

LES THÉORIES DE MELANIE KLEIN

Sans les articles de référence bibliographique

Melanie Klein a engagé la pensée psychanalytique dans une nouvelle direction en reconnaissant l'importance de nos expériences infantiles les plus précoces dans la formation de notre monde émotionnel adulte.

Élaborant et développant les idées de Sigmund Freud, Melanie Klein est partie de son analyse du jeu des enfants pour formuler de nouveaux concepts comme la position schizo-paranoïde et la position dépressive. Radicales et controversées à l'époque, ses théories demeurent le cœur d'un corpus kleinien qui évolue et se développe.

En savoir plus sur les principaux concepts développés par Melanie Klein et par les nouvelles générations de psychanalystes que ses idées ont inspirées.

Les définitions sont tirées de *The New Dictionary of Kleinian Thought* d'Elizabeth Bott-Spillius, Jane Milton, Penelope Garvey, Cyril Couve et Deborah Steiner (Routledge, 2011). Les images ci-dessous figurent des dessins, des peintures et des découpages réalisés par les jeunes patients de Melanie Klein pendant leur analyse. Ils sont reproduits avec l'aimable autorisation de la bibliothèque Wellcome qui abrite les archives Melanie Klein.

La position schizo-paranoïde - *Un état psychique universel qui existe dès la naissance, caractérisé par des angoisses terrifiantes relatives à notre survie.*

Le complexe d'Œdipe - *Melanie Klein pensait que le complexe d'Œdipe apparaissait à un âge beaucoup plus précoce que ce qu'avait découvert Freud.*

La position dépressive - *Une phase du développement caractérisée par la perte, le deuil et la sollicitude pour l'autre .*

L'identification projective - *L'identification projective est un processus inconscient dans lequel des aspects du self sont clivés et attribués à un objet externe.*

Le surmoi. - *Le surmoi est une structure interne ou une partie du self qui, telle une autorité interne, influe sur le self, émet des jugements, exerce une pression morale et constitue le siège de la conscience, de la culpabilité et de l'estime de soi*

L'envie - Le sentiment de colère suscité par le fait qu'une autre personne possède et jouisse de quelque chose que l'on désire, souvent accompagné d'une impulsion à dérober cette chose ou à la détruire.

Les organisations pathologiques. - Les organisations pathologiques désignent un groupe de défenses extrêmement résistantes et étroitement imbriquées.

La réparation. - La réparation fait partie intégrante de la position dépressive. Elle prend sa source dans l'amour et le respect éprouvés pour l'autre, et suscite un effort pour se racheter de sa destructivité.

Les objets internes - Les objets internes représentent les vécus psychiques et émotionnels internes attachés à une personne ou une relation qui existe dans notre monde externe.

La formation de symbole - La formation de symbole désigne la création de symboles pour représenter des expériences psychiques et émotionnelles.

Le fantasme inconscient - Les fantasmes inconscients sont omniprésents et sous-tendent toute la vie émotionnelle et psychique.

La technique kleinienne - Les découvertes de l'inconscient de Melanie Klein sont nées de sa technique psychanalytique et ont été influencées par celle-ci.

LA POSITION SCHIZO-PARANOÏDE

Le terme de position schizo-paranoïde fait référence à une constellation d'angoisses, de défenses et de relations d'objets internes et externes que Klein considère comme étant caractéristique des premiers mois de la vie du bébé et qui perdure à des degrés variables pendant l'enfance et l'âge adulte. Aujourd'hui, on comprend les états mentaux schizo-paranoïdes comme jouant un rôle important tout au long de la vie. La caractéristique principale de la position schizo-paranoïde est le clivage du self et de l'objet en bon et mauvais, avec peu ou pas d'intégration entre eux à la période initiale.

