

Sinteze teoretice

Théorisation du moi et formation clinique des psychologues

Patricia ATTIGUI¹

Résumé: Réfléchir à la formation clinique des psychologues ne peut se faire en dehors des dispositifs thérapeutiques à mettre en oeuvre pour les populations dont ils ont la charge. Aujourd'hui il est de plus en plus évident que les troubles identitaires et narcissiques tels que les addictions, les états limite, la virulence de certaines expériences traumatiques, témoignent de l'importance grandissante de la haine, de la destructivité, rassemblées sous l'appellation de pulsion de mort. Pour y faire face, sur un plan thérapeutique, et ne pas redoubler l'impact de ces expériences traumatiques en s'adressant trop directement à l'inconscient des sujets concernés, il devient nécessaire de réfléchir à la valeur inconsciente du moi, instance qui permet au sujet de ne pas trop mobiliser ses défenses. La conceptualisation freudienne accorde au moi (la conscience) autant d'importance qu'au ça (l'inconscient) dans l'appareil psychique. Les déficiences archaïques, les sentiments de vide, la variété des symptômes psychosomatiques obligent le clinicien à déplacer, de plus en plus, son regard d'une dialectique oedipienne vers une dialectique narcissique. Les dispositifs symbolisants utilisant des médiations créatives - à partir du jeu au sens winnicottien -, et les dispositifs centrés sur l'analyse du transfert, comme les dispositifs groupaux (psychodrame), ont montré depuis ces dernières années, grâce à leur efficacité durable, à quel point il devenait nécessaire de construire de nouveaux dispositifs thérapeutiques, s'étayant sur la sensorialité, la motricité, la perception. Théoriser les différentes modalités d'expressivité de la réalité psychique, c'est aussi aider, dans le cadre universitaire de formation, les futurs cliniciens à se positionner dans leurs praxis par rapport à une méthodologie générale. Ils définiront ainsi plus précisément leur identité professionnelle dans les expériences de symbolisation mises en oeuvre avec leurs patients.

¹ Professeur de psychopathologie, Université Paris X Nanterre, patricia.attigui@orange.fr

Préambule

Le jeu et son analyse participent du mouvement d'élaboration de ce que J. Laplanche nomme les *Nouveaux fondements de la psychanalyse*. Le jeu est un outil essentiel pour repenser la métapsychologie au regard du processus de symbolisation et des transformations de la vie psychique. André Green, René Roussillon, à la suite de Winnicott et des analystes de l'École anglaise, évoquent à plusieurs reprises la nécessaire ouverture de la psychanalyse aux situations limite, avec pour corollaire la mise en place d'aménagements, et du cadre, et de la technique. Car, si les sujets diffèrent, les registres de la symbolisation aussi. Qu'il s'agisse des enfants, des adolescents, des malades psychosomatiques, des patients borderline ou psychotiques, nous savons bien que les dispositifs à mettre en œuvre ne peuvent plus s'appuyer sur une restriction de la motricité, de la perception, ni sur l'absence, autant de modalités qui risqueraient d'entraver certaines capacités de symbolisation. Tout mon projet est de montrer que ces troubles identitaires et narcissiques doivent s'étayer sur la sensorialité, la motricité, la perception, et que la priorité thérapeutique serait d'abord de construire l'absence avant de la symboliser. Bien que ces deux opérations soient chronologiquement très proches l'une de l'autre, il s'agit, pour reprendre les termes de Winnicott, d'aider le patient à construire sa *capacité d'être seul en présence de l'autre*. Le jeu théâtral peut paraître un moyen sophistiqué pour atteindre ce but. Néanmoins il offre au patient, grâce à la fiction mise en œuvre, la possibilité d'élaborer une situation traumatique non symbolisée afin que se trace, grâce aux identifications ludiques, l'ébauche d'une première forme de symbolisation. Ce qui donne à ce travail une dimension psychanalytique, c'est la rigueur de l'attention portée au transfert et au contre-transfert, son utilisation et son analyse.

