

Points de vue psychanalytiques sur le traitement des pathologies « limites » : jeu et symbolisation

Cours pour le DES de psychiatrie, janvier 2007

Dr J-P Matot

1. Evolution des conceptions psychanalytiques relatives à la dynamique de la cure, aux résistances, en lien avec l'extension et/ou les transformations du champ clinique

Comme l'écrit R. Roussillon (1991), « *L'histoire de la technique et de la théorie psychanalytiques est inséparable de ce sur quoi elle bute : la résistance* ».

Le concept de transfert, qui est le fondement même des traitements psychanalytiques, apparaît pratiquement d'emblée dans l'œuvre de Freud : il n'est pas encore reconnu comme tel par Freud dans le traitement de Anna O. par J. Breuer (1880-1882), mais est clairement introduit en 1893 dans la « *Communication préliminaire* » (texte repris dans le premier chapitre des *Etudes sur l'hystérie* publiées en 1895). Le concept de transfert est introduit par Freud dans le chapitre des *Etudes* intitulé « *la psychothérapie de l'hystérie* » qui installe les bases de la technique psychanalytique en la différenciant de la méthode cathartique (remémoration et « déblocage » de l'affect) de Breuer. Lorsque Freud aborde la question des « résistances » à la guérison, il en décrit trois origines : l'offense, la dépendance et les fausses connexions (Etchegoyen, 1986). L'offense, c'est la réaction de retrait du patient lorsque, à tort ou à raison, il se sent blessé par le thérapeute ; la dépendance, c'est la crainte de devenir et de rester affectivement lié au thérapeute et de perdre son autonomie ; la fausse connexion, c'est « *quand la malade craint de reporter sur la personne du médecin les représentations pénibles nées du contenu de l'analyse. C'est là un fait constant dans certaines analyses. Le transfert au médecin se réalise par une fausse association... Depuis que je sais cela, je puis, chaque fois que ma personne se trouve ainsi impliquée, postuler l'existence d'un transfert et d'un faux rapport.* »

Le transfert apparaît donc d'abord comme ce qui fait obstacle au traitement. Dans le cas Dora (probablement écrit en 1901 et publié en 1905 dans *Cinq Psychanalyses*), Freud développe sa

théorie du transfert, dont il donnera un aboutissement théorique en 1912 dans « *La dynamique du transfert* ». Dans ce texte, Freud écrit que le transfert est un phénomène inévitable du traitement psychanalytique, et qu'il doit être combattu en tant que création de la maladie. Néanmoins, il conclut son essai de la manière suivante : « *le transfert, destiné à être le principal écueil pour la psychanalyse, devient son allié le plus puissant si l'on parvient à le découvrir dans chaque cas et à l'expliquer au malade* ». Dans la leçon 27 des « *Leçons d'introduction à la psychanalyse* » (1915-1916), Freud expose la conception selon laquelle le transfert non seulement donne accès à la problématique du patient, mais également offre en lui-même une possibilité de modifier l'ancienne relation d'objet.

On trouve ici l'expression même du processus de pensée de Freud, bien résumé par D. Lagache (1951, cité par Etchegoyen) : « *le génie de Freud consiste à transformer les écueils en instruments* ».

Disons, pour aller vite, qu'actuellement l'attention se porte, en début de traitement psychanalytique, à ne pas contrecarrer le développement du transfert, voire à en favoriser le déploiement ; et que ce qui est le véritable obstacle au traitement n'est pas le transfert, mais l'absence ou l'insuffisance de son installation.

Le terme de contre-transfert est introduit par Freud en 1910 dans un texte intitulé « *les perspectives d'avenir du traitement psychanalytique* ». A nouveau, il est présenté comme un obstacle au développement de la psychanalyse, et est « *décrit comme la réponse émotionnelle de l'analyste aux stimulations provenant du patient, le résultat de l'influence de l'analysant sur les sentiments inconscients du médecin* » (Etchegoyen, 1986). Pour combattre cet obstacle, Freud en 1910 prône l'auto-analyse ; deux ans plus tard, en 1912, dans « *Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique* », il recommande l'analyse didactique.