Selon Klein, les nourrissons éprouvent des angoisses majeures dues à l'action interne de la pulsion de mort, au traumatisme vécu pendant la naissance et aux expériences de faim et de frustration. Elle suppose que le jeune nourrisson a un moi rudimentaire, bien que non intégré, qui tente de faire face à ses expériences et tout particulièrement à l'angoisse, en utilisant des fantasmes de clivage, de projection et d'introjection.

Le bébé clive à la fois son moi et son objet et projette à l'extérieur séparément ses sentiments d'amour et de haine (pulsions de vie et de mort) dans des parties séparées de la mère (ou du sein) ce qui a comme résultat la division de l'objet maternel en un « mauvais » sein (la mère qui est ressentie comme source de frustration et de persécution et qui est haïe) et un « bon » sein (la mère qui est aimée et ressentie comme aimante et gratifiante). Les objets « bons » et « mauvais » sont ensuite introjetés et il s'ensuit un cycle de re-projection et de re-introjection.

L'omnipotence et l'idéalisation sont des aspects importants de cette activité ; les mauvaises expériences sont déniées de façon omnipotente chaque fois que c'est possible et les bonnes expériences sont idéalisées et exagérées pour se protéger de la peur du sein persécuteur.

Le « clivage binaire » est indispensable au développement normal, car il permet au bébé d'intégrer et de conserver en lui une expérience suffisamment bonne. Cette dernière lui fournit un noyau central autour duquel les aspects contrastés du self commencent à s'intégrer. Klein pense que la mise en place d'un bon objet interne est un prérequis à l'élaboration psychique ultérieure de la position dépressive.

Une autre caractéristique de la position schizo-paranoïde correspond à une sorte différente de clivage : la « fragmentation », dans laquelle l'objet et/ou le self sont clivés en un grand nombre de petits morceaux. L'usage persistant ou prolongé de la fragmentation et de la dispersion du self affaiblit le moi fragile et non intégré et génère de graves perturbations.

Klein considère que des facteurs constitutionnels et environnementaux affectent l'évolution de la position schizo-paranoïde. Le facteur constitutionnel essentiel est l'équilibre entre la pulsion de vie et la pulsion de mort chez l'enfant. Le facteur environnemental principal est la qualité des soins maternels que reçoit le bébé. Si le développement se déroule normalement, les angoisses paranoïdes extrêmes et les défenses schizoïdes sont largement abandonnées chez le nourrisson pendant la position schizo-paranoïde initiale et durant l'élaboration psychique qui survient pendant la position dépressive.

Klein soutient que les modes de relation schizoïdes ne sont jamais abandonnés complètement et ses écrits donnent l'impression que les positions peuvent être conceptualisées comme des états d'esprit transitoires. La position schizo-paranoïde peut être envisagée comme la phase de développement précédant la position dépressive, comme une défense contre celle-ci et aussi comme une régression à partir de celle-ci.

LE COMPLEXE D'ŒDIPE

Le complexe d'Œdipe selon Freud, au premier plan de trois à cinq ans, inclut des fantasmes de désir de mort du parent du même sexe, associés à une usurpation de sa place dans le couple. Les formes inversées du complexe d'Œdipe sont elles aussi essentielles. La peur, éprouvée par le garçon quant à la castration par un père vengeur, et par la fille en ce qui concerne la perte de l'amour, conduit à l'abandon de ces désirs et à l'installation du surmoi. Freud décrit tout ceci au stade phallique.

Klein, tout comme Freud, considère le complexe d'Œdipe comme central, mais elle le modifie et développe l'idée de celui-ci dans sa nouvelle conception d'une situation œdipienne plus précoce.

Elle postule l'existence d'une préconception infantile d'un couple parental excitant et terrifiant, couple fantasmé d'abord comme les « parents combinés » : le corps maternel contenant le pénis du père, et les bébés rivaux. Cette version primitive du couple, couple fantasmé comme étant en relation sexuelle continue, comprend des caractéristiques sadiques orales, urétrales et anales dues aux projections de la sexualité et du sadisme infantiles. Les fantasmes à propos du corps de la mère sont en lien avec la nouvelle compréhension de Klein de la féminité primaire et des complexes d'Œdipe masculin et féminin.