Construire de nouveaux dispositifs thérapeutiques

Nous savons du reste qu'il n'y a plus lieu de considérer le dispositif divan-fauteuil comme le seul performant, à l'exclusion de tout autre. Non que tous les dispositifs soient exactement équivalents, mais on peut considérer qu'il existe plusieurs types de dispositifs symbolisants : les structures institutionnelles, avec les dispositifs psycho-sociaux et groupaux qu'elles mettent en œuvre ; les dispositifs utilisant des médiations créatives, de plus en plus utilisées dans les structures de soins ; et les dispositifs centrés sur l'analyse du transfert.

Ce qui me fonde à vouloir traiter de ces questions, c'est le désir de rigueur et la volonté de théoriser les différentes modalités d'expressivité de la réalité psychique, mais c'est aussi la nécessité d'aider, dans le cadre universitaire de formation, les futurs cliniciens à se positionner dans leurs praxis par rapport à une méthodologie générale les aidant à mieux définir leur identité dans les

expériences de symbolisation mises en œuvre avec leurs patients. En d'autres termes, il s'agit d'« *écouter la matérialité psychique de toute parole comme s'écoute un rêve.....* »² et toutes les manifestations psychiques, comme les symptômes, mais aussi les phénomènes sublimatoires tels que la créativité, et le jeu, font partie intégrante de cette matérialité et constituent, au même titre que le rêve un matériau de choix pour l'exploration inconsciente des sujets dont le clinicien est en charge.

J'ajoute que c'est dans la confrontation à de nouveaux objets, que la psychanalyse a progressé (le groupe, la famille, l'enfant...), mais peut-elle tout intégrer ? Et comment est-elle transformée par ces intégrations ? Pour certains, l'utilisation des théories de Balint, Bion, Meltzer, Winnicott, Lacan est une réalité clinique puisqu'ils y puisent de nombreux éléments utiles à leur pratique, mais il est nécessaire de se poser la question de l'articulation de ces théories entre elles et par rapport à la métapsychologie freudienne. C'est ici que ma tentative d'élaboration à partir du moi prend tout son sens.

Tenter une articulation théorique de ces divers éléments doit nous amener à situer, au niveau de l'appropriation subjective, le concept de transitionnalité, d'un point de vue économique, dynamique et topique. La transitionnalité a aussi pour intérêt de nous libérer du poids des oppositions structurales, et d'éclaircir l'horizon thérapeutique en introduisant la catégorie essentielle de l'espace potentiel. C'est à partir de l'observation de ces faits cliniques que j'ai construit mon travail pour tenter de mieux comprendre ce qui faisait communiquer réalité intérieure et réalité extérieure. *L'aire intermédiaire d'expérience* m'est alors apparue comme une évidence clinique à mettre en œuvre. Le dispositif ludique et théâtral, tel que je l'ai développé³, est à concevoir comme le lieu d'une inscription pour chacun dans un temps différencié, où la fiction jouerait comme borne, ou comme point de suture d'une hémorragie psychique, remettant en mouvement et le corps, et la parole.

Je voudrais maintenant préciser mon positionnement par rapport à la question centrale du moi.

Théoriser le moi

La théorie du moi a été chez Freud en constante évolution tout au long de son œuvre. D'abord siège de la conscience, le moi trouve dans l'élaboration de la première topique sa délimitation. Mais c'est à partir du grand tournant de 1920, qu'il change de statut pour être défini par Freud comme une instance psychique

² P. Fédida, *Par où commence le corps humain – Retour sur la régression*, Paris, PUF, 2000, p. 46.