Dans une lettre à Ferenczi de la même année 1910, Freud parle de son propre contre-transfert. Cependant, Freud ne reprendra pas le thème du contre-transfert et n'élaborera jamais une théorie du contre-transfert.

Le contre-transfert (que l'on peut reconnaître dans l'« intuition », terme utilisé par Reik (1924,1933) ne sera véritablement étudié comme « instrument » du travail psychanalytique qu'à partir des années 50, d'abord par Paula Heimann (1949, 1950) et par Heinrich Racker (1948, 1953). Etchegoyen parle à ce propos de « changement de paradigme » en psychanalyse, dès lors que le contre-transfert est reconnu de manière symétrique au transfert, dans sa triple dimension d'obstacle (danger de scotomisations ou de collusions dans le chef de

l'analyste), d'instrument pour ressentir et comprendre ce que vit le patient, et de champ définissant ce qui peut être accessible au travail psychanalytique.

La définition du champ du contre-transfert varie selon les courants analytiques. Etchegoyen propose de réserver le terme de contre-transfert à ce qui est suscité chez l'analyste par le transfert du patient. Mais pour Winnicott par exemple, le contre-transfert englobe la personnalité de l'analyste, ses expériences, ses conflits non résolus, mais également ses réactions rationnelles et objectives.

Ces définitions posent en réalité le problème de la position du thérapeute, entre deux extrêmes : l'idéal freudien d'un analyste aussi neutre que possible, interprète de la réalité psychique du patient, qui va de pair avec l'idée d'un processus axé sur la remémoration et la mise en sens ; et la dimension de la réalité du thérapeute comme support d'une reconstruction des éléments traumatiques. La clinique montre que ces deux positions sont en fait toujours présentes conjointement, selon un gradient qui dépend d'une série de facteurs, parmi lesquels au premier chef la problématique du patient et les positions théorico-cliniques de l'analyste (et il est certain qu'il existe un rapport entre les deux).

Le travail thérapeutique basé sur l'exploration et l'utilisation du contre-transfert est ce qui permet l'abord des pathologies sous-tendues par des mécanismes de défense non névrotiques de type clivage, identification projective pathologique, déni, caractéristiques des fonctionnements limites.

Le concept de réaction thérapeutique négative est introduit par Freud en 1923 dans *Le Moi et le ça*. Il s'agit pour Freud, comme le souligne Roussillon (1991), d'un processus en trois temps :

- premier temps, le travail thérapeutique progresse de manière satisfaisante, le thérapeute observe une amélioration ;
- deuxième temps, cette perception par l'analyste d'une amélioration est signifiée au patient, de manière explicite ou implicite ;
- troisième temps, une aggravation survient, de manière paradoxale, cad ne pouvant pas être mise en rapport avec un nouveau conflit.

2. La réaction thérapeutique négative (RTN) comme paradigme de la destructivité

Il est nécessaire de replacer la RTN dans le contexte de l'évolution des idées de Freud, amenées par la prise en compte des psychoses et de la pathologie du narcissisme, amenant ce qu'on a appelé « le tournant de 1920 ».

Jusque dans les années 1920, Freud pensait que le psychisme manifestait une tendance générale et spontanée à l'auto-guérison. En 1918 encore, il utilisait dans « *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique* » une métaphore chimique de l'analyse mettant l'accent sur les mouvements de liaison intrapsychiques : « *la comparaison avec l'analyse chimique a ses limites du fait que, dans le domaine psychique, nous avons affaire à des aspirations qui, par attrait compulsif, tendent à s'unir et à fusionner. Quand nous réussissons à décomposer un symptôme, à libérer un émoi instinctuel de l'association où il se trouve engagé, il ne demeure pas isolé mais entre immédiatement dans une nouvelle combinaison* ».

C'est la remise en question de cette conviction qui va amener Freud, à partir de 1920, à remanier considérablement les théories psychanalytiques, et à développer notamment ce qu'on appelle la deuxième topique.