Les figures du surmoi primitif se développent tôt dans la vie, en lien essentiellement avec le sadisme infantile, et pas uniquement comme le résultat de la situation œdipienne. Le clivage qui caractérise le fonctionnement schizoparanoïde facilite la division claire et mouvante des parents objets partiels en parents idéaux/aimés et parents dénigrés/haïs. La prise de conscience croissante des objets totaux envisagés de façon ambivalente, et la survenue de la culpabilité dépressive quant aux attaques, conduisent de plus en plus au besoin d'abandonner les désirs œdipiens et de réparer les parents internes, en leur permettant d'être ensemble (voir position dépressive). Pour Klein, le complexe d'Œdipe et la position dépressive sont étroitement liés.

LA POSITION DÉPRESSIVE

La position dépressive est une constellation psychique définie par Klein comme centrale dans le développement de l'enfant, normalement éprouvée pour la première fois vers le milieu de la première année de vie. Elle est régulièrement revisitée et affinée pendant la petite enfance ainsi que par intermittence tout au long de la vie. La prise de conscience des sentiments et des fantasmes de haine à l'égard de l'objet aimé, généralement la mère, y est centrale. Auparavant, objet d'amour et objet de haine sont ressentis comme deux objets partiels séparés : idéal et aimé, persécuteur et haï. Lors de cette période très précoce, l'angoisse

principale concernait la survie du self. Dans la position dépressive, l'angoisse est aussi ressentie à l'égard de l'objet.

Si l'on peut supporter en soi la coexistence des figures aimées et haïes, l'angoisse commence à se centrer sur le bien-être et la survie de l'autre, en tant qu'objet total. Cela donne lieu finalement à une culpabilité emplie de remords et à une tristesse poignante en lien avec la profondeur de l'amour. Alors qu'on se languit de ce qui a été perdu ou endommagé par la haine survient un désir ardent de réparation. Les capacités du moi s'agrandissent et le monde est perçu de façon plus riche et plus réaliste. Le contrôle omnipotent sur l'objet, perçu alors comme plus réel et séparé, diminue. La maturation est ainsi liée étroitement à la perte et au deuil. Reconnaître l'autre comme un être séparé de soi-même prend en compte les relations aux autres ; c'est ainsi que la prise de conscience de la situation œdipienne accompagne inévitablement la position dépressive. L'émergence de l'angoisse et de la douleur dépressives est contrecarrée par des défenses maniaques et obsessionnelles et par un repli vers le clivage et la paranoïa de la position schizoparanoïde. Les défenses peuvent être transitoires ou se fixer de façon rigide ce qui empêche de faire face à la position dépressive et de la surmonter.

Le terme de position dépressive est utilisé dans des sens différents, mais apparentés. Il peut faire référence à l'expérience infantile de cette intégration développementale. De manière plus générale, il se rapporte, à chaque étape de la vie, à l'expérience de culpabilité et de chagrin générés par les attaques haineuses et par la dégradation des objets externes et internes. La position dépressive varie selon le niveau de catastrophe ressentie sur une échelle allant du deuil normal pour une perte, à la dépression sévère. Le terme est aussi utilisé librement pour faire référence au « fonctionnement caractéristique de la position dépressive », ce qui veut dire que l'individu est en mesure d'assumer sa responsabilité personnelle et de se percevoir lui/elle-même comme séparé de l'autre.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE

L'identification projective est un fantasme inconscient dans lequel des aspects du self ou d'un objet interne sont clivés et attribués à un objet externe.

Les aspects projetés peuvent être ressentis par celui qui projette comme bons ou mauvais. Les fantasmes projectifs peuvent être accompagnés ou non d'un comportement significatif qui a pour intention inconsciente d'inciter celui qui reçoit la projection à ressentir et agir conformément au fantasme projectif.