³ P. Attigui, *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu – Transfert et Psychose*, Paris, Denoël, 1993, (L'Espace Analytique).

appartenant cette fois à son nouvel appareillage théorique qu'est la seconde topique. En introduisant le narcissisme, Freud réintroduit du même coup les droits du moi, puis tente d'en approcher la fonction paradoxale grâce à la notion de clivage du moi. Les postfreudiens (Adler : psychologie du moi /Jung : libido du moi) feront état, par leurs travaux, de leur intérêt pour la fonction moiïque. Par l'intensité de ces questionnements, la conceptualisation du moi s'enrichira considérablement, puisqu'il sera perçu par Freud comme étant en grande partie inconscient. C'est là, dirai-je, le point de départ de mes travaux actuels. A partir de là, plusieurs lectures de la théorie freudienne, vont voir le jour. Je les citerai brièvement :

- Une lecture centrée sur une conceptualisation du moi, en tant que pôle défensif ou d'adaptation à la réalité, au détriment du ça, de l'inconscient et du sujet. C'est le courant d'Anna Freud, de Heinz Hartmann qui, lui, introduira en 1950 le concept de « soi ». Ces deux courants formant ce qu'on appellera *l'Ego Psychology*, domineront la psychanalyse américaine et contribueront à faire de la psychanalyse une thérapie de l'adaptation du moi à la réalité.

- Une autre lecture considère le moi comme absorbé par le ça, le moi apparaissant chez Lacan, divisé en un *ego* et un *sujet de l'inconscient*. L'*ego* est ici à comprendre comme un moyen de se défendre contre les incohérences menaçantes de la vie, et le sujet serait ici la partie symbolique, tout à fait inconsciente, mais néanmoins active dans la production d'une unité. Le véritable sujet ne serait pas l'*ego*, mais le sujet de l'inconscient, produit par les signifiants du langage.

- Et, pour aller vite, il existe aussi une autre lecture qui donne au moi sa place dans une conceptualisation phénoménologique centrée sur le *soi* et la relation d'objet. C'est ce qu'on appelle la *Self Psychology*, avec Kohut qui, en réaction à une certaine normalisation de *l'Ego Psychology* reprend le concept de Soi introduit par Hartmann, mais pour mieux s'en démarquer, en élaborant une théorie de l'appareil psychique où le *self* garant de la synthèse biopsychique, est une instance de la personnalité au sens narcissique : une représentation de soi pour soi, un investissement libidinal de soi. En tant que complément phénoménologique de la personne ou de l'être, s'ajoutant à la deuxième topique, le soi se constitue postérieurement au moi et dans une interaction avec la mère, et dans un rapport à l'autre. J'ajoute que Kohut élabore le soi pour tenter d'apporter une solution clinique aux troubles de la personnalité qui ne sont ni de nature névrotique, ni assimilables à des psychoses. C'est ainsi que la clinique des borderline prend son essor, cherchant à rompre avec les règles de la cure type, jugées trop figées par Kohut.

Bien sûr, je ne peux ici retracer toute la trajectoire de ces concepts, et de ceux qui les ont animés, mais il me faut peut-être préciser plus nettement que mon

propos reste centralement freudien, dans la mesure où je reste attachée à la valeur inconsciente du moi, comme si le moi, de par son apparente facilité d'accès, nous permettait d'apercevoir ce que nous n'avons pas encore vu, dans la mesure où il mobilise les perceptions fugitives de l'écoute, et rend sensible au thérapeute, la présence sensorielle du patient.

La valeur inconsciente du moi

Au-delà de ce premier pas, pourquoi suis-je tant attachée à la valeur inconsciente du moi ? Parce que cette conceptualisation, par son ouverture, me permet d'être en contact avec les déficiences archaïques du self, telles qu'elles ont été théorisées par Kohut, mais aussi par Winnicott lorsqu'il décrit la crainte de l'effondrement, les sentiments de vide constatés chez les patients n'ayant pas eu de « *mère suffisamment bonne* ». Le self serait alors à concevoir comme la facette narcissique du moi, nous obligeant à déplacer notre regard d'une dialectique oedipienne vers une dialectique narcissique. Cette posture, cela va sans dire, est lourde de conséquences sur la clinique, et donne à la dimension transférentielle et contre-transférentielle tout l'espace de son déploiement. Pour préciser encore un peu plus mon propos, je dirais volontiers, avec Laplanche, que les deux temps du refoulement, originaire et secondaire, sont indissociables du mouvement qui aboutit à la création du moi. Pour Freud, le moi est un moi-corps. « *Tandis qu'au second temps du refoulement originaire, ce qui est en cause c'est cette fois le début du moi comme instance ; le moi-instance est cette fois une partie de l'appareil, à l'image du tout, il est donc métaphore du tout biologique...* »⁴