Note : la métapsychologie freudienne se réfère à trois axes d'analyse du fonctionnement mental :

- l'axe topique, qui divise l'appareil psychique en structures interagissant les unes avec les autres ; la première topique freudienne distingue trois structures psychiques, l'Inconscient, le Préconscient et le Conscient. La seconde topique identifie le Moi, le Surmoi et le Ca. Si le Ca est inconscient, des parties du Moi et du Surmoi le sont aussi.
- l'axe dynamique, qui envisage les conflits entre ces structures ;
- et l'axe économique, cad la question de l'intensité des investissements engagés dans cette conflictualité. Jusqu'en 1920, Freud travaille avec l'hypothèse économique du principe de plaisir-déplaisir : l'appareil psychique tend à évacuer les tensions, associées à une sensation de déplaisir, et cette évacuation s'accompagne d'une sensation de plaisir. Ce principe est lié à un autre principe, le principe de constance, qui traduit une tendance à maintenir le niveau de tension psychique au niveau le plus bas possible.

Dans le texte qui marque ce qu'il est convenu d'appeler « le tournant de 1920 », « *Au-delà du principe de plaisir* », Freud part du constat que, dans certaines situations, tout se passe comme si le sujet, au lieu de tout mettre en œuvre pour accéder à un état de plaisir, ou en tout cas pour diminuer le niveau de tension et de déplaisir, se complaisait dans la reproduction et la répétition de ce qui le fait souffrir.

Il donne d'abord deux exemples où la répétition sert à tenter de maîtriser une expérience douloureuse : la névrose traumatique (et notamment les rêves traumatiques) et ... le jeu de l'enfant. C'est le fameux « jeu de la bobine » où Freud observe son petit fils, âgé d'un an et demi, qui lorsque sa mère s'absente passe son temps à jeter répétitivement au-delà de la tablette une bobine en bois, qu'il tient par une ficelle et qu'il fait ainsi réapparaître puis à nouveau disparaître à sa guise. Ce faisant, l'enfant transforme la situation où il subit l'absence de sa mère, en un jeu où il reproduit activement quelque chose qui évoque la séparation, mais en s'en rendant maître.

Il reprend ensuite la dimension de répétition qui caractérise le transfert, à partir de laquelle peut être élaborée la situation de souffrance qui est ainsi répétée. Mais pour noter que, dans un certain nombre de cas, l'élaboration échoue, et la répétition s'installe, dans ce qu'il nomme « *une compulsion de répétition qui se place au dessus du principe de plaisir* » ? Une telle répétition de la souffrance ou des conditions de la souffrance se retrouve dans la vie de ces sujets qui donnent « *l'impression d'un destin qui les poursuit, d'une orientation démoniaque de leur existence* ». Nous sommes ici dans la clinique du masochisme.

Freud associe ces états aux conséquences d'un traumatisme, où la fonction de pare-excitation est débordée, et où l'enjeu n'est pas de diminuer le déplaisir, mais de canaliser le débordement pour éviter la destruction. Cette effraction peut résulter d'un traumatisme extérieur, mais aussi d'une excitation pulsionnelle excessive (ou d'une combinaison des deux).

C'est ce qui amène Freud à poser l'hypothèse de l'existence, chez l'humain, à côté des pulsions d'auto-conservation et des pulsions sexuelles (première topique), relevant de la catégorie des pulsions de vie, de pulsions de mort, visant à rétablir l'état inorganique initial (principe de Nirvana). A partir du constat que le destin ultime du vivant est la mort, Freud avance l'idée que « *ces détours sur le chemin qui mène à la mort, fidèlement maintenus par les pulsions conservatrices, seraient ce qui nous apparaît aujourd'hui comme phénomènes vitaux* ».

Freud présente cette hypothèse comme une spéculation, et tente, comme il le fait de manière récurrente, d'établir un parallèle avec la biologie. Il rapporte des expériences de laboratoire

faites sur des unicellulaires, qui montrent que ceux-ci, qui se reproduisent par bipartition, peuvent ainsi se maintenir identiques au fil des générations, à condition toutefois d'isoler à chaque fois un des deux produits de la division et de le placer dans une solution aqueuse renouvelée. Sans ces précautions, les unicellulaires se dégradent de génération en génération et finissent par mourir. Le chercheur, Woodruff, en déduit que ce qui provoque la dégénérescence, c'est l'auto-intoxication des unicellulaires par les produits de leur métabolisme excrétés dans leur milieu. Freud en conclut que « *il se peut qu'au fond tous les animaux supérieurs meurent aussi d'une même incapacité à éliminer* ».