Les fantasmes liés à l'identification projective sont parfois éprouvés comme des conduites visant aussi bien à acquérir quelque chose de l'autre qu'à attribuer quelque chose à l'autre, ce qui signifie que le fantasme implique non seulement de se débarrasser d'aspects de son propre psychisme, mais aussi d'entrer dans l'esprit de l'autre de manière à acquérir les aspects désirés de son psychisme. Dans ce cas, les fantasmes projectifs et introjectifs opèrent simultanément.

Il y a chez certains Kleinien britanniques l'hypothèse tacite que « projection » et « identification projective » signifient la même chose et que « l'identification projective » représente un enrichissement ou une extension du concept de « projection » de Freud.

LE SURMOI

Le surmoi est une structure interne ou une partie du self qui, telle une autorité interne, influe sur le self, émet des jugements, exerce une pression morale et constitue le siège de la conscience, de la culpabilité et de l'estime de soi. Dans la pensée kleinienne, le surmoi est composé d'une partie clivée du moi dans laquelle se trouve projetée la pulsion de mort liée avec la pulsion de vie et les bons et mauvais aspects des objets primaires et des objets plus tardifs. Le surmoi acquiert des qualités tout à la fois protectrices et menaçantes. Le surmoi et le moi partagent différents aspects des mêmes objets. Ils se développent de manière parallèle à travers les processus d'introjection et de projection. Lorsque tout se passe bien, les objets internes présents dans le moi comme dans le surmoi, qui se présentent initialement sous une forme extrême, deviennent moins excessifs et les deux structures se réconcilient de plus en plus.

Dans la conception de Melanie Klein, le surmoi commence à se former dès le début de la vie, et non avec la résolution du complexe d'Œdipe comme l'avait théorisé Freud. Le surmoi précoce est très sévère et devient moins exigeant et plus réaliste au fil du développement. Lorsque le développement est pathologique, le surmoi précoce sévère ne se modifie pas et dans les cas extrêmes, les aspects désintriés terrifiants et idéalisés des premiers objets se trouvent clivés par le moi et relégués dans une zone profonde de l'inconscient. Melanie Klein en est venue à envisager ces objets partiels désintriés comme séparés du surmoi, alors que d'autres auteurs considèrent qu'ils forment un surmoi anormalement destructeur. Qu'on les considère comme faisant partie ou non du surmoi, ces objets internes excessifs sont considérés par Melanie Klein et les autres auteurs comme associés à une perturbation extrême, voire à la psychose. Ils sont vus comme différents du surmoi précoce sévère ordinaire qui repose sur des pulsions largement intriquées, susceptibles de modifications.

Le débat est toujours en cours sur le degré de changement possible dans le surmoi, la nature précise des parties qui le constituent et la question de savoir s'il est préférable de l'envisager sur le plan conceptuel comme une structure ou comme une fonction.

L'ENVIE

L'envie, telle que la définit Klein, est un sentiment de colère à l'égard d'une autre personne qui possède quelque chose de désirable qu'on ne détient pas soi-même et qui en profite. L'envie est souvent associée à un désir de s'emparer de ce qui est désirable ou de le dégrader. Les auteurs contemporains envisagent aussi l'envie comme une détresse douloureuse. Klein pense que les pulsions envieuses, orales et sadiques anales par nature, opèrent dès le début de la vie, dirigées au départ contre le sein nourricier puis contre le coït parental. Elle considère l'envie comme une manifestation de la destructivité primaire, qui repose en partie sur un facteur constitutionnel et que l'adversité aggrave. L'attaque contre le bon objet conduit à une confusion entre le bon et le mauvais, et génère des difficultés dans l'intégration de la position dépressive. L'envie augmente le sentiment de persécution et la culpabilité. Klein en est venue par la suite à considérer la gratitude comme une expression de l'amour et donc de l'instinct de vie, et comme une antithèse de l'envie.