Une autre raison de mon attachement à la conceptualisation freudienne tient à ma posture pédagogique qui m'amène à engager les étudiants à devenir les traducteurs de messages inconscients, énigmatiques, compromis par le sexuel parental de leurs patients (Laplanche) et souvent contenus dans des manifestations symptomatiques. Puisque le cadre universitaire de formation nous oblige à préciser que l'enjeu de la formation clinique ne peut se superposer à l'essence du colloque singulier unissant le patient à son analyste, l'Université n'ayant pas vocation à former des analystes, il m'apparaît que pour les étudiants en psychopathologie, le moi est une voie d'accès possible pour la connaissance d'une psychologie des profondeurs et des sentiments préconscients. Ceci ne signifie pas pour autant que les jeunes cliniciens aient à faire l'économie d'une expérience personnelle de la psychanalyse. Il s'agit plutôt d'envisager les phénomènes pathologiques selon une double voie d'accès : l'inconscient d'une part, et le moi, d'autre part, dans toute sa dimension corporelle impliquant des

⁴ J. Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF, 1987, (1994), p. 132.

symptômes et toute une série d'actions auxquels il faut être attentif, notamment dans le champ des pathologies limite où le passage à l'acte et/ou les addictions sont concernés.

Le moi : une voie d'accès pour la formation clinique

Ces trois lectures de la conceptualisation freudienne du moi que je viens d'évoquer sont à mettre en tension, les unes par rapport aux autres, pour mieux rendre compte de la réalité clinique, même si à l'évidence je me rapproche plus nettement de Kohut que de Hartmann. Cette mise en tension rétablit néanmoins le sujet de l'inconscient en ses terres, tout en cherchant à se dégager de la question de l'adaptation à la réalité. En effet, la réalité doit se comprendre dans toute sa dimension paradoxale, car si l'on en vient à parler du théâtre, et plus généralement des médiations thérapeutiques⁵ qui constituent pour moi un paradigme m'aidant à penser, et la psychose, et les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels, nous devons garder présent à l'esprit qu'en jouant, notamment au théâtre, le comédien nous procure des sensations intenses et subtiles, hors du cadre de la réalité. Lorsqu'en tant que spectateur nous nous identifions au personnage, nous bénéficions d'une économie d'effort en prenant conscience de pulsions, comme le précise O. Mannoni, que nous n'avons plus à refouler.⁶ Ici, l'illusion théâtrale garantit une lucidité et vient en parade à l'égarement. Elle ouvre pourtant à maintes réalités, et de façon quelque peu paradoxale, on peut dire que l'illusion théâtrale protège de ce qu'elle suscite.

Quand Freud souhaite retrouver, (il le dit en 1937 dans *Construction dans l'analyse*) « une image fidèle des années oubliées par le patient... »⁷ et remarque que « le travail analytique consiste en deux pièces entièrement distinctes, qui se jouent sur deux scènes séparées et concernent deux personnages dont chacun est chargé d'un rôle différent, »⁸ il suscite en moi le désir thérapeutique de donner corps à ces deux personnages, de faire place à ces deux scènes afin que les patients puissent vivre l'expérience d'une mise en contact avec des réalités multiples, non assignables par l'exercice d'une exigence persécutante de conformité, telle qu'elle est souvent vécue dans la psychose.

⁵ P. Attigui, De l'espace scénique à l'espace psychique : une confrontation à l'énigme, in *Cliniques de la création*, ss. La dir. d'A. Brun & J. M. Talpin, Préface de R. Roussillon, Bruxelles, De Boeck, 2007, 207-223.

⁶ P. Attigui, *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu – Transfert et Psychose*, Paris, Denoël, 1993.

⁷ S. Freud, 1937, Construction dans l'analyse, in *Résultats, Idées, Problèmes II, 1921-1938*, Paris, PUF, 1985, (1995), p. 270.

