définir le concept « d'entièreté » de façon trop générale, mais il apparaît tout de même assez évident que ce qui constitue l'essentiel d'une « bonne personne entière » est intimement lié aux manières saines et malsaines de faire face à des situations dépressives et à la compréhension que nous devons continuer de rechercher.

L'élaboration de la conscience advient aussi en relation avec l'intégration qui se fonde sur la croyance en un soi entier et en des personnes entières (cette croyance est maintenue plus ou moins telle au cours de la vie). On pourrait croire que la nature complexe de la bonne et de la mauvaise conscience qui se manifeste dans les états dépressifs aurait depuis longtemps obligé les psychiatres à reconnaître la nécessité d'effectuer des recherches pour mieux faire saisir les composantes et le processus du développement. Les méthodes psychanalytiques d'introspection ont mené quant à elles à l'élaboration de ce qu'on appelle maintenant le surmoi, instance qui représente une grande entrave de même qu'elle peut être d'un grand secours, et dont on a graduellement élucidé les phases de développement. À la fois inhibiteur et stimulant, le surmoi est une

construction inconsciente beaucoup plus compliquée que ce que l'on entend généralement par les termes de bonne et de mauvaise conscience. Il est clair que chez les adultes déprimés les relations entre le surmoi et la conscience sont très enchevêtrées et contribuent à la non résolution de leurs troubles. Par ailleurs, les états dépressifs et les angoisses dépressives (culpabilité, remords, regrets, etc.) peuvent apparaître, être suscités par l'amour et la haine entretenus simultanément à l'égard des objets partiels qui sont conçus comme ayant une existence continue. L'analyse des enfants déprimés et celle d'adultes maniaco-dépressifs pourra porter principalement sur les souvenirs ayant trait à des situations répétitives où coexistent l'amour et la haine à l'égard d'objets partiels, lesquels sont perçus toutefois comme continus. C'est dans cette situation qu'on retrouvera les relations les plus significatives entre le soi et l'objet quant à la compréhension de la genèse de la dépression.

Les comportements et le discours du déprimé témoignent de ses difficultés à faire face à sa haine et à admettre que celle qu'il entretient pour une personne donnée est plus grande que son amour pour elle, et ceci sans nier qu'il est bien celui qui aime et déteste tout à la fois, et sans non plus nier que ses sentiments d'amour et de haine s'adressent à cette même personne. Le tableau symptomatologique doit aussi prendre en compte la nature des actions, phantasmes et pulsions d'amour et de haine remontant à un stade précoce du développement alors que s'amorçait l'intégration dont nous avons parlé plus haut. À ce stade les impulsions, actions et phantasmes sont, de manière prépondérante, de nature orale. Il est cependant possible que toutes les activités liées à des organes et susceptibles d'atteindre la conscience jouent aussi un rôle, bien qu'il soit mineur à ce moment. Je crois en effet qu'il est difficile de soutenir qu'à ce stade précoce, certains organes — les organes génitaux par exemple — ne jouent aucun rôle.



Âge d'apparition de la dépression

Des désaccords existent à propos de l'âge d'apparition de la dépression. Je crois pour ma part qu'on en trouve souvent des signes dans les six premiers mois de la vie. On doit se rappeler qu'à ce moment, l'épreuve de la réalité est de type infantile. En effet, le caractère intense et explosif des expériences

de satisfaction et de rage infantiles entravent grandement la perception de la réalité, interne ou externe. Selon la façon dont la satisfaction et la rage se manifestent, ces émotions se répercutent sur le monde externe et le monde interne dans un mouvement compliqué et extrêmement rapide d'introjection et de projection. Les effets de ces mécanismes conduisent à diverses complications ultérieures remarquées dans les états dépressifs. Quel que soit l'âge d'une personne, si elle n'a pu traverser de façon adéquate la situation dépressive infantile, elle conservera sa vie durant une attitude infantile devant les dangers associés au fait de se voir comme un être qui peut simultanément aimer et haïr, et éprouver des sentiments opposés envers la même personne. Dans le cours d'un traitement, cette personne pourra être amenée à expérimenter dans toute leur intensité des sentiments complexes et contradictoires en lien avec sa situation de vie actuelle et ainsi apprendre, non sans passer par une vive douleur, à faire face normalement, et ce pour la première fois, à sa dépression.

J'ai exposé ici brièvement certaines notions sans faire état des théories analytiques antérieures. Les conclusions auxquelles j'en suis arrivé ne contredisent toutefois en rien ces conceptions, mais tentent bien plutôt de les élaborer dans un point de vue développemental. En conclusion, j'esquisserai la problématique de certains patients dont l'étude a mené aux conclusions présentées plus haut.