LES ORGANISATIONS PATHOLOGIQUES

Le terme d'« organisations pathologiques de la personnalité » fait référence à une famille de défenses extrêmement rigides et étroitement enchevêtrées. Leur fonction est de permettre aux patients d'éviter les angoisses dépressives et persécutrices écrasantes par l'évitement du contact émotionnel avec les autres personnes et avec la réalité interne et externe.

Il y a deux courants principaux et complémentaires dans le concept d'organisation pathologique. Le premier se réfère à la domination par des parties du self « folles » et « mauvaises », narcissiques et omnipotentes, sur le reste de la personnalité.

De nombreux auteurs soulignent que cette tyrannie a une emprise tenace du fait de son caractère pervers, addictif et sadomasochiste. Le second courant concerne l'« équilibre psychique ». Les organisations pathologiques fournissent aux patients un équilibre psychique précaire qui est obtenu par l'affaiblissement pathologique d'un self qui pourrait être bien plus réceptif aux émotions. De telles organisations cherchent à procurer aux patients une nouvelle position que l'on peut conceptualiser comme étant un retrait des activités normales ainsi que des angoisses de la position schizoparanoïde (Ps) et de la position dépressive (D). Par conséquent, les oscillations plus normales entre la position schizoparanoïde et la position dépressive ainsi que les périodes d'équilibre sont considérablement réduites. On pense que l'origine des organisations pathologiques vient de l'émergence précoce de tendances destructrices ingérables, en rapport avec l'envie et l'échec de l'environnement qui sapent les activités structurantes du fonctionnement schizoïde normal et génèrent des angoisses paranoïdes extrêmes et écrasantes.

Les organisations pathologiques sont extrêmement résistantes au changement et posent un défi technique considérable pendant l'analyse. Les auteurs, ayant développé et enrichi le concept des organisations pathologiques, apportent une perspective typiquement kleinienne sur des questions majeures soulevées par Freud, comme la réaction thérapeutique négative et le côté interminable de l'analyse.

LA RÉPARATION

La réparation fait partie intégrante de la position dépressive. Elle est fondée sur l'amour et le respect éprouvés pour l'autre, vécu comme une personne séparée de soi. Elle implique de pouvoir affronter la perte et la destruction et de faire des efforts pour réparer et restaurer ses objets. Pour être effective, la réparation doit s'accompagner d'une forme et d'un degré de culpabilité qui ne doivent pas être trop importants au point d'entraîner le désespoir, mais qui puissent engendrer l'espoir et la sollicitude. Dans les états de dépression, la réparation offre en elle-même une issue au désespoir en encourageant des cercles vertueux plutôt que des cercles vicieux. Elle représente une racine importante de toute activité créative et une part essentielle du développement humain.

LA FORMATION DE SYMBOLE

L'expression « formation de symbole » est utilisée en psychanalyse pour désigner un mode de représentation indirect ou figuratif d'une idée, d'un conflit ou d'un désir important. L'aptitude à passer d'un mode de relation concret aux objets archaïques à un mode de relation symbolique à des objets de substitution (les symboles) est à la fois un accomplissement du développement et un mouvement qui s'opère du fait des angoisses en

jeu dans les relations aux premiers objets. Melanie Klein a élargi les idées de Freud et de Jones sur les symboles, en montrant en particulier l'importance symbolique du jeu et comment la sublimation dépend de l'aptitude à symboliser. Hanna Segal a développé davantage la théorie des symboles de Melanie Klein en distinguant entre le véritable symbole qui se forme à la position dépressive et une version plus primitive, l'équation symbolique, qui appartient au mode de fonctionnement schizo-paranoïde. Dans l'équation symbolique, le symbole est l'équivalent de la chose symbolisée.