⁸ Ibid., ibid.

Aussi, sans pour autant me dégager totalement de la dimension adaptative du moi à la réalité, qui prévaut dans l'Ego Psychology, et qui a sûrement joué un rôle dans les expériences que j'ai décrites⁹, je crois pouvoir affirmer qu'en un mouvement paradoxal, ourlé par le jeu et la fiction, ce qui se trouve fondamentalement mobilisé, c'est la dimension inconsciente du moi. Même si l'inconscient ne se donne pas en première lecture, car les masques qu'il porte sont nombreux, il reste néanmoins tapi dans l'ombre portée du Moi qui apparaît pour Freud « *comme une pauvre créature soumise à une triple servitude et vivant, de ce fait, sous la menace d'un triple danger : le monde extérieur, la libido du ça et la sévérité du sur-moi.* »¹⁰, le décrivant comme « *l'esclave soumis (du ça), cherchant à gagner l'amour de son maître* »¹¹, il est aussi « *un véritable réservoir d'angoisse* »¹². C'est donc à plus d'un titre que le moi en tant que plaque sensible doit retenir toute l'attention du clinicien car il offre à notre observation clinique un immense matériel souvent d'emblée inaccessible. La mise en œuvre de dispositifs qui ne mobiliseront pas les défenses les plus archaïques des patients psychotiques, par la mise en place d'un cadre ludique notamment, peut aider le sujet à se dégager des voies sans issue du clivage et du déni et lui permettre peu à peu de devenir sujet de sa parole propre. Le dispositif ludique, tel que j'ai pu le déployer et l'expérimenter avec les patients psychotiques et borderline, m'a permis d'approcher la dimension corporelle du transfert où l'inconscient, dans ce qu'il manifeste, ne serait pas seulement structuré comme un langage, mais aussi comme un corps. C'est ici la raison de mon intérêt pour les travaux de Paul Federn (1871-1950)¹³ qui a voulu développer une conceptualisation cherchant à définir le moi comme une instance topique, mais aussi comme un pôle psychosensoriel. Cette approche m'a stimulée à plus d'un titre, parce qu'elle s'appuie sur ce que Federn appelle *les sentiments du moi*, et sur ce qu'il précise cliniquement des altérations de ce moi, qu'en psychopathologie nous référons notamment aux phénomènes de dépersonnalisation. En procédant ainsi, Federn relance, dans une perspective métapsychologique, et en revenant au vécu du moi, la question du moi - corps, témoin de l'ancrage vécu du narcissisme.

⁹ P. Attigui, 1998, Pour une méthodologie critique du travail théâtral en milieu thérapeutique – Approche renouvelée de la mémoire et du handicap, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 21, 65-68.

¹⁰ S. Freud, 1923, Le moi et le ça, in *Les essais de psychanalyse*, Paris, PB Payot, 1972, p. 230.

¹¹ Ibid.,

¹² Id.,

¹³ P. Federn, *La psychologie du moi et les psychoses*, 1953, Paris, PUF, 1979.

Federn, penseur des frontières

En qualifiant *le sentiment du moi* d'originaire et de rudimentaire, Federn fait de celui-ci une donnée immédiate, précédant ainsi la relation d'objet et le narcissisme. Nous serions avec lui, dans un temps primitif, celui des premiers vécus psychosensoriels, approche combien féconde en ce qui concerne les recherches en psychopathologie sur le développement de la personnalité, qu'il s'agisse des recherches sur l'attachement, des travaux menés sur la naissance de l'identité sexuelle, ou encore des recherches concernant l'autisme et les psychoses. En tout cas, cette théorisation a pour intérêt de relancer la question de la fonction duelle du moi : d'une part, le moi constitue un pôle directeur de la personnalité et de ses défaillances subjectives, et d'autre part, il est un objet libidinal. On pourrait croire que Federn est, avant la lettre, un chantre de la *psychologie du moi*, or, il n'en est rien. Bien que j'aie à plusieurs reprises qualifié les travaux de Federn de psychologie du moi, il me semble préférable de parler aujourd'hui, en ce qui le concerne, de théorie du moi. Car il remet simplement la question du moi au centre du débat, sans pour autant renoncer au pôle pulsionnel de la personnalité. En procédant ainsi, il se démarque des théories de la relation d'objet, et préfère s'attacher à la notion de frontière pour en mesurer la précarité. Federn est un penseur des frontières, entre le moi psychique et le moi corporel, elles sont pour lui fluctuantes. En ce sens il préfigure le développement théorique de ce que deviendra la psychanalyse anglo-saxonne, avec toutes les avancées thérapeutiques qui la caractérisent, notamment dans le champ des pathologies narcissiques. Penser les phénomènes psychiques dans leur mouvement et leur diversité, telle fut l'œuvre de Federn¹⁴