1) Un petit garçon de 2 ans et 1 mois avait perdu tout intérêt vis-à-vis des choses et même des personnes, à la suite de son sevrage réalisé à l'âge de 9 mois et qui avait été apparemment couronné de succès. Souffrant de constipation, il était silencieux et amorphe et ne montrait aucun intérêt pour l'apprentissage de la parole. Au cours des 7 mois que dura le traitement, il devint capable de faire face plus normalement à des angoisses dépressives et à la situation déjà décrite plus haut. Les changements d'humeur chez cet enfant furent tels qu'en rétrospective on pouvait facilement reconnaître dans son état antérieur les signes d'une dépression anergique grave. Durant l'analyse, ses jeux révélèrent des contenus dépressifs marqués. Il ne dit jamais un mot dans les séances bien qu'il commençât à parler à la maison. Ces jeux lui permirent d'exprimer des contenus beaucoup plus complexes qu'il n'aurait pu le faire par la parole avant plusieurs années. C'est ainsi qu'il en arriva à exprimer une activité de type oral projectif en poussant à une occasion des cris de rage et en émettant

aussi quelques sons dans lesquels on pouvait aisément reconnaître un plaisir considérable¹.

2) Au cours des dix dernières années, une jeune femme de 20 ans était devenue progressivement détachée de tout, déprimée et finalement suicidaire. La cure, qui dura plus de quatre ans, montra comment l'homosexualité et les fantaisies masochistes et sadiques graves représentaient autant de tentatives morbides de faire face au désir enfoui en elle de réparer les dommages qu'elle avait alors causés à sa mère par ses agressions précoces. Après beaucoup de pleurs et de crises vécus durant le premier mois de la vie alors qu'elle était nourrie au sein, elle avait été sevrée d'une façon apparemment satisfaisante. Il fallut plusieurs mois de traitement avant qu'elle ne manifeste des signes de cette agressivité orale disparue tôt après sa naissance. Elle put éventuellement surmonter sa dépression infantile persistante, mais non sans d'abord avoir pris conscience de pulsions d'amour et de haine et d'agirs très intenses qui se succédaient à un rythme extrêmement rapide. Au tournant décisif du traitement, qui nécessita l'hospitalisation, ses émotions atteignirent une intensité presque épileptique ; des épisodes de stupeur alternaient avec des excès de rage qui semblaient apparentés à la fureur épileptique. Ces attaques étaient suivies d'états altérés de conscience. Vinrent ensuite des explosions « d'amour » et ces manifestations s'estompèrent elles aussi graduellement. Les mouvements successifs d'amour et de haine diminuèrent d'intensité au fur et à mesure que la patiente parvint à tolérer la dépression qui accompagnait chez elle sa prise de conscience en regard de l'amour et de la haine qu'elle ressentait, avait ressentis dans le passé et ressentirait encore à l'avenir à l'égard des mêmes personnes.

3) Un homme de 59 ans tomba dans une dépression agitée. Au cours de son traitement, il devint évident que l'attachement profond qui le liait à son grand-père aurait pu l'amener à développer une homosexualité à l'âge adulte, si le grand-père n'était décédé à 60 ans, alors que le patient n'en avait lui que quatre. L'enfant ne manifesta pas ouvertement de chagrin, mais son surmoi se modifia presque uniquement en fonction de ce grand-père. Dans le cours de sa thérapie, ce n'est qu'après avoir pris conscience de l'intensité de son niveau d'identification au grand-père et de sa crainte inconsciente de mourir au même âge que lui, qu'il put enfin, après toutes ces années, pleurer la mort de ce grand-père. Comme jeune enfant, il s'était

détourné de sa mère en reportant tout son amour sur son grand-père, mais après avoir fait le deuil de celui-ci, il put réorienter sa vie intérieure en s'appuyant sur les souvenirs de son amour et de sa haine chargés d'ambivalence à l'égard de sa mère. S'il était parvenu à faire face d'une manière plus saine à la dépression alors qu'il était enfant, il se serait peut-être attaché à son grand-père d'une façon moins pathologique et aurait évité cette grave dépression à l'âge de 59 ans au moment où il atteignait l'âge critique du décès du grand-père. Ces éléments montrent bien comment il eût été difficile de prévoir, quand cet homme avait 40 ans, la très grande vulnérabilité à la dépression qu'il éprouverait à 59 ans.

En guise de conclusion, il m'apparaît nécessaire de poursuivre des recherches sur cette question des sources de la dépression en partant de la formulation suivante : la capacité chez l'humain de faire face à la dépression de façon normale ou pathologique repose sur la prise de conscience qu'on peut à la fois et au même moment aimer et détester la même personne. Les vicissitudes du déséquilibre entre les pulsions d'amour et de haine déterminent le cours du développement normal ou anormal subséquent et en particulier la capacité de faire face à la dépression d'une façon saine.

(Traduit de l'anglais par Monique Meloche, assistée de Denise Marchand)



NOTES

1. Un exposé détaillé de ce cas a été publié sous le titre « Psychoanalysis of a Boy of 26 months with a 20 Year Follow Up » dans le *Journal of the Melanie Klein Society*, vol. 2, n° 1, 1984, p. 3-9.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham, K. (1911) In *Selected Papers*, London, Hogarth Press, 1927.
—, (1916), *op. cit.*
—, (1924), *op. cit.*

Freud, S. (1917), in *Collected Papers*, London, Hogarth Press, 1924.

Jones, E. (1929), *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 10, p. 383.

Klein, M. (1935), *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 16, p. 145.

—, (1940), *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 21, p. 125.

Rado, S. (1927), *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 9, p. 420.

Scott, W.C.M. (1946), *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 27, p. 152.