LES OBJETS INTERNES

L'expression d'« objet interne » signifie essentiellement une image mentale et émotionnelle d'un objet externe qui a été intériorisé dans le self. Les traits de cet objet interne sont modulés par des aspects du self qui y ont été projetés. Une interaction complexe se poursuit tout au long de la vie entre le monde des figures et objets internalisés et ceux du monde réel (bien évidemment situés dans le psychisme) à travers des cycles répétés de projection et d'introjection. Les objets internes les plus importants dérivent des parents, et notamment de la mère (ou du sein) dans laquelle le bébé projette les aspects aimants de lui-même (pulsion de vie) ou les aspects de lui-même pleins de haine (pulsion de mort). On suppose que ces objets, quand ils sont pris à l'intérieur du self, sont expérimentés par le bébé concrètement comme présents physiquement à l'intérieur de son corps, provoquant du plaisir (le bon sein interne, objet partiel interne) ou de la douleur (le mauvais sein interne, objet partiel interne). Le point de vue du bébé sur la motivation de ces objets repose en partie sur la perception exacte que le bébé a de l'objet externe, mais également en partie sur les désirs et les émotions qu'il a projetés à l'intérieur des objets externes : un désir malveillant de faire souffrir le mauvais objet et un désir bienveillant de faire plaisir au bon objet.

À l'intérieur du self, les objets internes sont éprouvés comme étant en relation les uns avec les autres. On peut s'y identifier et les assimiler. Ils peuvent être ressentis comme étant séparés du self et en même temps comme existant à l'intérieur du self. Dans la théorie kleinienne, l'état de l'objet interne est considéré comme ayant une importance primordiale dans le développement et la santé mentale de l'individu. L'introjection d'un bon objet stable et l'identification à celui-ci est cruciale pour la capacité du moi à unifier et intégrer les expériences. Les objets internes endommagés ou morts provoquent une angoisse énorme et peuvent conduire à une désintégration de la personnalité, alors que des objets perçus en bon état favorisent la confiance et le bien-être.

Les objets internes peuvent exister à plusieurs niveaux. Ils peuvent être plus au moins inconscients et plus ou moins primitifs. Les objets internes infantiles sont d'abord éprouvés concrètement à l'intérieur du corps et de l'esprit et constituent le niveau primitif de la psyché de l'adulte qui confère une influence émotionnelle et une force aux perceptions, aux sentiments et aux pensées ultérieures.

Les objets internes peuvent se trouver représentés pour le self sous la forme de rêves, de fantasmes et par le langage.

Conceptuellement, les objets internes sont déroutants, car ils sont décrits à la fois selon une perspective métapsychologique et selon une perspective phénoménologique. Du point de vue métapsychologique, les premiers objets internes sont en partie une création des pulsions de

vie et de mort, ils peuvent affecter la structure du moi et sont la base du surmoi. Du point de vue phénoménologique, ils représentent le contenu des fantasmes, mais de fantasmes qui ont des effets réels.

La conceptualisation des objets internes est inextricablement liée à la théorie de Klein sur les pulsions de vie et de mort, à ses idées sur le fantasme inconscient et à ses théories sur le développement de la position schizo-paranoïde vers la position dépressive pendant laquelle on passe d'un fonctionnement d'objets partiels à un fonctionnement d'objet total. Ceci signifie qu'aucune définition simple ne peut appréhender ce concept.

LE FANTASME INCONSCIENT

Dans la théorie kleinienne, les fantasmes inconscients sous-tendent tout processus mental et accompagnent toute activité mentale. Ils sont la représentation mentale des événements somatiques qui surviennent dans le corps et qui englobent les pulsions. Ce sont des sensations physiques interprétées en termes de relations avec des objets qui causent ces sensations. Le fantasme est l'expression mentale des pulsions libidinales et agressives comme des mécanismes de défense contre ces pulsions. Une large part de l'activité thérapeutique de la psychanalyse peut être décrite comme une tentative de transformation du fantasme inconscient en pensée consciente.