¹⁴ Federn, comme le rappelle D. Anzieu, fait partie du petit groupe initial qui se réunit autour de Freud à partir de 1902, *La Société psychologique du mercredi soir*, devenue en 1908 La Société Psychanalytique de Vienne. C'est là, dans cette première société, qu'il donna un séminaire particulièrement riche sur *L'interprétation des rêves*. Federn est un des rares membres fondateurs de La Société Psychanalytique de Vienne, qui restent dans cette société jusqu'à sa dissolution en 1938 par les nazis lors de l'Anschluss. Quand Freud est atteint de son cancer, c'est à Federn qu'il confie la vice-présidence de la Société Psychanalytique de Vienne. Quand l'heure de l'émigration est venue, c'est à Federn qu'il remet l'original des Minutes de la Société Psychanalytique de Vienne. Federn emporte le manuscrit dans son exil américain et le préserve en vue d'une publication ultérieure. (cf. D. Anzieu, 1985, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, p. 88)

Dès sa jeunesse, il fut d'humeur dépressive, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir de nombreux succès auprès des femmes. Son père, médecin généraliste réputé à Vienne, l'obligea à s'orienter vers la même carrière que lui, malgré le goût que Paul avait pour la biologie. Grâce à son analyse avec Freud, il parvint à contrôler son humeur mélancolique. Ses crises dépressives furent moins fréquentes, mais il songeait à se suicider en cas de rechute.

Si Federn resta fidèle à la doctrine classique, il s'engagea dans la révision de la théorie du moi et du soi, premier pas vers la *Self Psychology*. C'est à partir d'une réflexion sur le narcissisme et la clinique des psychoses qu'il élabora sa conception des « frontières du moi ». Cet intérêt porté à la

qui, je le rappelle, conserva la théorie freudienne tout en la complétant. C'est par cet engagement théorique mais aussi clinique, comme en témoigne Margaret Little¹⁵ dans le récit de son analyse avec Winnicott, qu'il nous devient possible de rester en contact avec le vécu de ces expériences limite où les sujets ont le sentiment « *d'avoir été annihilés avant même d'exister, de n'avoir jamais été une personne à part entière, mais seulement l'appendice de quelqu'un d'autre.* » Reprendre le chemin à cet endroit-là me paraît s'inscrire au cœur d'une dialectique des plus actuelles, permettant à la problématique de se déplacer sur une voie qui a été, certes, considérablement tracée et notablement élargie par Didier Anzieu grâce à sa théorisation du *moi-corps*, voire du *moi-peau*. Peut-être pourrions-nous dès lors attribuer à Paul Federn un rôle précurseur concernant les théories du self, théories centrées sur le narcissisme et la question du corps ?