Cette théorie est évidemment d'une actualité saisissante quand on pense aux enjeux environnementaux qui menacent l'existence humaine dans un délai relativement bref.

Mais Freud pour sa part en déduit que la biologie ne contredit pas son hypothèse d'une pulsion de mort intimement liée au vivant, et il fait le lien avec la philosophie de Schopenhauer, pour qui la mort est le « résultat » de la vie. Il établit également un parallèle avec les travaux d'un autre scientifique de l'époque, E. Hering, qui pose l'hypothèse que deux processus contradictoires animent continuellement la matière vivante : « *l'un construit, assimile, l'autre démolit, désassimile* ». Cependant, dans ses tentatives d'étayer sa réflexion psychologique sur des fondements biologiques, Freud ne peut éviter d'effectuer un saut logique et une confusion de niveaux, lorsqu'il écrit que « *on pourrait tenter de transférer à la relation réciproque des cellules la théorie de la libido dégagée par la psychanalyse et se représenter les choses ainsi : ce sont les pulsions de vie ou pulsions sexuelles actives dans chaque cellule qui prennent pour objet les autres cellules dont elles neutralisent en partie les pulsions de mort* ».

NB : cf. les travaux actuels de psychanalystes et neuroscientifiques (p.ex. Ansermet et Magistretti sur le devenir des « traces » et l'inscription de l'expérience).

C'est dans la foulée de l'introduction du nouveau dualisme pulsions de vie/pulsions de mort que, dans *Le Moi et le ça* (1923), Freud introduit la notion de réaction thérapeutique négative. Freud rapporte d'ailleurs la rédaction de cet article à une situation clinique de « paranoïa quérulente » qui présente les caractéristiques d'une réaction thérapeutique négative (Roussillon, 1991). Il voit dans cette RTN d'abord l'effet d'un « sentiment inconscient de culpabilité », puis en 1924 (dans « *le problème économique du masochisme* ») d'un « besoin de punition ».

R. Roussillon (1991) a repris les hypothèses freudiennes, mais à un niveau plus nettement métaphorique. Partant de l'auto-intoxication des unicellulaires, il envisage de manière

similaire le fonctionnement mental confronté à la question du traitement des produits du fonctionnement mental qui risquent de l'intoxiquer – et on pense par exemple à l'angoisse.

Il y aurait donc deux voies pour le traitement de ces « déchets toxiques » : le changement de bain, qu'il assimile au niveau psychologique la réduction des clivages. J'aurais personnellement tendance à élargir le propos, et à considérer que le changement de bain correspondrait aux multiples manières dont l'entourage – et en tout premier lieu la mère – contient et transforme ce qui n'est pas assimilable par le bébé puis l'enfant. L'autre voie, correspondant à la spécialisation cellulaire, est celle que Roussillon nomme la « complexification psychique », qui aboutirait à ce que ce qui est mauvais pour un « système » psychique soit bon pour un autre. Cela suppose, comme le souligne Roussillon, à la fois une différenciation de systèmes psychiques ayant des modes de fonctionnement différents, mais également une temporalité historique où l'expérience initiale, s'inscrivant dans un système peu élaboré, est reprise ensuite dans un système plus élaboré, cette reprise en assurant la transformation, pour une grande part, mais laissant néanmoins un reste au niveau du système d'inscription initial.

Pour Roussillon, à la suite de Freud, le premier mode de traitement de ce qui fait effraction, de ce qui menace le psychisme et à ce titre est de l'ordre du traumatisme, est le retournement de passif en actif : face à un traumatisme qui est subi dans l'impuissance, le mode premier de protection serait de se rendre maître du traumatisme en l'agissant soi-même. Plutôt se faire souffrir que subir la souffrance. Ce type de fonctionnement éclaire le mystère du masochisme. Mais il permet également de faire le lien avec une évolution de ce mécanisme où au lieu de s'infliger à soi-même le traumatisme, on le fait subir aux autres, et en particulier aux autres auxquels on peut s'identifier. C'est l'identification à l'agresseur, telle qu'elle se déploie par exemple dans la répétition transgénérationnelle de l'inceste ou des mauvais traitements.