Freud a introduit le concept de fantasme inconscient et de fantasmatisation, qu'il concevait comme une capacité de l'esprit humain héritée de la phylogenèse. Melanie Klein a adopté la notion freudienne de fantasme inconscient mais elle l'a considérablement élargie parce que son travail avec les enfants lui a donné une expérience très large de l'étendue du contenu des fantasmes des enfants. Elle et ses successeurs ont mis l'accent sur le fait que les fantasmes interagissent réciproquement avec l'expérience pour former les caractéristiques intellectuelles et émotionnelles en développement de l'individu ; les fantasmes sont considérés comme une capacité fondamentale de l'être humain qui sous-tend la pensée, le rêve, les symptômes et les modes de défense et leur donne forme.

LA TECHNIQUE KLEINIENNE

La technique, au sens psychanalytique, est un ensemble de procédures préconisées pour l'analyste et le patient, dont le but est de faciliter la prise de conscience de l'inconscient. L'accent y est mis sur la permanence et la régularité du cadre, la durée et la fréquence des séances, associées à l'importance pour l'analyste de maintenir une attitude d'esprit réceptive et cependant discriminante.

Tout au long de son œuvre, Klein souligne le fait que son travail, technique incluse, est fondé sur celui de Freud. Freud décrit sa méthode comme essentielle avec les patients adultes : cinq à six séances par semaine, l'usage du divan et la demande faite au patient « d'associer librement », ce qui signifie de dire à l'analyste, du mieux qu'il peut, ce à quoi il pense et ce qu'il ressent sans aucune censure. Freud fait à l'analyste l'injonction supplémentaire de maintenir « une attention flottante » et d'éviter de chercher dans le matériel du patient ce qu'il espère y trouver. (Freud 1912).

Klein souligne le concept de transfert chez Freud, signifiant par là que l'expression consciente, mais aussi inconsciente des expériences passées et présentes, des relations aux autres, des pensées, des fantasmes et des sentiments, tant positifs que négatifs, sont en relation avec l'analyste. Elle met particulièrement l'accent sur l'importance du transfert négatif, dont elle pense qu'il peut être d'une grande utilité dans le travail analytique, à condition qu'il soit reconnu et compris par l'analyste. Elle met l'accent sur l'importance dans le transfert de « la situation totale » des expériences passées et présentes du patient. Comme Freud, elle insiste sur l'importance des défenses du patient contre la reconnaissance de la réalité psychique. Elle souligne aussi l'angoisse du patient comme le point de départ de la compréhension par l'analyste des fantasmes inconscients du patient et elle considère l'interprétation comme l'outil principal de la thérapie analytique.

Bien que Klein soit d'accord en général avec l'idée freudienne des pulsions de vie et de mort, dans son abord technique, elle se préoccupe plus du contenu spécifique des pulsions que de leur conceptualisation abstraite. L'observation clinique est son point de départ et la marque de son talent. Dans son travail, observation et idées interagissent pour engendrer de nouvelles observations et des avancées théoriques. Ainsi, pour Klein, la technique et le matériel clinique, sont intimement liés et en interaction, et elle n'essaie pas de décrire sa technique en termes purement abstraits, sans accompagnement clinique.

Sa technique a connu des développements ultérieurs, qui lui furent contemporains, ou postérieurs, avec les travaux de Strachey, Racker, Rosenfeld, Bion, Segal, Joseph et d'autres. Il y a eu deux principaux types de changement. D'abord, l'intérêt accru pour la relation analyste-patient en tant que source d'information essentielle sur le patient, contrairement à l'idée antérieure que l'analysant était une entité isolée que l'on pouvait observer à partir d'une perspective extérieure « objective ». Ensuite, à la différence de Freud et Klein, un point de vue s'est développé qui considère que le contre-transfert des analystes peut être, dans certaines circonstances, une source utile d'information sur le patient. Ces deux principales tendances dans la technique ont été accompagnées par d'autres changements moins importants, y compris un certain nombre de distinctions terminologiques utiles.