Quoi qu'il en soit, cette conceptualisation du moi, à envisager dans la souplesse et la plasticité, - l'élasticité de la technique, aurait dit Ferenczi ; nous permet de faire avancer d'un même pas clinique, recherche et enseignement. Ce triptyque est pour moi primordial, il fonde mon épistémologie et me maintient dans une expérience directe, sensible et transmissible du terrain qui me renvoie inéluctablement à la dédicace de Winnicott, dans *Jeu et réalité*¹⁶ : « *A mes patients qui ont payé pour m'instruire .* »

Rezumat: Nu putem să reflectăm la pregătirea clinică a psihologilor fără să nu ținem seama de dispozitivele terapeutice ce trebuie aplicate populațiilor de care se ocupă. În prezent, este din ce în ce mai evident că tulburările de identitate și narcisiste, precum dependența de droguri, situațiile limită, virulența anumitor experiențe traumatizante, demonstrează importanța din ce în ce mai mare a urii, a distructivității, reunite sub conceptul de instinct al morții. Pentru a face față tuturor acestor probleme, din perspectiva terapeutică și pentru a nu se repeta impactul acestor experiențe traumatice adresându-ne mult prea direct inconștientului subiectelor vizate, e necesar să reflectăm asupra valorii inconștiente a eu-lui, stare care îi permite subiectului să nu-și mobilizeze prea tare sistemul de apărare. Concepția freudiană acordă eu-lui (conștiința) tot atâta importanță cât și sine-lui (inconștientului) în aparatul psihic. Deficiențele arhaice, senzația de gol, varietatea simptomelor psihosomatice îl obligă pe clinician să-și

folie n'était pas sans relation avec sa situation personnelle. Son premier fils, malgré de brillantes études d'égyptologie, qui lui permirent de faire une belle carrière universitaire, sombra dans la schizophrénie. Suite à la déportation d'un second fils à Buchenwald, au décès de sa femme, à une tumeur maligne et craignant de subir une atroce agonie, il décida le 3 mai 1950 de mettre fin à ses jours. En 1968, son fils schizophrène se suicida lui aussi en se laissant mourir de faim. (cf. E. Roudinesco et M. Plon, 1997, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard)

¹⁵ M. Little, Un témoignage, en analyse avec Winnicott, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Paris, Gallimard, NRF, 33, Printemps 86, 281-310.

¹⁶ D. W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, NRF, 1975.

deplaseze, din ce în ce mai mult, atenția de la o dialectică oedipiană la o dialectică narcisistă. Dispozitivele care simbolizează utilizarea intervențiilor creative – pornind de la jocul în sens winnicottian -, și dispozitivele bazate pe analiza transferului, precum dispozitivele de grup (psihodrama), au demonstrat în ultimii ani, datorită eficienței lor durabile, la ce punct ar trebui să se construiască noile dispozitive terapeutice care se bazează pe simțuri, motricitate, percepție. Producerea teoriilor vizând diferitele modalități de exprimare a realității psihice, înseamnă și a-i ajuta, într-un mediu universitar specializat, pe viitorii clinicieni să se poziționeze în activitatea lor față de o metodologie generală. Astfel, își vor defini mai bine identitatea profesională în timpul experiențelor puse în practică cu ajutorul pacienților.

Abstract: We cannot reflect upon the clinical education of psychologists without taking into account the therapeutic devices which must be applied to the populations they deal with. Nowadays it is more and more obvious that the identity and narcissistic disorders, such as drug addiction, on the edge situations, traumatic experiences prove the growing importance of hate and destructive tendencies, reunited under the concept of death instinct. In order to deal with these problems from a therapeutic point of view and not to repeat the impact of these traumatic experiences by addressing too directly to the unconscious level of these problems, it is necessary to reflect upon the unconscious value of the self – a state that allows the subject not to mobilize too strongly his defense system. The Freudian conception grants the ego (conscious mind) the same importance that he grants to the id (unconscious mind). The archaic deficiencies, the empty sensation, the variety of psycho-somatic experiences compel the clinician to direct his attention from an Oedipian dialectic to a narcissistic one. The devices that symbolize the use of creative interventions – starting from the Winnicottian significance of games - and the devices based on transfer analysis or the group devices (psychodrama) have recently demonstrated, due to their enduring efficiency, at what point must be developed the new therapeutic devices that rely on senses, perception and motricity. The development of the theories regarding different ways of expressing the psychological reality represents a means of helping the future clinicians to position themselves in their activity towards a general methodology. Thus, they will define better their professional identity during their experiences with the patients.