Mais revenons à ce mécanisme premier où le sujet s'attribue la souffrance qui en fait lui est infligée. Cette « fausse attribution » a évidemment d'autant plus facile à s'installer que la différenciation entre soi et l'autre n'est pas encore établie. L'origine de la souffrance n'est dès lors pas située du côté des défaillances de l'environnement maternel, mais du côté du sujet : telle est l'origine de la culpabilité primaire, et plus précisément du côté de l'instance jugeante qu'est le Surmoi. L'activité de ce surmoi « cruel » a également pour effet, en retour, de perpétuer la confusion moi/non moi.

Dans le cadre de la réaction thérapeutique négative, le fait pour le patient d'entendre ou de sentir que le thérapeute pense qu'il va mieux est vécu à la fois comme une séduction incestueuse, et comme une appropriation par ce thérapeute de cette amélioration. Pour

Roussillon (1991), l'impossibilité à représenter cette séduction dans le travail analytique témoignerait de la proximité d'une zone traumatique. La réaction thérapeutique négative est à la fois ce qui bloque le processus, dans un mouvement que Freud signale être d'allure mélancolique, et ce qui ouvre la possibilité d'avoir accès à une zone traumatique qui occupe une position clé dans la pathologie du patient.

Pour Roussillon, deux voies s'ouvrent alors : d'une part la remise en question par le thérapeute de ses propres croyances ; d'autre part la technique de la construction.

Les croyances du thérapeute : Cf. note p. 106, Roussillon (1991) :

L'autre voie est celle qui amènera Freud aux développements d'un de ses derniers textes, « *Construction en analyse* » (1937). Lorsqu'on est confronté dans un traitement à des zones traumatiques qui renvoient à des expériences qui n'ont pas trouvé à se symboliser, par exemple parce qu'elles étaient trop intenses, ont été clivées très précocement et n'ont dès lors pas pu faire l'objet d'une reprise symbolisante dans l'après coup, la seule technique permettant de les remettre dans le champ de la symbolisation est de proposer au patient une construction de ce qu'il ne sait pas avoir vécu. On voit cependant ici combien cette technique doit être utilisée avec circonspection, comme en témoignent les dérives auxquelles on a assisté par exemple aux Etats-Unis, d'ailleurs pas dans le chef de psychanalystes mais de divers thérapeutes abusant de la suggestion, aboutissant à créer de toutes pièces chez leurs patients des croyances en la réalité d'un inceste ou d'un abus dans leur petite enfance. C'est ici qu'on voit aussi combien la mise en question des croyances des thérapeutes est importante pour réduire le risque de constructions abusives. L'idée de la construction est de partir de la culpabilité ressentie par le patient pour remonter vers la relation primaire dans laquelle s'est vraisemblablement joué le retournement violence subie-violence appropriée par le sujet, et de permettre l'engagement d'un processus de deuil de cette relation.

Roussillon (1991) pointe le fait que pour sortir du cercle vicieux de la relation thérapeutique négative, il faut parvenir à mettre en évidence pour le patient

- la confusion qu'il fait (et qui est l'objet de la cruauté du surmoi) entre non détachement primaire de l'objet et relation incestueuse (ce qui se manifeste avec ces patients par une sexualisation défensive de la relation thérapeutique permettant d'éviter de ressentir le lien de dépendance) ;
- et le fait qu'il retourne dans un fantasme de toute puissance (masochique) sa détresse et son impuissance dans la relation primaire. Comme l'écrit Roussillon, « *la redistribution dans l'analyse de ce qui est effectivement dans le pouvoir actuel du moi et de ce qui lui échappe est sans doute fondamentale ... la reconnaissance par le moi*

de ses limites et impératifs propres est ici le précurseur de la problématisation de la castration ».

Roussillon souligne l'importance qu'il y a à maintenir ces constructions dans un statut transitionnel : elles doivent rester en tension comme possibilités, et ne pas s'instituer comme vérités. Leur validité est attestée par leur capacité à faire surgir à la conscience du patient des souvenirs, des affects, mais parfois aussi des sensations à forte intensité perceptive, proches de phénomènes hallucinatoires. Mais également par une réaction thérapeutique négative ... dont la polarité se trouve ainsi inversée.

Cf. Roussillon p. 114 le jeu du cadre

3. Apports de D.W. Winnicott à l'élaboration de la destructivité

Comme on le voit, le clivage des expériences traumatiques précoces non symbolisées, qui peut aujourd'hui être considéré comme le pivot des pathologies limites, et est à l'origine des souffrances de ces patients, de leurs comportements masochiques, de leurs passages à l'acte, en particulier dans le traitement, engage de manière très importante la résistance des thérapeutes aux attaques directes et indirectes, dont les réactions thérapeutiques négatives.

Deux conceptions de l'origine de la destructivité :

On connaît la célèbre formule de Freud selon laquelle « l'objet naît dans la haine » (*Pulsions et destins des pulsions, 1915*). C'est la frustration qui amène le bébé à devoir admettre l'existence de la réalité extérieure, et qui suscite sa haine contre l'objet frustrant. Ce sera le point de départ des théorisations de M. Klein. La conséquence est qu'on peut attribuer la destructivité à la « force » des pulsions et à l'intolérance à la frustration qui en découle.

Roussillon p. 120 : « à cette conception, ... » pp 121-127

4. Le paradigme du jeu comme processus de symbolisation

Registre où l'acte est en même temps réalisation, décharge, et mise en représentation : le jeu. Le jeu est une des modalités principales, pour l'enfant, de supporter la solitude (angoisses primitives de chute, de morcellement, de séparation puis de castration) en la symbolisant, puis de l'utiliser pour symboliser. Il faut pour cela que l'environnement fournisse à l'enfant une possibilité que se mette en place réellement ce retournement passif-actif.

Le jeu permet à l'enfant de s'approprier l'expérience, de transformer ce qui est vécu passivement en un processus où il devient acteur.

Instaurer un espace de jeu permet précisément d'offrir une issue aux carences de symbolisation, particulièrement importantes chez les patients limites, en rendant fonctionnelle une articulation qui fait défaut, celle de la décharge par l'acte et celle de la mise en sens.

Freud (1920) rapproche le transfert du jeu, via la compulsion de répétition.

Roussillon (1991) souligne que c'est Bateson (1949-1954) qui a été le premier à théoriser les rapports de l'espace thérapeutique avec l'espace de jeu, à travers l'étude des paradoxes du jeu.

Winnicott a développé sa réflexion à propos des patients qui n'ont pas accès à l'espace du jeu, et pour lesquels – avec lesquels - cet espace va devoir être construit.

Roussillon (1995) illustre ce processus de construction de l'espace du jeu dans les traitements psychiques à partir de l'étude des enchaînements des jeux typiques chez l'enfant.

Cf. page 189 « *L'intérêt de « mettre en série », d'emboîter les différentes ...* », 190, 191.

Le jeu de coucou

Le jeu de la spatule

Le jeu de construction

Le jeu de la bobine

Le jeu du miroir

Le jeu de coucou : la mère joue à disparaître, en cachant le visage du bébé ou en cachant son propre visage, brièvement, puis en le faisant réapparaître, avec une expression réjouie. Cette succession entraîne chez le bébé une sorte de jubilation. Pour Roussillon, ce jeu met en

tension le sentiment d'exister à travers la disparition-réapparition du visage de l'adulte qui fait « vivre » le bébé. A travers ce rythme disparition-apparition, le jeu du coucou permet de ressentir la disparition comme une illusion. Le bébé a l'illusion qu'il fait réapparaître la mère, ce qui fonde l'illusion de la permanence de l'objet et le narcissisme primaire.

Le jeu de la spatule. Ce jeu est décrit par Winnicott en 1945. Il souligne l'importance pour le bébé d'éprouver que l'objet survit à l'exercice de sa destructivité.

Cf. Roussillon (1991) p. 86

L'activité de l'objet : Roussillon (1995) p 193

Le jeu de construction

Cf. Roussillon (1995) p. 195

Le jeu de la bobine (ou fort/da)

Freud (1920) p 51, 52

Roussillon (1995) p 196,197, 198

Le jeu du miroir

L'enfant joue à se faire disparaître-réapparaître dans le miroir.

Roussillon (1995) p 198-199

Le travail du cadre permettant le « trouvé-créé » et l'accès à la transitionnalité : les cadres « sur mesure » ; le médium malléable (Roussillon, 1995) ; la question des limites, limite comme espace et non comme ligne de démarcation.

Caractéristiques des conditions nécessaires pour que se constitue un espace de jeu pour symboliser :

- Le rythme harmonieux et le plaisir partagé qui constituent l'illusion de la permanence de l'objet (coucou)
- Le retournement passif-actif : « *dans le processus thérapeutique, il faut arriver à retrouver le point où le retournement comportemental n'a pu avoir lieu pour permettre qu'il puisse être expérimenté et ainsi recréer un espace de jeu* » (Roussillon, 1991, p 88-89)

- La possibilité d'exprimer la destructivité sans qu'elle entraîne ni la disparition de l'objet, ni une rétorsion de sa part (spatule) ;
- L'appropriation de la construction-déconstruction-reconstruction et l'articulation des parties (cubes) ;
- La présence silencieuse de l'autre comme support de la capacité d'unification du soi et du plaisir d'emprise (bobine)
- La permutation des rôles et l'identification (miroir)

Le repérage des mouvements psychiques du patient dans la relation thérapeutique en référence à ces différents jeux permet de se faire une idée d'où se situe le patient, et de l'évolution du processus par rapport aux problématiques de la séparation, de la destructivité et de la symbolisation.

Il permet également de penser les dispositifs de soins comme espaces de mise en jeu : transformer la destructivité et la violence en leur permettant de se déployer tout en étant contenues dans un cadre de « jeu ».

Bibliographie

Ouvrages de référence :

- Abram Jan (1996) : *Le langage de Winnicott*. Popesco ed., Paris, 2004
- De Mijolla A. (2002): *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Calmann Levy, Paris
- Etchegoyen R.H. (1986) : *Fondements de la technique psychanalytique*. Hermann, Paris, 2005
- Laplanche J., Pontalis J-B. (1967) : *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Paris
- Quinodoz J-M. (2004) : *Lire Freud*. Presses Universitaires de France, Paris

Autres :

- Ansermet F., Magistretti () :
- Breuer J., Freud S. (1895) : *Etudes sur l'hystérie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1956
- Freud S. (1905) : *Cinq psychanalyses*. Presses Universitaires de France, Paris, 1954
- Freud S. (1912) : *La dynamique du transfert*. In : *De la technique psychanalytique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1970
- Freud S. (1915-916) : *Leçons d'introduction à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1973
- Freud S. (1918) : *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique*. In : *De la technique psychanalytique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1970
- Freud S. (1920) : *Au-delà du principe de plaisir*. In : *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981
- Freud S. (1923) : *Le Moi et le ça*. In : *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981
- Freud S. (1937) : *Constructions dans l'analyse*. In : *Résultats, idées, problèmes II*. Presses Universitaires de France, Paris, 1985
- Heimann P. (1950) : *On countertransference*. International Journal of Psychoanalysis, 31: 81-84
- Racker H. (1953) : *A contribution to the problem of counter-transference*. International Journal of Psychoanalysis, 34: 313-324
- Reik T. (1933) : *New ways in psychoanalytic technique*. International Journal of Psychoanalysis, 14: 321-334
- Roussillon R. (1991): *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Paris
- Roussillon R. (1995): *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Presses

Universitaires de France, Paris

Winnicott D.W. (1945) : *L'observation des enfants dans une situation établie*. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. . Payot, Paris, 1969

Winnicott D.W. (1971) : *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris, 1975

Winnicott D.W. (1971) : *La crainte de l'effondrement*. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11 : 35-44